

Una Mirada Introdutoria a la Terapia de Aceptación y Compromiso¹

A Brief Introduction to Acceptance and Commitment Therapy

Michelle Jurado Andino²

Resumen

Con este escrito se pretende ofrecer a el/la lector/a una breve introducción teórica y práctica al modelo de la Terapia de la Aceptación y Compromiso (ACT, por sus siglas en inglés). Se brinda un resumen del origen teórico y de la evidencia empírica que sugiere la potencial aplicabilidad del modelo al contexto sociocultural puertorriqueño. Se discuten los conceptos y objetivos principales de ACT y se describen algunos ejercicios experienciales e intervenciones para familiarizar a el/la lector/a con los procesos terapéuticos básicos que subyacen a este modelo de psicoterapia. Se concluye este escrito con la identificación de posibles direcciones para futuras investigaciones que promuevan la ampliación del acervo de evidencia empírica que pueda dar luz sobre la aplicabilidad y efectividad de este modelo de psicoterapia en Puerto Rico.

Palabras Clave: Terapia de Aceptación y Compromiso, ACT, psicoterapia

Abstract

With this paper, the author aims to offer the reader with a brief theoretical and practical introduction to the Acceptance and Commitment Therapy (ACT). It provides a summary of the theoretical origin and the empirical evidence that suggests the potential applicability of the model to the Puerto Rican sociocultural context. The main concepts and objectives of ACT are discussed and some experiential exercises and interventions are described to familiarize the reader with the basic therapeutic processes that underlie this model of psychotherapy. The paper concludes with the identification of potential directions for future investigations aiming to expand the empirical evidence base that can shed light on the applicability and effectiveness of this psychotherapy model in Puerto Rico.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, ACT, psychotherapy

Coexistimos en un mundo en el que tenemos acceso a la información de inmediato, casi de forma instantánea. Vivimos aferrados a la tecnología y al bombardeo de información, que sin darnos cuenta en ocasiones nos arropa. Y en medio de todo esto, nuestra mente tan maravillosa y extraordinaria también nos bombardea con el producto de su trabajo (i.e., nuestros pensamientos). Es mi interés que esto no se tome a malinterpretación: la verdad es que sin ella (i.e., nuestra mente), nuestra especie

no habría subsistido y no podríamos sobrevivir hoy día (Harris, 2009; Hayes, Strosahl, & Wilson, 2012). Pero, ¿cuántas veces no nos hemos encontrado en medio de una calle preguntándonos cómo llegamos hasta allí, cuando nuestra intención era tomar otra ruta? ¿Cuántas veces llegamos a la cocina y tenemos que regresar al cuarto para recordar qué íbamos a buscar? Aunque nos pueda resultar jocoso, vergonzoso o intrigante, la explicación es sencilla: es muy probable que en todas estas situaciones,

¹ Enviado: 2017-09-01 y Aceptado: 2018-03-28

² Michelle Jurado Andino, Ph.D., Departamento de Consejería para el Desarrollo Estudiantil, Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras. Para información sobre este artículo comunicarse al correo electrónico: michelle.jurado@upr.edu

hayamos estado actuando bajo el “piloto automático”, absortos en nuestros propios pensamientos.

De hecho, la investigación de Killingsworth y Gilbert (2010) sugiere que pasamos cerca del 47% de nuestro tiempo de actividad distraídos con pensamientos que no están relacionados con la tarea que nos ocupa en el momento. Sin darnos cuenta, “se nos pasa la vida por delante”. Estos investigadores, al igual que múltiples tradiciones filosóficas y religiosas milenarias, concluyen que es aquí donde estriba una de las principales claves de la infelicidad y el sufrimiento humano.

Intentemos por un momento visualizar la relación entre el estar absortos en nuestra mente y el sufrimiento humano. ¿Qué suele pasar cuando nuestra mente se adelanta al futuro y predice los posibles resultados de nuestras acciones o nuestra falta de acción? ¿Lo que puede o no ocurrir? ¿Qué pasa especialmente cuando nuestra mente nos dice que va a ocurrir aquello que tememos se dé? Ante estos escenarios, típicamente experimentamos ansiedad. Ahora, exploremos un escenario distinto: ¿Qué suele pasar cuando nuestra mente se remonta al pasado... cuando nuestra mente nos recuerda especialmente aquellos tiempos en que las cosas eran mejores? Ante este nuevo escenario, es muy probable que experimentemos nostalgia, tristeza. ¿Y qué ocurre cuándo repasamos una y otra vez lo que hicimos y nos cuestionamos cómo habríamos podido actuar de una mejor manera? ¿Cuándo nos damos “latigazos” a nosotros/as mismos/as y nos convertimos en nuestro propio verdugo? Solemos experimentar sentimientos de culpa o tristeza profunda. Fíjense que en todos estos escenarios en que el contenido de los trabajos de nuestra mente nos sobrecoge o arropa, tendemos a perder contacto con el momento presente, impidiéndonos

inadvertidamente disfrutar o vivir a plenitud aquello que nos rodea en el “aquí y ahora”.

Es precisamente en este tipo de proceso en el que pretenden impactar las psicoterapias conocidas hoy día como la tercera ola de los modelos de corte cognitivo conductual o terapias contextuales, que incluyen la Terapia Cognitiva Basada en la Atención Plena (MBCT, por sus siglas en inglés; Segal, Williams, & Teasdale, 2013), la Terapia para Reducir el Estrés Basada en la Atención Plena (MBSR, por sus siglas en inglés; Kabat-Zinn, 2013), la Terapia Dialéctica Conductual (DBT, por sus siglas en inglés; Linehan, 1993) y la Terapia de la Aceptación y Compromiso (ACT, por sus siglas en inglés; Hayes et al., 2012), entre otras. Todos estos modelos de terapia incorporan en mayor o menor grado la práctica de la atención/conciencia/presencia plena o el *mindfulness*³. Kabat-Zinn (2013) describió esta práctica milenaria que se fundamenta en el budismo, como la manera de prestar atención de forma deliberada, enfocada en el momento presente y sin pasar o emitir un juicio valorativo. Hoy día contamos con evidencia empírica abrumadora que sustenta los beneficios de la práctica de la atención plena a nivel internacional (e.g., Goldberg et al., 2018; Goyal et al., 2018; Khoury et al., 2013; Lenz, Hall, & Smith, 2015) y de forma más reciente se ha comenzado a documentar su utilidad también en Puerto Rico (vea Bonilla Silva & Infanzón Padilla, 2015; Cepeda-Hernández, 2015; Rosselló, Zayas, & Lora, 2016).

A pesar de los beneficios asociados a los modelos de psicoterapia que incorporan la práctica de la atención plena, aún no son modelos conocidos ampliamente en Puerto Rico. Por lo tanto, con esta revisión teórica/descriptiva se pretende ofrecer una mirada general al modelo de la Terapia de Aceptación y Compromiso, detallando en la medida de lo posible aspectos de índole práctico, para

³ Hoy día, aún no se ha acuñado oficialmente un término que traduzca al español la palabra *mindfulness*. La autora reconoce los múltiples términos comúnmente utilizados en español para traducir este término original del inglés, tales como atención plena, conciencia plena, presencia plena,

contemplación plena y mente abierta, entre otros. Para propósitos de este escrito, la autora utilizará el término atención plena para referirse al *mindfulness* en español.

promover su disseminación entre los/las profesionales de la salud que interesen familiarizarse con el mismo. Cabe mencionar que este manuscrito se basa en un taller práctico que ofreció la autora en una de las ediciones recientes de la Convención Anual de la Asociación Puertorriqueña de Consejeros Profesionales (Jurado Andino, 2016) y responde a la invitación que hicieron los organizadores del evento para disseminar mediante publicación los trabajos que allí fueron presentados.

Terapia de Aceptación y Compromiso

La Terapia de Aceptación y Compromiso (“Acceptance and Commitment Therapy”), mejor conocida como ACT, por sus siglas en inglés (se pronuncia como una palabra, no como un acrónimo), es un modelo de psicoterapia relativamente nuevo. Desarrollado originalmente por Hayes y colaboradores (2012), con fuertes raíces investigativas. De hecho, las primeras investigaciones que dan paso al origen del modelo datan de mediados de la década de los años ’80 y no es sino hasta el 1999 que se publicó la primera edición del texto que sirve como obra fundamental o manual clínico de ACT (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999). Hoy día ACT goza de una buena acogida a nivel internacional (particularmente en Estados Unidos, Europa y Australia) y es reconocida como un modelo de psicoterapia transdiagnóstico, ya que se ha demostrado empíricamente como una intervención beneficiosa para el tratamiento de una gran variedad de condiciones psicológicas (Talavera-Valentín, 2014). A continuación, se ofrece una breve descripción de la evidencia empírica a favor de este modelo de psicoterapia.

Evidencia Empírica a Favor de ACT

Desde el 1986, se han realizado 185 estudios controlados y aleatorizados (i.e., “Research Control Trials”) para evaluar la efectividad del modelo ACT en el tratamiento de una amplia variedad de problemas, abarcando desde los trastornos del

ánimo (i.e., ansiedad y depresión), abuso/dependencia a sustancias, hasta la psicosis (Hayes, 2017). Todos estos estudios sugieren que las intervenciones fundamentadas en ACT ofrecen algún beneficio a los/as que participan en ellas. En particular, dos meta-análisis recientes sobre los resultados de investigaciones realizadas con ACT sugieren que esta terapia es más efectiva que el cuidado o tratamiento habitual y que el placebo, y que es tan efectiva como otros modelos de terapia tradicional (e.g., Terapia Cognitiva Conductual) para el tratamiento de los trastornos de ansiedad y la depresión (Hacker, Stone, & MacBeth, 2016), los problemas de uso/abuso de sustancias o adicción y los problemas de índole somático (A-Tjak et al., 2015).

Al reconocer la potencial aplicabilidad de este modelo de psicoterapia tan prometedor al contexto puertorriqueño, Colón Torres y colaboradores (Colón Torres, Berrios, & Navas, 2012; Colón-Torres, Malaret, Rivera, & Wecksell, 2014) y Quiñones, Larrieux, Durán y Pons Madera (2015) han documentado sus esfuerzos para adaptar al modelo ACT y evaluar preliminarmente su efectividad en el manejo del dolor crónico en pacientes puertorriqueños. Los resultados del estudio piloto de Colón-Torres y colaboradores (2014) sugieren que la intervención grupal de ACT atemperada culturalmente fue de beneficio para una muestra de veteranos puertorriqueños presentando fibromialgia. Los participantes de esta intervención mostraron ganancias significativas sugestivas de un mayor nivel de flexibilidad psicológica y aceptación del dolor crónico. Por su parte, los datos preliminares obtenidos por Quiñones y colegas (2015), también fueron sugestivos de mejoría en varios de los parámetros evaluados en la muestra de la comunidad que participó en una intervención grupal breve basada en ACT para el manejo del dolor crónico. Al finalizar la intervención ofrecida en la primera fase de la investigación, los/as participantes reportaron una disminución en los niveles de dolor experimentado y en el nivel de interferencia del dolor en su calidad de vida. En un estudio de

seguimiento con una muestra de pacientes en una clínica de salud mental, Quiñones y colegas (2015) también observaron un aumento en indicadores de calidad de vida, una disminución en el nivel de interferencia de procesos cognitivos disfuncionales asociados al dolor, aumento de percepción de capacidad de control sobre sus vidas y aumento en la calidad de sus relaciones interpersonales.

A estos hallazgos preliminares, se suman los resultados de los análisis de caso documentados por Colón Torres (2014) y Talavera-Valentín (2014) para el manejo de sintomatología depresiva con participantes adultos puertorriqueños. Las especialistas describieron sus intervenciones a nivel individual con sus respectivos clientes (ambos varones) y reportaron la obtención de logros significativos en el proceso de ayuda, tales como la aceptación del modelo terapéutico, la motivación hacia el cambio y la práctica de acciones proactivas concretas por cada participante (Colón Torres, 2014; Talavera-Valentín, 2014). Particularmente, Talavera-Valentín reportó la reducción significativa en los indicadores de sintomatología depresiva en las medidas de auto-informe de su caso clínico, ganancias que fueron mantenidas inclusive seis meses post-intervención. Talavera-Valentín atribuye el éxito en la aplicación de este modelo a su cliente al hecho de que las técnicas de intervención del modelo (e.g., ejercicios experienciales, práctica de la atención plena, uso de metáforas, etc.) se relacionan a intervenciones que han sido demostradas efectivas en nuestro contexto sociocultural, tales como intervenciones experienciales, el uso de los cuentos y dichos, e inclusión de consideraciones espirituales.

En general, los resultados de las investigaciones previamente discutidas evidencian la potencial utilidad del modelo ACT para el manejo del dolor crónico y de sintomatología depresiva en el contexto sociocultural puertorriqueño y justifican el desarrollo de estudios adicionales para ampliar los esfuerzos para atemperar culturalmente este modelo de psicoterapia y explorar su efectividad en

Puerto Rico. En las siguientes secciones, se describe el marco teórico y conceptual de ACT y se presentan detalles prácticos e intervenciones asociadas al modelo.

Marco Teórico y Conceptual de ACT

La aceptación dentro del marco conceptual de ACT implica una invitación a abordar nuestra experiencia interna (es decir, nuestros pensamientos, sentimientos, sensaciones o recuerdos) con una actitud de apertura y disposición, aun cuando estas experiencias puedan ser desagradables o indeseadas. La aceptación dentro de este modelo no se utiliza como sinónimo de resignación a las circunstancias que nos rodean. Tampoco pretende que cedamos o nos dejemos llevar por el dolor y mucho menos pretende que toleremos o nos dobleguemos a alguna situación o persona que nos lastima o hace daño. Todo lo contrario. El modelo ACT nos invita a trabajar activamente en aquello que realmente nos importa, consideramos valioso y deseamos en nuestra vida, aun cuando el dolor pueda estar presente. En esto estriba la acción con compromiso, o la acción congruente con los valores y principios personales, que representa el segundo elemento central que se trabaja en ACT.

El modelo ACT se fundamenta en la Teoría del Marco Relacional (RFT, por sus siglas en inglés; Hayes, Barnes-Holmes, & Roche, 2001), la cual detalla una metodología para el análisis empírico y comprensivo del lenguaje y la cognición humana desde un enfoque conductual. Este modelo teórico pretende explicar cómo la manera en que significamos nuestro mundo (tanto objetivo como subjetivo) puede organizar, dirigir o influenciar nuestro comportamiento. Al partir de este marco teórico, ACT plantea que la fuente principal del malestar o sufrimiento humano es el modo en que los procesos del lenguaje y la cognición humana interactúan con nuestra experiencia, impidiendo el que se persista o modifique la conducta de forma que sea efectiva y, ultimadamente, congruente con aquello que más valoramos (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006).

Nuestra inclinación como organismos vivos es a evadir o intentar minimizar, transformar o desaparecer aquello que nos genera malestar, recurriendo a lo que se denominan como estrategias de control o evitación experiencial en el modelo ACT. No obstante, son estas mismas estrategias las que pudieran inadvertidamente potenciar nuestro malestar, como se ilustra en el ejemplo que se presenta a continuación: Un estudiante universitario podría identificar la emoción de ansiedad que experimenta a la hora de estudiar como algo negativo e indeseado, partiendo de las relaciones verbales que ya ha aprendido. Con la intención de manejar su malestar, el joven podría optar por distraerse “un rato” viendo su serie de televisión preferida. Sin embargo, al pasar el tiempo y no conseguir el resultado esperado, el estudiante podría optar por persistir en la práctica de la estrategia elegida, para descubrir eventualmente que no le ha sido posible eliminar/disminuir la emoción desagradable y percatarse además que no ha logrado completar la tarea pendiente. En ese momento podrían sobrevenir cogniciones (e.g., “Siempre hago lo mismo”, “Me voy a colgar”, “No sirvo para nada”) y emociones desagradables adicionales (e.g., culpa, coraje, desesperación, tristeza profunda).

En esta representación ilustrativa, la distracción como estrategia de control o evitación experiencial se convierte en un arma de doble filo para el joven estudiante, ya que desencadena un ciclo vicioso que eventualmente lleva a la intensificación de los mismos síntomas de los que intenta alejarse inicialmente. A pesar del carácter paradójico de estas estrategias de control o evitación, al igual que este estudiante tendemos a recurrir a ellas, una y otra vez, sin percatarnos que alimentan nuestro problema. A este proceso se le conoce en ACT como rigidez psicológica. Los proponentes de ACT postulan que, a mayor rigidez psicológica, mayor severidad de sintomatología y mayor nivel de disfunción (Hayes et al., 2012).

ACT pretende impactar positivamente en el funcionamiento de el/la cliente o participante

promoviendo el desarrollo de una mayor flexibilidad psicológica y así desarticular los patrones conductuales que resultan ineficientes. La meta en el proceso de psicoterapia basado en ACT es transformar la manera en que nos relacionamos con nuestros pensamientos y emociones desagradables, de forma que no se perciban como “negativos” o patológicos. De esta manera, se espera ampliar el repertorio de estrategias o destrezas y evitar el uso exclusivo o la dependencia excesiva en aquellas estrategias de control que pudieran inadvertidamente desviarnos de aquello que es realmente importante, valioso para nosotros/as. Interesantemente, este modelo de psicoterapia no se enfoca en la reducción de síntomas como meta principal para el proceso de ayuda. Contrario a otros enfoques psicoterapéuticos, la reducción de síntomas es considerada una ganancia secundaria al proceso de ayuda (Harris, 2009; Hayes et al., 2012). En la opinión de esta autora, ésta resulta la característica más distintiva de ACT.

Desde la perspectiva clínica de ACT, la respuesta deseada en el caso ilustrativo del estudiante sería lograr que éste pueda reconocer y hacer espacio para su ansiedad y, al mismo tiempo, pueda darse el espacio para hacer lo que necesita llevar a cabo (“Me siento ansioso...” – aceptación; “...y continuo actuando, a pesar de sentirme ansioso” – acción con compromiso). En la medida que el joven se exponga a la situación temida y su cuerpo se habitúe a las sensaciones fisiológicas asociadas a sus emociones y se acerque o logre alcanzar las metas que se ha trazado, podrá experimentar consecuencias positivas esperadas. De esta forma, se reforzará positivamente la conducta de afrontamiento, redundando en un mayor sentido de satisfacción personal y consecuentemente, la reducción/eliminación de síntomas (Harris, 2009; Hayes et al., 2012).

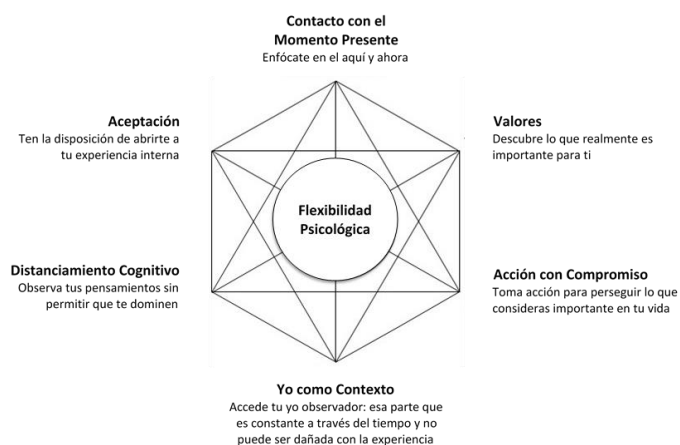
El “Hexaflex” de ACT

ACT cultiva la flexibilidad psicológica trabajando seis procesos terapéuticos básicos: *contacto con el momento presente*, *distanciamiento cognitivo*,

aceptación, definición de valores, perspectiva del yo como contexto y acción con compromiso. Cabe clarificar que, aunque resulta beneficioso discutir estos procesos de forma independiente para facilitar el proceso didáctico, en la práctica no es inusual que en una sesión de psicoterapia ACT se trabaje con más de uno de estos procesos de forma simultánea (Harris, 2009; Luoma, Hayes, & Walser, 2007).

La figura 1 presenta el diagrama conocido como el “hexaflex” de ACT y en el mismo se resumen los objetivos del modelo conforme a los seis procesos terapéuticos básicos dirigidos a promover la flexibilidad psicológica en nuestros/as clientes. Los vértices de los ángulos que conforman al hexágono están interconectados para recordarnos que, a pesar de que por motivos pragmáticos nombramos estos procesos de forma independiente, todos están interrelacionados.

Figura 1. La flexibilidad psicológica como modelo de funcionamiento humano y cambio conductual.

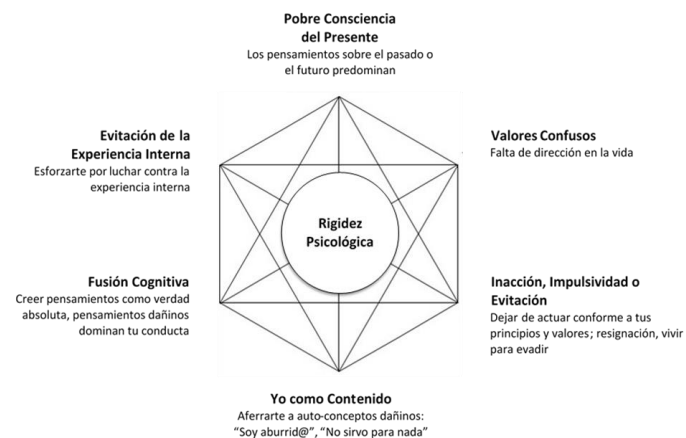


Nota: Figura tomada y adaptada de *Acceptance and Commitment Therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.), por S. C. Hayes, K. D. Strosahl y K. G. Wilson, 2012, New York: Guilford Press. Todos los derechos reservados por Steven C. Hayes. Utilizado con autorización.

Por otra parte, la figura 2 presenta otro diagrama con la forma de la parte superior de un diamante, en el que se presentan los procesos contrarios a los procesos básicos de ACT. Estos procesos promueven en cambio rigidez psicológica y bien, podrían ser

vistos como los ingredientes básicos para el sufrimiento humano.

Figura 2. La rigidez psicológica como modelo de psicopatología



Nota: Figura tomada y adaptada de *Acceptance and Commitment Therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.), por S. C. Hayes, K. D. Strosahl y K. G. Wilson, 2012, New York: Guilford Press. Todos los derechos reservados por Steven C. Hayes. Utilizado con autorización.

Antes de proceder a describir los procesos o componentes terapéuticos básicos de ACT, resulta meritorio describir cómo se introduce a el/la cliente al proceso psicoterapéutico enmarcado en este modelo.

Confrontación con la Agenda del Control

Se inicia el proceso psicoterapéutico provocando lo que se conoce dentro del modelo ACT como un estado de *desesperanza creativa* (aunque no se le identifica a el/la cliente de esta manera; Harris, 2009). El objetivo principal de esta intervención inicial es promover la motivación hacia el cambio en el/la cliente. Por ejemplo, se puede comenzar explorando lo que el/la cliente ha intentado hasta la fecha para atender la problemática que le lleva a buscar ayuda e impactar positivamente su estado de ánimo y manera de ver el mundo. Una vez se reconocen sus esfuerzos y se normaliza su experiencia, preguntando, por ejemplo, cómo se asemejan las estrategias que ha utilizado a lo que

observa, ha observado en otros o a lo que los demás le recomiendan, se procede a explorar los resultados a corto y largo plazo de estas estrategias. Típicamente, en este punto el/la cliente reconoce que, de tener algún impacto positivo estas estrategias, tiende a ser un impacto pasajero y en ocasiones, hasta adverso, porque a fin de cuentas el problema sigue ahí, generando frustración o mayor malestar, o inclusive, haciendo más complejo o agravando el mismo problema que se pretendía resolver. Luego, se procede a explorar los costos asociados a la práctica de estas estrategias tanto a nivel físico, emocional e interpersonal así como en términos de productividad, inversión de tiempo y esfuerzo, e impacto en calidad de vida, entre otros.

Ya desde este punto inicial en el proceso psicoterapéutico, se recurre al uso de las metáforas y los ejercicios experienciales para facilitar la labor de el/la terapeuta. A través del uso de metáforas, tales como la metáfora de “halar la sogá con el monstruo” y la metáfora de la corriente de agua (adaptación al contexto sociocultural puertorriqueño de la metáfora de la arena movediza desarrollada por Colón Torres, 2014), no sólo se promueve la motivación hacia el cambio, sino que se presenta a la aceptación como una alternativa a la “lucha” con nuestras experiencias internas. Por ejemplo, en la metáfora de la corriente del agua, se ilustra cómo el actuar conforme a lo que nos dicta nuestra intuición de “luchar” si nos encontráramos atrapados en una corriente de agua submarina en la playa (i.e., intentar nadar para salir de ella) resultaría finalmente contraproducente, puesto que agotaría nuestras energías para lograr subsistir. En este caso, la respuesta que podría aumentar nuestras probabilidades de subsistir sería precisamente “dejarnos llevar por la corriente”, para que luego podamos contar con la energía necesaria para regresar a la costa una vez termine la corriente de agua. En otras palabras, exhortamos a nuestro/a cliente a intentar una nueva alternativa, una estrategia muy distinta a la manera que ha estado acostumbrado/a a reaccionar: dejar la lucha con las experiencias internas y asumir una postura

de aceptación. Comenzamos a cultivar esta postura mediante el proceso terapéutico que se conoce como *Contacto con el Momento Presente*, el cual se describe en la próxima sección, seguido por la descripción de los demás procesos o componentes básicos de ACT.

Los Seis Procesos Terapéuticos Básicos de ACT

Contacto con el momento presente. La capacidad de conectar con el momento presente o enfocarse en el aquí y ahora se fomenta mediante la práctica de la atención plena. Cuando prevalece el proceso contrario (i.e., la pobre conciencia del presente), tienden a prevalecer pensamientos sobre el futuro (ya sea idealizado o temido) o sobre el pasado (lo que fue y ya no es, cómo debimos o no actuar, etc.), lo que nos lleva a perder contacto con el momento presente. Según lo discutido anteriormente, es éste uno de los precipitantes del sufrimiento humano.

Para introducir esta práctica, se recomienda iniciar cada sesión de terapia con algún ejercicio de atención plena o meditación. En estas prácticas podemos incluir desde ejercicios formales de meditación, tales como el de atención plena enfocada en la respiración o el ejercicio de conciencia plena de las manos (Harris, 2009), hasta ejercicios “informales” de la atención plena, tales como el de comer o caminar con atención plena. Para facilitar estos ejercicios podemos recurrir a los guiones en los manuales o textos basados en el modelo ACT, a las grabaciones de ejercicios en formato digital que se incluyen en los discos compactos (i.e., “CD’s”) que acompañan los manuales o textos de ACT, o a aquellas grabaciones que se pueden acceder en los sitios/páginas de internet de las casas publicadoras de estos textos o en YouTube. A la fecha, los guiones y grabaciones disponibles son mayormente en inglés. Por lo tanto, como alternativa el/la terapeuta puede optar por crear sus propias grabaciones, ya sea para utilizarlas en las sesiones de terapia o compartirlas con el/la cliente para que pueda llevar a cabo su práctica en el hogar. A modo ilustrativo, a continuación, se

presenta el guion de una práctica sencilla para facilitar la introducción a la atención plena [Los puntos suspensivos representan una pausa de unos 3-5 segundos]:

Comienza sentándote cómodamente con los pies planos sobre el suelo y apoyando tu espalda en el respaldo de la silla. Alinea tu cabeza, cuello y hombros de forma que estén rectos, pero no rígidos. Asume una postura digna, recta y relajada... Ahora, te invito a poner en práctica las siguientes sugerencias y a pasar algunos minutos notando lo que está ocurriendo en el momento presente: Presta atención o nota tus pies... Nota tus manos... Nota los espacios de esta oficina... Nota los sonidos en este espacio... Nota que estás respirando... Nota que tu corazón está latiendo... Nota quién está prestando atención... Nota que tu mente está pensando; obsérvala por un momento... Nota que según tus pulmones respiran y tu corazón late, tu mente está creando ideas y generando pensamientos continuamente... Nota quién está prestando atención, quién está notando.

Al finalizar el ejercicio, se invita a la reflexión y exploración de la experiencia durante el mismo. En caso de que nuestro/a cliente expresara que esta experiencia resultó ser una relajante, se le exhortaría a disfrutarlo en *este* momento, en *esta* ocasión y se le invitaría a significarlo como una ganancia secundaria, como un beneficio añadido a esta corta práctica en la atención plena. Es importante que lo reconozcamos como tal y que lo signifiquemos de esta manera porque el propósito principal de la práctica de la atención plena dentro de ACT es fomentar el desarrollo de nuestra capacidad para conectar con el momento presente y convertirnos en observadores más diestros de nuestra experiencia. Si abordamos esta práctica con la expectativa de relajarnos (i.e., lograr un cambio positivo en nuestro estado de ánimo), convertiríamos esta práctica en una estrategia con el fin de controlar nuestra experiencia interna (Harris, 2009). Por otra parte, esta experiencia

podría resultar no ser relajante. En este caso, sería imprescindible validar la experiencia de el/la cliente tal y como haya ocurrido, reconociendo a su vez su utilidad terapéutica: Aunque no resulte ser una experiencia placentera, aun así, nos provee la oportunidad de entrar en contacto con nuestras experiencias internas en el momento presente y convertirnos en mejores observadores de éstas.

En el modelo ACT, se reconoce la capacidad de la atención plena como una destreza. Por lo tanto, se enfatiza en la importancia de la práctica para fomentar su desarrollo y se acostumbra a asignar la práctica de ejercicios de atención plena entre sesiones. También se acostumbra a asignar otras prácticas dirigidas a consolidar o ampliar/generalizar la práctica de destrezas aprendidas en sesión. Este elemento nos revela las raíces comunes que comparte ACT con la Terapia Cognitivo Conductual (CBT, por sus siglas en inglés; Ciarrochi & Bailey, 2008).

Aunque el objetivo principal del proceso del *Contacto con el Momento Presente* es promover el desarrollo de las destrezas de la atención plena mediante prácticas formales o informales, éste no es el único proceso terapéutico del modelo en el que se trabajan estas destrezas. Estas destrezas son también el enfoque de los procesos de *Distanciamiento Cognitivo*, *Aceptación* y el *Yo como Contexto*, que serán discutidos en las próximas secciones.

Distanciamiento cognitivo. Cuando se toma un pensamiento como una verdad absoluta y no nos es posible reconocer el mismo como una de las múltiples interpretaciones que nuestra mente puede producir a raíz de un evento o situación, de forma inadvertida este pensamiento puede ejercer una influencia excesiva e indebida sobre nuestro comportamiento. A este proceso se le denomina fusión dentro del marco conceptual del modelo ACT (Hayes et al., 2012).

La metáfora de la soldadura nos permite ilustrar este proceso a nuestros/as clientes (Harris, 2009). Esta metáfora plantea que al igual que dos planchas de metal se funden la una a la otra para convertirse en una sola pieza cuando son soldadas, nosotros/as nos podemos fusionar o “jukear” (adaptación al léxico puertorriqueño de la frase anglosajona “to get hooked by...”) a nuestros pensamientos. Cuando esto ocurre, construimos nuestra realidad desde nuestros pensamientos, se nos dificulta el poder distinguir los pensamientos de nuestra persona y, sin percatarnos, nos podríamos convertir en su “monigote” en tanto y en cuanto nuestros pensamientos dicten nuestro comportamiento.

Nuestros procesos cognitivos se dan de forma tan automática que un primer paso para comenzar a romper con viejos hábitos y aprender a responder en lugar de reaccionar, resulta el aprender a observar o notar nuestros pensamientos. A este proceso se le denomina como “cognitive defusion” en ACT, que la autora traduce al español como *distanciamiento cognitivo*. Este proceso terapéutico va dirigido a que logremos “mirar HACIA el pensamiento”, en lugar de “mirar DESDE el pensamiento” y permitamos que los pensamientos vayan y vengan, en lugar de aferrarnos a ellos, de forma que tengan una menor influencia sobre nuestra conducta.

Son múltiples y muy diversas las estrategias que pueden facilitar el *distanciamiento cognitivo*. Por ejemplo, uno puede lograr este objetivo al escribir nuestros pensamientos, mencionar la frase “Estoy pensando que..” y luego apalabrar el pensamiento, decir el pensamiento despacio, repetirlo rápidamente o apalabrarlo imitando la voz de nuestro personaje de caricaturas favorito, imaginar el pensamiento proyectado en una pantalla de anuncio gigante (i.e., “billboard”) o practicar observar el pensamiento y dejarlo ir como si fuera una hoja que fluye en un riachuelo, una nube en el cielo o un automóvil que viaja por la carretera. Este modelo no impone límites y provee para que tanto el/la terapeuta como el/la cliente den rienda suelta

a la imaginación y creatividad para fomentar el desarrollo de estrategias que faciliten el *distanciamiento cognitivo*.

El énfasis en la identificación de pensamientos y el reconocimiento de su influencia en nuestro comportamiento en ACT guarda estrecha relación con el CBT. No obstante, en el marco terapéutico de ACT este trabajo no va dirigido a cuestionar la veracidad, a debatir o reformular el pensamiento (Hayes et al., 2012). Es aquí donde estriba una de las distinciones más significativas entre estos modelos terapéuticos. Sin embargo, esto no significa que las estrategias clínicas de ambas modalidades de psicoterapia sean incompatibles. De hecho, Ciarrochi y Bailey (2008) expusieron en su texto maneras en las que se pueden complementar las técnicas terapéuticas del CBT y ACT.

Lejos de evaluar la evidencia a favor o en contra de un pensamiento, en ACT se pretende evaluar la funcionalidad o utilidad del mismo (Harris, 2009). Es decir, en el proceso evaluamos si un pensamiento nos facilita o permite manejar los retos cotidianos de forma efectiva, llevar a cabo lo que es importante para nosotros/as y, ultimadamente, si nos permite disfrutar de una vida rica, plena y con significado. Si a raíz de esta evaluación concluimos que un pensamiento dado no nos resulta útil o funcional, practicamos el *distanciamiento cognitivo* o nos movemos a cualquiera de las demás prácticas o estrategias que fomenta ACT, entre éstas, la *aceptación*, proceso psicoterapéutico que se describe a continuación:

Aceptación. La *aceptación* representa la “columna dorsal” del modelo ACT y se refiere a optar por asumir una actitud de apertura y disposición a experimentar aquello que se pueda estar dando dentro de nosotros/as, aunque pueda resultarnos desagradable, indeseable o inoportuno. La siguiente cita del novelista africano Chinua Achebe recoge muy apropiadamente las enseñanzas que se pretenden impartir a través del trabajo psicoterapéutico en ACT: “Cuando el Sufrimiento

toca a tu puerta y le dices que no hay espacio para que pueda pasar a sentarse, él te contesta que no te preocupes porque él trae su propia silla” (traducido y adaptado de Achebe, 1974/2016, p.84).

Como ya anteriormente se ha planteado, la evitación y la lucha en contra de la experiencia interna puede traer consigo consecuencias contraproducentes y arrojarnos en un ciclo vicioso que ultimadamente da paso al sufrimiento humano. La aceptación, según conceptualizada en el modelo ACT, nos provee una alternativa a los patrones conductuales que tienden a alejarnos de lo que es realmente importante para nosotros/as. Precisamente por el hecho de que algo es importante para nosotros/as, podemos experimentar malestar de forma inherente.

La metáfora de Joe el Vagabundo o “Joe the Bum” (Hayes et al., 2012) ilustra la manera en que podemos asumir una postura de apertura o bienvenida hacia nuestras experiencias internas, aunque sean desagradables. En esta metáfora, Joe representa a ese vecino sin modales, pobre higiene y aspecto desagradable que uno jamás desearía que llegara a la fiesta que con tanta ilusión hemos planificado y, a la que, a fin de cuentas, hemos invitado a todo el vecindario. En un esfuerzo por mantenerlo afuera o al menos a raya, comenzamos a tomar todas las medidas posibles para evitar que pueda entrar a la fiesta o intentamos mantenerlo “controlado” en alguna parte de la fiesta. No obstante, rápidamente nos percatamos que esas mismas medidas nos impiden compartir con nuestros invitados y disfrutar de la fiesta. Al finalmente permitirle a Joe quedarse en la actividad, a pesar de que nos resulte desagradable, nos damos también la oportunidad de disfrutar nuestra fiesta. Oliver (2011) desarrolló un video en caricaturas titulado como *El Invitado Inoportuno* (“*The Unwelcome Party Guest*”), que presenta una excelente ilustración animada de esta metáfora.

Otras intervenciones clínicas dirigidas a trabajar la aceptación de la experiencia interna incluyen

ejercicios de meditación/visualización que nos invitan a “sentarnos con la emoción” y a observarla como si fuéramos un/a “científico/a curioso/a” (Harris, 2009). Por medio de este ejercicio ponemos en práctica distintas sugerencias sobre cómo abordar nuestra emoción desagradable, ya sea notando u observando la emoción (identificar en dónde la experimentamos o en dónde se manifiesta con mayor intensidad en nuestro cuerpo e identificar las sensaciones asociadas), respirando desde y hacia la emoción, permitiendo que esté ahí (“Lo que es, es”), suavizando a su alrededor, visualizarnos expandiéndonos o abriéndonos a la emoción, abordando esta emoción con compasión o colocando nuestra mano sobre el lugar en que palpamos nuestra emoción y visualizando como si nuestra mano fuera una mano sanadora. Harris (2009) también describió intervenciones que pretenden “fiscalizar” la emoción o explorar todas sus dimensiones sensoriales como si se tratara de un objeto tangible. Como bien explican los proponentes de ACT, el ejercicio de fiscalizar la emoción se origina en la psicología de la Gestalt (Hayes et al., 2012). Otra intervención que esta servidora ha encontrado útil en el espacio de psicoterapia es practicar la aceptación con un “avatar”, desarrollada por Boone y Canicci (2013). En la misma, el/la cliente selecciona un objeto pequeño y portátil que pasa a representar la emoción desagradable y luego invitamos a el/la cliente a interactuar con ella de múltiples maneras para fomentar la aceptación.

Yo como contexto. En el modelo ACT se resaltan tres sentidos de identidad personal (Hayes et al., 2012): 1) El *yo como concepto*, que se refiere a todos los pensamientos, creencias, ideas, etc., con las que pretendemos describirnos como persona (i.e., auto-concepto); cuando nos atamos o fusionamos al contenido que hemos conceptualizado sobre nuestra persona (ya sea positivo o negativo), se tiende a restringir nuestro marco de acción. 2) El *yo como consciencia* implica la capacidad de poder notar u observar el flujo continuo de la experiencia interna conectando con el momento presente. Por

último, 3) el *yo como contexto* representa ese espacio, punto de vista o perspectiva desde la que observamos/notamos nuestra experiencia interna.

El trabajo terapéutico en ACT va dirigido a debilitar el apego de nuestro/a cliente con su *yo conceptualizado* por medio de las estrategias de *distanciamiento cognitivo*, fomentar el desarrollo de sus destrezas de auto-observación por medio de la práctica de la atención plena y promover su capacidad para asumir la perspectiva de un observador. De ahí que también se le conozca a este punto de vista como el *yo observador*. Sin importar los cambios que se puedan dar en nuestra experiencia interna (los pensamientos y emociones fluyen y cambian con el pasar del tiempo), nuestro *yo observador* se mantiene constante, es continuo y es estable. De forma que la parte nuestra que notaba lo que estaba ocurriendo en nuestro interior hace 10 años, sigue siendo la misma hoy día.

Puede que aún no quede muy claro en qué consiste el *yo observador*. Representa un verdadero reto describir al *yo observador* y suele resultar más efectivo experimentarlo personalmente, por ejemplo, a través del uso de la metáfora. A continuación, se presenta la “metáfora del cielo”, que tiene raíces en religiones de oriente tales como el budismo y el hinduismo (Harris, 2009):

Tu yo observador es como el cielo. Los pensamientos y sentimientos son como el clima. El clima cambia continuamente. Pero, no importa cuán inclemente se torne el clima, el cielo siempre tiene espacio para él. Ya sea la tormenta eléctrica más poderosa, el huracán más turbulento o el tornado más arrollador, ninguno de ellos puede lastimar o dañar al cielo. Tarde o temprano el clima siempre cambia. Sin embargo, a veces olvidamos que el cielo está ahí, cuando sigue ahí. Y a veces no podemos ver el cielo porque está escondido tras las nubes. Pero si nos elevamos lo suficientemente alto sobre estas nubes – así sean las nubes más oscuras y densas – tarde o temprano

alcanzaremos el cielo despejado, extendiéndose en todas direcciones hacia el infinito, puro y sin límites. Podemos aprender a acceder esta parte nuestra... ese es el *yo observador*. (Tomado y adaptado de Boone, 2010 y Harris, 2009).

La metáfora del cielo nos permite conceptualizar al *yo observador* como ese espacio seguro en nuestro interior desde el que podemos observar nuestros pensamientos y emociones dolorosas. Es la postura que nos permite acceder esa identidad, ese yo que es lo suficientemente grande y amplio para contener (i.e., aguantar) lo que sea que uno experimente, un yo que es distinto de esas experiencias. Consecuentemente, podemos notar que “aquí estoy yo, quien observa y nota esta experiencia, y aquí están *mis pensamientos y sentimientos*”. Contrario a lo que ocurre cuando abordamos nuestras experiencias desde el enfoque del *yo como contenido*, en el que no se distinguen los pensamientos ni sentimientos de nuestra persona y estos nos definen (por ejemplo, si la persona piensa “soy un inútil”, ésta concluye *soy un inútil*).

Desde este espacio, que nos permite distinguir nuestras experiencias de nuestra persona, podemos potenciar la capacidad de elegir y actuar conforme a nuestros valores y principios. A continuación, se describen los procesos terapéuticos de ACT más estrechamente asociados a la acción con compromiso.

Valores. Con el objetivo de que podamos movernos en dirección positiva con miras a disfrutar una vida plena y con significado, es necesario que primero definamos nuestro rumbo, el camino que nos pueda llevar hacia eso que consideramos importante y valioso. Nuestros valores definen esos rumbos o caminos elegidos dentro del modelo ACT. Los valores personales reflejan nuestras convicciones, aquello por lo que luchamos en esta vida y, por tanto, implican acción continua. Es decir, definen la manera en que deseamos o elegimos comportarnos regularmente, de forma continua. Definen la

manera en que queremos interactuar con el mundo, con los demás y con nosotros/as mismos/as. Consecuentemente, es común notar que se definen los valores en el trabajo enmarcado en ACT utilizando verbos o adverbios (e.g., trabajar duro o enérgicamente). Los valores también denotan la calidad que queremos fomentar en nuestras acciones y definen el tipo de persona que deseamos ser. Por esta razón, en el modelo ACT también solemos utilizar adjetivos para definir nuestros valores (e.g., ser amoroso, transparente, leal, creativo).

Resulta muy común que, al intentar definir los valores personales, las personas tiendan a equipararlos con sus metas. No obstante, en la práctica del modelo ACT velamos por distinguir las metas de los valores, puesto que las metas se refieren a aquello que uno desea conseguir, poseer o llevar a cabo (e.g., tener un buen trabajo, tener pareja). Sin duda alguna, nuestras metas pueden responder a nuestros valores, pero si nuestros valores son rumbos o caminos de vida elegidos y representan la brújula que guía nuestro andar por la vida (“Metáfora de la Brújula”; Harris, 2009), las metas representan los destinos a los que aspiramos llegar y los sitios que encontramos y debemos cruzar en el camino (e.g., ríos, montañas).

Una intervención que puede ayudarnos a promover la exploración y definición de valores en nuestros/as clientes es el “Cumpleaños #80” que también describe Harris (2009). Por medio de esta intervención se exhorta a el/la cliente a imaginar que hoy celebra su cumpleaños número 80 y que hasta este momento ha continuado viviendo su vida exactamente de la misma manera que lo ha hecho hasta la actualidad. Luego de transportarse imaginariamente a esa celebración, se invita a el/la cliente a reflexionar sobre la manera en que ha invertido su tiempo y sus energías hasta el presente en términos de sus preocupaciones, inquietudes y conducta. También se le exhortaría a reflexionar sobre las cosas que haría de manera distinta si tuviera la oportunidad de regresar el tiempo atrás.

Otra estrategia de intervención que facilita la exploración de valores es “El Juego de Dardos” (“Bull’s Eye”), desarrollada originalmente por Lundgren, Luoma, Dahl, Strosahl y Melin (2012; vea el Apéndice). La misma sirve también como una poderosa herramienta de evaluación, ya que permite a el/la cliente evaluar cuán cónsono o no es su comportamiento con sus valores. El reconocimiento de áreas en las que el comportamiento no es congruente con los valores personales permite a su vez la identificación de acciones concretas que promuevan la consecución de metas basadas en estos valores (i.e., la *acción con compromiso*), como se describe a continuación.

Acción con compromiso. La acción con compromiso en ACT implica el establecimiento de metas congruentes con nuestros valores y el tomar acción para lograrlas. Se pueden seguir los siguientes pasos dentro del proceso de ayuda para asistir a nuestros/as clientes en la identificación y definición de metas (Harris, 2009): 1) Elegir un ámbito de vida en el que el/la cliente desee hacer cambios de forma prioritaria, 2) clarificar los valores a cultivar o perseguir en este ámbito de vida, 3) desarrollar metas basadas en estos valores, y 4) tomar acción con atención plena.

Harris (2009) recomendó que, al establecer estas metas, tanto el/la terapeuta como el/la cliente velen que se cumplan los siguientes criterios: que sean metas específicas, con significado, adaptativas, realistas/viables y tengan un límite de tiempo determinado (estas características proveen una variante al modelo que se conoce por el acrónimo SMART para la definición de metas). Finalmente, se guía a el/la cliente para que pueda categorizar o desarrollar metas inmediatas (próximas 24 horas o días) y a corto (próximos días o semanas), mediano (próximas semanas o meses) y largo plazo (próximos meses o años).

La finalidad del modelo ACT es promover el desarrollo de nuevos hábitos y patrones de conducta que sean más adaptativos, impactando a

su vez en el funcionamiento de nuestro/a cliente (Hayes et al., 2012). Es en el proceso de la acción con compromiso que se revela de forma más evidente el origen conductista de este modelo de psicoterapia. A partir del momento en que hemos logrado trabajar los seis procesos fundamentales de ACT, podemos proceder a incorporar cualquiera de las intervenciones tradicionales del CBT (por ej., estrategias de activación conductual, exposición, destrezas de asertividad, etc.).

Implicaciones y Conclusiones

A pesar de la evidencia empírica que sustenta las bondades asociadas a las terapias de la tercera ola del modelo cognitivo conductual o terapias contextuales y del auge que estas terapias han tomado a nivel internacional, éstas son aún muy poco conocidas en Puerto Rico. ACT es uno de los modelos que pertenece a esta nueva generación de psicoterapias. Con fuertes raíces en la investigación, ACT resalta en particular por su enfoque transdiagnóstico, lo que ha facilitado su aplicación en el tratamiento de un sinnúmero de problemáticas de índole psicológico, en diversos contextos socioculturales. Con la presente revisión teórica/descriptiva, se pretendía ofrecer una mirada general a este modelo e introducir algunas de las tantas intervenciones clínicas que pertenecen a este modelo psicoterapéutico, con miras a promover su diseminación entre los/as profesionales de la salud que interesen familiarizarse con el mismo.

La evidencia obtenida mediante cientos de investigaciones que han sido realizadas a la fecha, sugiere que las intervenciones basadas en ACT ofrecen algún beneficio a los/as que participan en ellas. A-Tjak y colaboradores (2015), por ejemplo, evidencian utilizando procedimientos meta-analíticos que ACT es una terapia más efectiva que el cuidado o tratamiento habitual y la condición placebo, y que es tan efectiva como otros modelos tradicionales y empíricamente validados. No obstante, todavía no se dispone de resultados que evidencien que ACT es una terapia más efectiva que

otros tratamientos bien establecidos (Powers, Zum Vörde Sive Vörding, & Emmelkamp, 2009). Esta es una tarea que aún representa una prioridad para los desarrolladores y proponentes de ACT.

Además, aún carecemos de evidencia empírica que apoye la efectividad de este modelo en el contexto socio-cultural puertorriqueño y, por lo tanto, debe ser utilizado en nuestra práctica clínica con cautela. No obstante, los resultados de los estudios de caso (Colón Torres, 2014; Talavera-Valentín, 2014) y los hallazgos preliminares de los estudios pilotos que han sido documentados en presentaciones internacionales (Colón Torres et al., 2012; Colón-Torres et al., 2014) y publicaciones arbitradas a la fecha (Quiñones et al., 2015), proveen terreno fértil para ampliar los esfuerzos para el desarrollo y la documentación de adaptaciones socioculturalmente sensatas y responsables y la validación de instrumentos de medición asociados a este modelo de psicoterapia en el contexto puertorriqueño. También proveen terreno fértil para que se continúe promoviendo la investigación dirigida a evaluar la aplicabilidad y efectividad de este modelo tan prometedor con la población puertorriqueña. Por ejemplo, podrían realizarse estudios pilotos adicionales para explorar la potencial aplicabilidad y utilidad del modelo de psicoterapia con la población clínica más amplia (i.e., participantes que manifiesten síntomas depresivos y de ansiedad, dos de las problemáticas de índole emocional que más aquejan a nuestra sociedad, según la reseña del último estudio epidemiológico de salud mental realizado en Puerto Rico por Torres Gotay, 2017). De éstos estudios preliminares rendir resultados positivos, podrían dar paso eventualmente a investigaciones de mayor rigurosidad empírica (i.e., estudios controlados y aleatorizados). Se exhorta a la comunidad profesional y académica puertorriqueña a dar continuidad a esta agenda de trabajo, con la que se espera ampliar a su vez el acervo de tratamientos empíricamente validados disponibles en nuestra comunidad.

Referencias

Achebe, C. (2016). *Arrow of God* (Reissue Ed.). New York: Penguin Books. (Trabajo original publicado en 1974)

A-Tjak, J. G., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A., & Emmelkamp, P. M. (2015). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics, 84*, 30-36.

Bonilla Silva, K., & Infanzón Padilla, Y. (2015). Estudio piloto de un modelo grupal de meditación de atención plena (mindfulness) de manejo de ansiedad para estudiantes universitarios en Puerto Rico. *Revista Puertorriqueña de Psicología, 27*(1), 72-87.

Boone, M. S. (2010). *ACT for depression and anxiety group - Group protocol*. Recuperado de <https://www.newharbinger.com/mindfulness-and-acceptance-counseling-college-students/accessories>.

Boone, M. S., & Canicci, J. (2013). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in Groups. In J. Pistorello (Ed.), *Mindfulness & acceptance for counseling college students: Theory and practical applications for intervention, prevention & outreach* (pp. 73-94). Oakland, CA: New Harbinger Publications.

Cepeda-Hernández, S. L. (2015). El *mindfulness* disposicional y su relación con el bienestar, la salud emocional y la regulación emocional. *Revista Internacional de Psicología, 14*(2), 1-30.

Ciarrochi, J. V., & Bailey, A. (2008). *A CBT-practitioner's guide to ACT: How to bridge the gap between Cognitive Behavioral Therapy & Acceptance and Commitment Therapy*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.

Colón Torres, Y. L. (2014). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): Estudio de caso en Puerto Rico. En A. Martínez-Taboas & G. Bernal (Eds.), *Estudio de casos clínicos: Contribuciones a la psicología en Puerto Rico* (pp. 169-186). Hato Rey, Puerto Rico: Publicaciones Puertorriqueñas.

Colon Torres, Y., Berrios, M., & Navas, K. (2012, julio). "Mi amiga Dolores": *Culturally informed Acceptance and Commitment Therapy for Puerto Rican adults with fibromyalgia*. Cartel presentado en la Conferencia Mundial de la ACBS X, Washington, DC.

Colon-Torres, Y., Malaret, K., Rivera, S., & Wecksell, B. (2014, junio). *A pilot study of culturally-informed Acceptance and Commitment Therapy for Puerto Rican veterans with fibromyalgia*. Cartel presentado en la Conferencia Mundial de la ACBS 12, Minneapolis, Minnesota, USA.

Goldberg, S. B., Tucker, R. P., Greene, P. A., Davidson, R. J., Wampold, B. E., Kearney, D. J., & Simpson, T. L. (2018). Mindfulness-based interventions for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 59*, 52-60.

Goyal, M., Singh, S., Sibinga, E. M. S., Gould, N. F., Rowland-Seymour, A., Sharma, R., . . . Haythornthwaite, J. A. (2018). Meditation programs for psychological stress and well-being: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Internal Medicine, 174*, 357-368.

Hacker, T., Stone, P., & MacBeth, A. (2016). Acceptance and Commitment Therapy - Do we know enough? Cumulative and sequential meta-analyses of randomized controlled trials. *Journal of Affective Disorders, 190*, 551-565.

Harris, R. (2009). *ACT Made Simple: An easy-to-read primer on Acceptance and Commitment Therapy*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.

- Hayes, S. (2017, 25 de agosto). *ACT Randomized Controlled Trials since 1986*. Recuperado de https://contextualscience.org/ACT_Randomized_Controlled_Trials
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (Eds.). (2001). *Relational Frame Theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. New York: Plenum Press.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy, 44*, 1-25.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: The Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). New York: The Guilford Press.
- Jurado Andino, M. (2016, diciembre). *Una mirada introductoria a la Terapia de Aceptación y Compromiso*. Taller de educación continua ofrecido en la Convención Anual de la Asociación Puertorriqueña de Consejeros Profesionales, Río Grande, Puerto Rico.
- Kabat-Zinn, J. (2013). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness* (Revised Edition). New York: Bantam Books.
- Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P., Bouchard, V., . . . Hofmann, S. G. (2013). Mindfulness-based therapy: A comprehensive meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 33*, 763-771.
- Killingsworth, M. A., & Gilbert, D. T. (2010). A wondering mind is an unhappy mind. *Science, 330*, 932.
- Lenz, A. S., Hall, J., & Smith, L. B. (2015). Meta-analysis of group Mindfulness-Based Cognitive Therapy for decreasing symptoms of acute depression. *The Journal for Specialists in Group Work, 1-27*. doi:10.1080/01933922.2015.1111488
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press.
- Lundgren, T., Luoma, J., Dahl, J., Strosahl, K., & Melin, L. (2012). The Bull's-Eye Values Survey: A psychometric evaluation. *Cognitive and Behavioral Practice, 19*(4), 518-526.
- Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2007). *Learning ACT: An Acceptance & Commitment Therapy skills-training manual for therapists*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Oliver, J. (2011, 31 de enero). *The Unwelcome Party Guest - an Acceptance & Commitment Therapy (ACT) metaphor*. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=VYht-guymF4>
- Powers, M. B., Zum Vörde Sive Vörding, M. B., & Emmelkamp, P. M. G. (2009). Acceptance and Commitment Therapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy and Psychosomatics, 78*, 73-80. doi:10.1159/000190790
- Quiñones, M., Larrieux, V., Durán, G., & Pons Madera, J. (2015). Adaptación cultural del modelo "Acceptance Commitment Therapy" para tratamiento de dolor crónico. *Revista Puertorriqueña de Psicología, 26*, 108-120.
- Rosselló, J., Zayas, G., & Lora, V. (2016). Impacto de un adiestramiento en meditación en consciencia plena (mindfulness) en medidas de ansiedad, depresión, ira y estrés y consciencia plena: Un estudio piloto. *Revista Puertorriqueña de Psicología, 27*(1), 62-78.

Segal, Z. V., Williams, M. G., & Teasdale, J. D. (2013). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression* (2nd ed.). New York: The Guilford Press.

Talavera-Valentín, J. (2014). El corredor elite y sus obstáculos. En A. Martínez-Taboas & G. Bernal (Eds.), *Estudio de casos clínicos: Contribuciones a la*

psicología en Puerto Rico (pp. 108-128). Hato Rey, Puerto Rico: Publicaciones Puertorriqueñas.

Torres Gotay, B. (2017, enero 16). Grave el cuadro de salud mental en Puerto Rico. *El Nuevo Día*. Recuperado de <http://www.elnuevodia.com>.

Apéndice

Hoja de Trabajo: “El Juego de Dardos”

Define tus Valores

¿Qué es lo más importante en lo profundo de tu ser? ¿Cuáles son las convicciones que quieres reflejar en tu vida? ¿Qué tipo de cualidades quieres cultivar como persona? ¿Cómo quieres ser al relacionarte con los demás?

Los valores son nuestros deseos más profundos sobre cómo queremos interactuar y relacionarnos con el mundo, con otras personas y con nosotros mismos. Son los principios que nos sirven de guía y motivación a medida que avanzamos por la vida. Los valores reflejan lo *que* quieres hacer y *cómo* quieres hacerlo. Tienen que ver con la forma en que te gustaría dirigir tu conducta hacia tus amigos, tu familia, tu entorno, tu trabajo y hacia ti mism@.

Los valores no son lo mismo que las metas. Los valores implican acción continua; algo así como la dirección hacia la que seguimos avanzando, mientras que las metas son aquello que queremos alcanzar en el camino. Un valor es como dirigirse hacia el Oeste; una meta es como un río, montaña o valle que pretendemos atravesar mientras viajamos en esa dirección. Las metas pueden ser logradas y marcadas como “cumplidas”, mientras que los valores se mantienen “en curso”, son continuos (no importa cuántos avances, nunca llegarás al Oeste!). Por ejemplo, si en tu relación quieres ser amoros@, comprensiv@ y fuente de apoyo para tu pareja, esto implica un valor: involucra acción continua. En cambio, si quieres casarte, esa es una meta – puede ser alcanzada y cumplida. Si quieres tener un mejor trabajo, eso es también una meta. Una vez que lo consigues, la meta ha sido alcanzada. Pero si quieres esmerarte enteramente en tu trabajo, contribuir con lo mejor de ti mism@ e involucrarte plenamente en lo que estás haciendo, ahí estamos hablando de valores; estos implican acción continua.

El Juego de los Dardos

“El Juego de los Dardos (‘Bull’s Eye’)” es un ejercicio de clarificación de valores desarrollado por Tobias Lundgren, un terapeuta ACT de Suecia. El tablero de dardos de la próxima página está dividido en cuatro áreas importantes de la vida: Trabajo/Educación, Esparcimiento, Relaciones y Salud/Crecimiento Personal. Para comenzar, anota tus valores en estas cuatro áreas. No todo el mundo tiene los mismos valores y este no es una prueba para evaluar si tus valores son los “correctos”. Piensa en términos de direcciones generales para tu vida en lugar de metas específicas. Puedes tener valores que apliquen a más de un área – por ejemplo, si valoras estudiar psicología, esto podría considerarse parte del área de Educación y también de Desarrollo Personal. Escribe todo aquello que sería de valor para ti si nada pudiera detenerte en su búsqueda, si no hubiera obstáculos en tu camino. ¿Qué es importante para ti? ¿Qué te interesa y motiva? ¿En qué dirección deseas enfocar tus esfuerzos? Tus valores no se refieren a metas específicas, sino más bien a la forma en que te gustaría vivir tu vida a través del tiempo. Por ejemplo, llevar a tu hijo al cine puede ser una meta; ser un padre o madre interesad@ y comprometid@ puede ser el valor subyacente. **¡Nota!** Asegúrate de hacer referencia a *tus* valores y no a los de nadie más. ¿Son tus valores personales los que importan!

1. Trabajo/Educación: Se refiere a tu carrera, tu trabajo, educación y conocimientos, desarrollo de habilidades y competencias. (Esto puede incluir trabajo voluntario y otras formas de trabajo no remunerado). ¿Cómo quieres ser al relacionarte con tus compañer@s, profesores, empleadores, clientes, colegas? ¿Qué cualidades personales quieres expresar y plasmar en tu trabajo? ¿Qué habilidades quieres desarrollar?

.....
.....

2. Relaciones: Se refiere a la intimidad, cercanía, camaradería y a los lazos afectivos en tu vida: incluye las relaciones con tus amistades, pareja, familiares, hij@s, compañer@s y otros conocid@s. ¿Qué tipo de relaciones quieres construir? ¿Cómo quieres ser en esas relaciones? ¿Qué cualidades personales quieres desarrollar?

.....
.....

3. Crecimiento Personal/Salud: Se refiere a tu desarrollo continuo como ser humano. Esto puede incluir prácticas religiosas, expresiones personales de espiritualidad, creatividad, desarrollo de habilidades para la vida, meditación, yoga, contacto con la naturaleza, ejercicio, nutrición y reducir factores de riesgo para la salud como fumar.

.....
.....

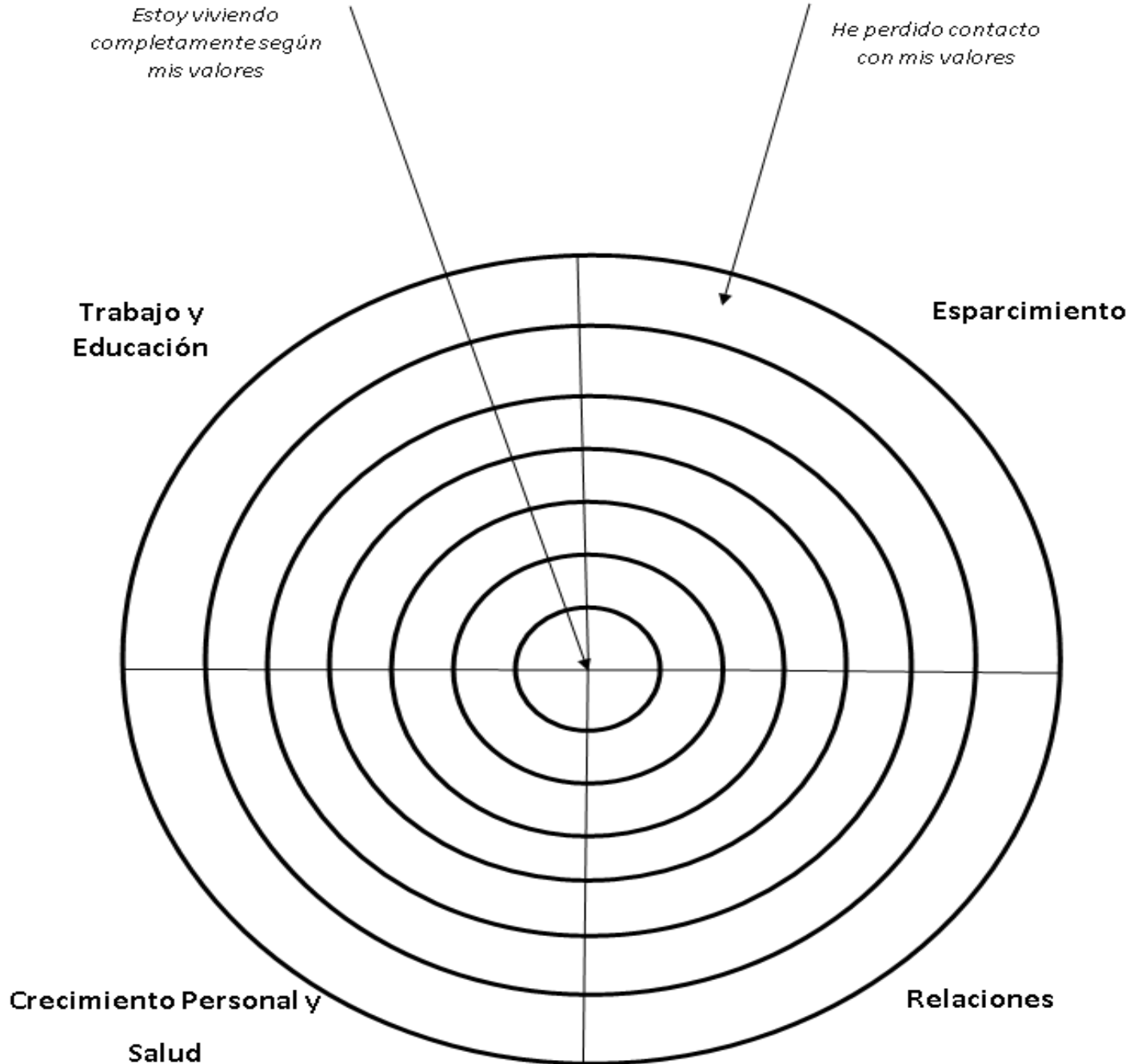
4. Esparcimiento: Se refiere a cómo te diviertes, relajas, motivas o disfrutas de ti mism@; tus pasatiempos u otras actividades para el descanso, recreación, diversión y creatividad.

.....
.....

Apéndice (continuación)

Juego de Dardos: Revisa tus valores y luego marca con una X en cada área del tablero para representar dónde te encuentras en este momento. Una X en el blanco o diana (el centro del tablero) significa que estás viviendo completamente conforme a tus valores en esta área de tu vida. Una X alejada del centro significa que estás más lejos de vivir según tus valores.

Como hay cuatro áreas de valores en la vida, tienes que marcar **cuatro X** en el tablero.



Nota. Ésta es una versión adaptada al español de la herramienta de evaluación e intervención conocida como el Juego de Dardos ("Bull's Eye"; Lundgren et al., 2012). Tomado y adaptado de JuanSinmiedo (s.f.). Español Lundgren's_Bull's_Eye_Exercise_(revised_by_Russ_Harris).doc [Anejo]. Recuperado de https://contextualscience.org/bull_s_eye_in_Spanish.