

## Formulación y solución de un caso de abuso de alcohol en términos de aceptación y compromiso

José Avelino Velasco Díaz y Ernesto Quiroga Romero\*  
Grupo Luria y \* Universidad de Almería

Se presenta un caso clínico de abuso de alcohol en el que la conducta de beber tenía consecuencias tanto deseables como indeseables. Debido a este conflicto entre consecuencias, cuando el sujeto tenía ganas de beber intentaba controlar esta conducta, aunque esto en realidad empeoraba el problema debido a las consecuencias indeseables que el propio acto de control llevaba consigo, como muestra el análisis funcional realizado. Como tratamiento se aplicó una Terapia de Aceptación y Compromiso con el objetivo de que el sujeto saliera del círculo vicioso de lucha y rendición respecto de la conducta de beber mediante la aceptación de que tanto beber como no beber tienen consecuencias indeseables y mediante el compromiso con una de estas opciones a pesar de sus inconvenientes. Por último, se propone que esta Terapia de Aceptación y Compromiso es un proceso terapéutico por cuanto que lleva al sujeto a comportarse con responsabilidad.

*Study of a clinical case of alcohol abuse treated by acceptance and commitment therapy.* A clinical case study of alcohol abuse is presented. The subject's drinking behaviour had both desirable and undesirable consequences. The subject tried to assert control over the urge to drink. As shown in the functional analysis, the failure to control the urge despite the best efforts worsened the problem due to its negative consequences. Acceptance and commitment therapy was applied in order to break down the fight-surrender vicious circle of the drinking behaviour. Two major treatment strategies were agreed upon: acceptance of the fact that both drinking and not drinking had undesirable consequences and commitment to one of these options despite its disadvantages. Finally, it is proposed that acceptance and commitment is a useful therapeutic process as it leads the subject to behave with responsibility.

El protagonista principal del caso que nos ocupa es A., un varón de 38 años, casado en segundas nupcias con B, con quien tiene una hija de dos años, que acude a consulta demandando ayuda por un problema de abuso de alcohol. Ya desde las indagaciones iniciales el propio A. proporciona de buena gana los diversos datos de interés clínico que a continuación se exponen.

A. trabaja como representante de seguros, razón por la cual viaja con frecuencia y se ve envuelto en «compromisos» de tipo social, tales como aperitivos y comidas con clientes, con los que frecuentemente se cita en bares, comidas y cenas de empresa, etcétera. Lleva en este trabajo unos cinco años, pero anteriormente ha tenido otros similares en los que el consumo de alcohol juega un papel parecido.

Según refiere el propio A. «siempre» ha bebido mucho, es decir, reconoce que bebe prácticamente a diario una cantidad «excesiva» de alcohol —un mínimo de entre cinco y ocho cervezas, vino en las comidas y de una a tres copas en la sobremesa— aunque sin llegar a tener signos patentes de embriaguez. En concreto, manifiesta que es a raíz de su divorcio cuando, según él, «empieza a

pasarse», cobrando «conciencia» de que, «quizá», bebe «demasiado». A partir de esa toma de conciencia se dedica a *ejercer un fuerte control sobre su hábito* que no se traduce en una reducción total de la ingesta de alcohol pero que sí le permite a veces beber con cierta moderación. Este control, o autocontrol, de la conducta de beber se caracteriza por actos tales como autorregistro mental de lo bebido, evitación de situaciones donde beber es más probable, preocupación constante por pasarse o haberse pasado, inventarse excusas para no beber cuando está con otras personas que le incitan a ello, etcétera; todo ello siempre vivido con una gran sensación de esfuerzo y de tensión.

No obstante, se queja de que con el paso del tiempo tiende a perder ese control y aproximadamente unas «tres veces al mes» se descontrola y bebe «más de lo previsto». Esos episodios se dan siempre coincidiendo con algún acto social, generalmente relacionado con su trabajo, en el que comienza la ingesta de alcohol que continúa ya luego cuando está sólo. Además, el propio A. cuenta que muchos de estos episodios de pérdida del autocontrol de la conducta de ingesta de alcohol se producen cuando está de viaje. En cualquier caso, A. añade que al poco tiempo del fracaso en su resistencia a beber, siente culpa por haberlo hecho y que se siente débil por no poder dominar sus ganas de tomar alcohol.

Cuando es preguntado por los motivos que le llevan a pedir ayuda para «dejar de beber» A. alude a diversos sucesos molestos o indeseables que relaciona directamente con el consumo excesivo de alcohol (menor rendimiento laboral, riesgo de retirada del

---

Correspondencia: José Velasco Díaz  
Grupo Luria  
C/ Zurbarán, 14 - Bajo dcha.  
28010 Madrid (Spain)  
E-mail: grupoluria@correo.cop.es

carné de conducir, ...) entre los que destaca que el hábito de beber constituye la principal fuente de conflicto con su pareja, lo que le preocupa mucho pues no quiere perderla.

Se requiere entonces la presencia de B. y ésta expone que lleva muy mal el problema de alcohol «de su marido». Incluso se hace conjeturas al respecto de si fue consecuencia del divorcio con su anterior cónyuge, como afirma A., o si actuó como causa de la ruptura conyugal. En cualquier caso, como B. «quiere mantener» la relación con A., se siente muy agobiada con el «tema de la bebida», razón por la cual «presiona» para que A. no beba, «vigila» si bebe o no —por ejemplo, le pregunta si ha bebido, presta atención a signos externos que lo evidencien, etcétera—, y se muestra bastante intransigente cuando bebe, amenazando con que o «A. soluciona» el asunto de la bebida o ella está incluso dispuesta a romper la relación y divorciarse.

B. añade que no tiene por costumbre beber y que en su familia nadie bebe tampoco, así que «no entiende» la razón por la cual A. tiene que beber. No obstante, acepta que beba «un poco» en su presencia, pues así ella puede vigilar ese «poco».

Ambos cuentan que a menudo tienen una «bronca» si cuando él llega a casa ella valora que ha bebido más de la cuenta. Según se pone de relieve en la entrevista clínica, un episodio típico de «bronca» empieza con ella preguntando si él ha bebido o no, dado que él acostumbra a negarlo —mintiendo—, ella se enfada y le acusa de mentir y de beber, tras lo cual él acaba cediendo y reconociendo que ha bebido, pero reafirmando ante B. en que piensa seguir bebiendo, lo cual explica relatando que le molesta que su mujer le controle y que se tranquiliza diciendo que a pesar de todo él hará lo que quiera.

Otro dato de gran interés clínico es que cuando fracasa en su resistencia a beber durante la jornada laboral —aun cuando lo intenta con mucho esfuerzo—, una vez que A. se queda sólo al finalizar ésta, a veces bebe todavía un poco más para demorar o aliviar el previsible enfrentamiento con su mujer al llegar a casa, pues en esas ocasiones piensa que beber un poco más no va a suponer un enfrentamiento mayor con ella, pues al fin y al cabo ya ha bebido. Cuando finalmente vuelve a casa la disputa sigue su curso habitual.

#### Análisis funcional del caso clínico

Se podría decir que el sujeto representa un caso de Abuso de Alcohol según el DSM (1.995), ya que A. lleva bebiendo más de 12 meses a pesar de haber un evidente malestar subjetivo, del deterioro de las áreas laboral y familiar de la vida del sujeto y del riesgo evidente que supone el conducir bebido.

Sin embargo, a nuestro entender, y como ya es común que se defienda desde una óptica conductual, los diagnósticos psicopatológicos como los mencionados tienen una utilidad clínica limitada. No obstante su interés, no proporcionan el detalle de las claves (funcionales) de cada caso clínico, requiriéndose para la realización de un tratamiento adecuado un análisis funcional de la(s) conducta(s) problema que permita actuar sobre las variables clave del caso en particular.

La conducta que tanto el sujeto como su mujer sitúan como motivo fundamental de queja es la conducta de beber, que desde nuestro punto de vista, dadas determinadas circunstancias antecedentes, tendría los siguientes *sentidos*, o consecuencias reforzantes, todas ellas relacionadas con la relajación que produce el beber: 1) relleño de los momentos de espera de los clientes en los bares hasta que

estos llegan, 2) facilitación de las relaciones sociales, sobre todo en los contactos laborales con clientes y compañeros, 3) una vez que ya está sólo, demora del posible enfrentamiento con la mujer por haber bebido en las situaciones anteriores, 4) si el sujeto está de viaje bebe más de lo habitual, hasta el punto de empezar a perder el control sobre la conducta de beber, debido a que no está presente la expectativa de enfrentarse a B. al volver a casa.

Estos cuatro tipos de sentidos o significados (funciones) principales de la conducta de beber se estarían dando en la actualidad por *hacer lo que siempre se ha hecho* en esas situaciones tras una historia de experiencias pasadas bastante frecuentes y generalizadas en las que el consumo de alcohol se ha asociado tanto a la disminución de la tensión corporal y subjetiva, como a diversos logros en la relación social y laboral.

Además de lo anterior, se puede todavía añadir que hay todo un contexto cultural (valores o normas) que facilita la conducta de beber en general. Nos estamos refiriendo a la valoración positiva que implícita o explícitamente se hace de la bebida por parte del grupo de iguales que son los compañeros de trabajo, algunos clientes e incluso por parte del propio A. antes de empezar a sentir que tenía un problema.

Pero si todas éstas son las claves que pueden estar determinando la conducta de beber de A. por su carácter reforzante, no es menos cierto que, en efecto, dicha conducta se encuentra asociada en la actualidad a otras consecuencias que a éste le resultan claramente molestas o aversivas, fundamentalmente: 1) disminución del rendimiento en el trabajo y posibles problemas mayores en el mismo, 2) retirada del carné de conducir, con las limitaciones laborales y familiares que eso acarrea, 3) deterioro de la relación conyugal y riesgo de un segundo divorcio.

Estas consecuencias sobrevenidas o añadidas en el devenir del caso confieren una clara ambivalencia al hecho de beber, que se convierte de esta forma en una conducta sujeta a *un conflicto entre consecuencias*.

Ello da lugar a toda una serie de estrategias o intentos de control que complican (*psicológicamente*) el hecho de beber dado que este control no supone una solución definitiva al conflicto entre consecuencias, sino un continuo vaivén entre ellas al ser un control que muy frecuentemente falla.

Y falla porque a pesar de que esta conducta de control de la ingesta de alcohol le libera de las consecuencias negativas que se acaban de mencionar, sin embargo también supone sus propias consecuencias negativas para A., tales como: 1) la molestia de las instigaciones y los comentarios peyorativos de los clientes, compañeros o amigos sobre su conducta de restricción de la ingesta de alcohol, 2) la sensación de trabajoso esfuerzo que le supone la propia tarea de ejercer autocontrol sobre la conducta de beber, 3) sentir que su mujer le controla o le impone el no beber.

Es comprensible, por tanto, que en numerosas ocasiones vuelva a beber tras intentar precisamente no beber, pues así evita tanto las observaciones de los compañeros y de la fatiga de autocontrolarse como la sensación de que su mujer le domina.

No obstante, después de beber otra vez a menudo aparece culpa por haber bebido y tiene sensación de estar perdiendo el control sobre sí mismo, con lo que a continuación se reafirma en su convicción de que tiene que volver a intentar dejar de beber.

Dada esta organización conflictiva o contradictoria de las consecuencias de la conducta de beber, unas veces placenteras otras punitivas, estos sentidos contrarios de la conducta de beber se hacen presentes y suscitan el correspondiente juego repetitivo de *lu* -

*cha-rendición* en A. por controlar la ingesta de alcohol cuando éste se ve en una situación en la que la bebida juega un papel social relevante, tales como salidas a los bares, comidas de trabajo, etcétera, de manera que A. se encuentra ante situaciones que son la ocasión tanto para beber y obtener consecuencias deseables como para ejercer autocontrol sobre dicha conducta de beber y así evitar las consecuencias indeseables que eso le acarrea.

En resumen, el análisis funcional arroja la siguiente estructura u organización funcional del caso: La conducta de control de la ingesta de alcohol es la que articula el problema clínico; de un patrón de bebedor excesivo regular muy propiciado por el contexto cultural se pasa a un patrón de bebida menos frecuente pero continuada; ese tránsito tiene lugar justamente por la conducta de control. Esa conducta de control consiste en la puesta en marcha de toda una serie de estrategias de control del estímulo con lo que se obtiene un cierto grado de éxito parcial pero a costa de un sobre-esfuerzo, de terminar con un enfrentamiento con su mujer que a su vez genera ganas de no ser dominado por ella. Esta escalada en la bebida una vez que se empieza a beber tras ejercer un control en sentido contrario, es el «efecto de violación de la abstinencia» definido por Marlatt y Gordon (1980).

En definitiva, en nuestra opinión A. se encuentra envuelto en un círculo vicioso, en una trampa psicológica, si se permite decirlo así, que le complica enormemente su desarrollo personal (su vida laboral y de pareja): se agobia por si bebe o no, logra controlar la bebida un tiempo breve y luego bebe en exceso por agotamiento de ese control, lo cual le está produciendo un serio malestar subjetivo, laboral y familiar.

Según nuestro criterio, lo importante de un análisis funcional es que se detecte el conjunto de sentidos conflictivos que componen la personalidad del sujeto —su conjunto de conductas constituyentes, incluidas sus conductas verbales autorreferidas, muy especialmente aquellas que se refieren al propio conflicto— de forma que así se desemboque en una perspectiva terapéutica en la que el sujeto pueda resolver sus conflictos. En este caso, a pesar de que a juicio del A. y de B. la conducta problema era la conducta de beber, a nosotros nos pareció que parecía más plausible situar el problema precisamente en el juego repetitivo de *lucha y rendición* de A. al respecto de la propia conducta de beber. Según la base argumental que se mencionará más adelante, se le propuso a A. que era necesario deshacer el conflicto irresuelto que le atenazaba, es decir, romper el círculo vicioso que suponía su continuo intento de control fallido y reanudado de la conducta de beber y que eligiera cuál había de ser su relación con la bebida según las distintas alternativas disponibles: abstinencia total, consumo social controlado o consumo a *demanda* (siempre que lo deseara), asumiendo en cada caso hasta el último extremo las consecuencias negativas que se produjeran.

#### Tratamiento del caso clínico con base en la Terapia de Aceptación y Compromiso

En coherencia con este análisis funcional la acción terapéutica se encaminó a suprimir la conducta de control de la ingesta, supuesto que el control es parte del problema (Hayes, Strosahl y Wilson; 1999; Carrascosa, 1999)

La parte más sencilla resultó ser aquella a cargo de la esposa, pues se comprometió fácilmente a no ejercer el (hetero)control que normalmente venía poniendo en marcha y dejar así que fuera él quien decidiera qué hacer con la conducta de beber.

Más complejo fue suprimir la necesidad de control en el sujeto. Para ello se empezaron a discutir, a confrontar, las estrategias que él venía poniendo en práctica, no tanto para generar desesperanza cuanto para que él tomara conciencia de que *el control era el problema* y no tanto el beber en sí mismo.

Este asunto fue bien entendido por parte del sujeto ya que en gran medida era consciente del esfuerzo que le producía estar pendiente de cuánto bebía o dejaba de beber, lo cual acababa por llevarle a «tirar la toalla» y a olvidarse del control y beber todo lo que le apeteciera. Es decir, que la explicación ofrecida por el terapeuta ponía sobre la mesa lo que el sujeto estaba experimentando ya pero de una forma más elaborada y coherente.

El paso siguiente fue poner de manifiesto la imposibilidad de controlar las ganas de beber, para lo cual se utilizó un ejemplo metafórico elaborado *ad hoc* sobre el cual se invitó a reflexionar al sujeto —tal y como aparece en la Tabla 1.

Tabla 1  
La metáfora del Hombre y el Dragón

#### EL HOMBRE Y EL DRAGÓN

Existía en cierto lugar un hombre que tenía una bonita casa al pie de una colina. Cultivaba la tierra, jugaba con sus hijos, se veía con los amigos, charlaba con su mujer y hacía planes con ella... En definitiva llevaba una vida apacible y feliz. Cierta día descubrió con alarma que en lo alto de la colina bajo la cual se encontraba su casa, vivía un monstruo.

Pensó en irse con toda su familia. Pero no; había mucho de ellos en aquel lugar como para abandonarlo. Lo que al buen hombre se le ocurrió fue subir y encerrar al monstruo en su cueva, así que subió y construyó un muro en la entrada.

Pero el monstruo, al día siguiente, sencillamente rompió el tabique y salió.

Alarmado por la fuerza de aquel ser, nuestro hombre siempre había estado allí y nunca había hecho nada a nadie, no había, en realidad, motivos para preocuparse.

Pero el hombre se enfadaba con quienes así le aconsejaban, así que se volvió huraño, y empezó a llevarse un poco peor con todo el mundo. De paso prestaba mucha menos atención a sus negocios y estaba a punto de perder su trabajo.

No tenía en la cabeza más que subir a la colina a encerrar al monstruo, y allí se pasaba los días, de manera que prácticamente no hacía otra a lo largo de la jornada.

Los amigos y los familiares consultaron a diversos expertos sobre como ayudar a aquel hombre a solucionar su problema, pero todos decían que lo que tenía que hacer el hombre era intentar olvidarse de que existía el monstruo, ... pero nadie sabía como.

Un día acertó a pasar por el lugar un científico que se dio cuenta de que era imposible que el monstruo avanzase más allá de la explanada en la que estaba su cueva. Y es que, efectivamente, para llegar a esa explanada, había que pasar por un estrechísimo desfiladero a través del cual era imposible que el monstruo pudiese pasar, pues su tamaño le impedía atravesarlo.

Cuando comentaron esto a nuestro amigo pareció reconfortarse y parecía que por fin su problema encontraba una salida. Sin embargo, pasados unos días, se sintió aterrizado y angustiado con la idea de que el monstruo les causara algún daño, así que corrió colina arriba a ver qué era de él, y a los pocos días estaba nuevamente igual.

Por más que le recordaban la imposibilidad de que el monstruo saliera de las inmediaciones de la cueva, el hombre, sin dejar de reconocerlo, repetía que el miedo no se le quitaba, que no tenía más remedio que subir a cerciorarse de que el monstruo seguía en su sitio, pero, al mismo tiempo se sentía agobiado y harto de tener que estar pendiente en todo momento de esa situación: en pocas palabras, estaba harto de vigilar al monstruo, pero no podía dejar de hacerlo.

Así pues, tenemos a nuestro hombre en una encrucijada, en una especie de problema sin solución.

Veamos algunas cuestiones:

Tal y como se plantea, ¿es en realidad un problema irresoluble el que tiene el protagonista de la fábula?

Si hay una solución ¿cuál crees tú que es?

El uso de metáforas — como puede consultarse, por ejemplo, en Hayes y Wilson, 1994, o en Pérez Álvarez, 1996a— es particularmente relevante a estos efectos ya que permite a los sujetos tomar una cierta distancia y pensar sobre sus problemas sin enfangarse en reflexiones psicologistas, es decir, reflexiones o explicaciones basadas en términos intrapsíquicos o mentalistas que no resuelven los conflictos por cuanto que no conectan con las cosas de la vida tal y como se le presentan al sujeto y que se traducen en dar vueltas y vueltas sobre los problemas de manera interminable. El ejemplo en cuestión se ofrece al sujeto al objeto de que piense sobre él, de modo que posteriormente, ya en otra sesión, se discute y se establecen los paralelismos con su caso.

La conclusión que se quiere extraer es obvia a partir del relato metafórico que se propone: las ganas no causan la conducta, las ganas no dependen de nuestro esfuerzo de control sobre ellas, por lo tanto no se bebe porque se tenga ganas de ello, ni podemos hacer nada por quitarnos o ponernos las ganas.

En este punto del caso es conveniente distinguir el aspecto racional (que el sujeto entienda que las cosas son así) de otro que podemos denominar vivencial (que sienta que las cosas son así desde su punto de vista).

Por nuestra parte hicimos hincapié en la dificultad de cambiar de punto de vista, de vivir las cosas de otro modo, transmitiendo al sujeto la idea de que se tomase su tiempo, que no se preocupara ni se exigiera un cambio radical.

Para ayudarle a *reconocer* los sentimientos o afectos como algo que *nos pasa* (y que, por tanto, no se puede evitar a voluntad) se utilizó un sencillo ejercicio —expuesto por Pérez Álvarez,

1996a— según el cual, como puede verse en la Tabla 2, se le instó a que entre sesiones se esforzara en notar diversas sensaciones y pensamientos ligados a conductas no problemáticas, por ejemplo, las ganas de comer cuando se acerca la hora, las preocupaciones cuando se conduce y cosas por el estilo.

La indicación no era otra que sentir que se está sintiendo, tomar distancia de sentimientos y pensamientos como condición necesaria para evitar los intentos de control

A estas alturas (5 sesiones) tras los ejercicios de cambio del contexto verbal de la conducta de beber el sujeto estaba en condiciones de asumir que: 1) una cosa son las ganas de beber y otra beber, 2) nada ni nadie te obliga a beber, 3) Tener ganas de beber y no hacerlo, puede ser una situación realmente desagradable, pero en realidad no muy diferente a otras que se dan en la vida cotidiana. En definitiva, beber o no beber es algo que depende de uno mismo.

La cuestión era ahora que el sujeto tomara su propia posición al respecto de si realmente quería dejar de beber o no, cuestión que en absoluto era baladí para él, dadas las implicaciones tan importantes que tenía para su vida.

No obstante, es de destacar que a pesar de que A. acude voluntariamente a la consulta y de que aparentemente manifiesta con claridad su deseo de liberarse de los problemas que el alcohol le está suponiendo, no hubiera sido prudente dar por su puesta ya sólo por eso la condición de motivación para el cambio, tan conveniente para la realización de un tratamiento psicoterapéutico. En efecto, la motivación para el cambio de conducta se suele dar por su puesta cuando una persona acude a solicitar la ayuda de un profesional y seguramente eso es así para un gran número de problemas. Sin embargo, en el caso de A. no se puede dar por sentado que sea así ya de antemano, puesto que una cosa es tener una conducta que sea en sí misma (percibida como) un problema para una persona y otra bien distinta que haya una conducta que sea deseable y bien valorada por el sujeto pero que tenga aspectos colaterales problemáticos que tiendan a verse (de una manera más o menos realista) como disociables de la conducta que los produce. En el primer caso la persona sí tendrá motivación para el cambio (para la eliminación de esa conducta), mientras que en el segundo caso el sujeto quiere cambiar, sí, pero no tanto como una meta personal cuanto como un instrumento para reducir sus problemas en otras áreas de su vida. El caso de A. nos parecía más bien de este segundo tipo, pues bien pudiera ser que quisiera dejar de beber sólo por sus complicaciones añadidas en las actuales circunstancias de su vida.

Así pues, se acometió con él la tarea de desbrozar sus motivaciones. Se le pidió que enumerara las razones que tenía para dejar de beber y, una vez enumeradas el terapeuta argumentaba lo que se dio en llamar contra-razones.

Por ejemplo, ante el miedo a perder el trabajo o que su mujer le abandonase, el terapeuta argumentaba que, si tales cosas no habían pasado hasta ahora, seguramente el sujeto era capaz de *apañarse* para que no ocurrieran en el futuro.

El objetivo de este ejercicio era hacerle ver al sujeto que esos argumentos y contra-argumentos son los que él mismo se había hecho muchas veces y que no conducían a nada definitivo, porque si uno deja de beber por las circunstancias, basta que éstas cambien para volver a beber, conclusión que se introdujo una vez se hubieron agotado todos los argumentos para elegir entre beber y no beber.

Tabla 2

Reconocimiento de experiencias subjetivas como algo que nos pasa

**RECONOCIMIENTO DE LOS SENTIMIENTOS COMO ALGO QUE NOS PASA**

Vamos a intentar ver de otra manera todo esto de lo que estamos hablando. Usaremos un ejercicio muy simple en el que te voy a pedir que te pongas cómodo, que cierres los ojos e intentes ir siguiendo las indicaciones que te voy dando. Empecemos. Quiero que ahora, con los ojos cerrados intentes recordar la habitación tal y como estaba hace un momento, cuando estábamos hablando; repara en los detalles: el teléfono, los papeles encima de la mesa, ... y ahora en la propia habitación como una parte del Centro. Imagínatelo con todo detalle, piensa en que tú estás aquí, en esta habitación, pero puedes pensar en ella contigo dentro y en ella misma como una habitación más dentro del Centro. Concéntrate ahora en cualquier cosa que estés sintiendo, quizá la presión del cinturón, la tela del pantalón sobre las piernas, extrañeza por el ejercicio que estamos haciendo, ... da igual, lo que quiero es que seas consciente de que estás sintiendo y pensando cosas y que sin embargo puedes verte a tí mismo dentro de esta habitación que está dentro del Centro sin dejar de sentir esas cosas de las que hemos hablado. No quiero que sigamos porque sí, sólo que sientas que es así, que eres tú quien está sintiendo esas cosas y que puedes imaginarte a la vez sintiendo otras cosas. Concentra tu atención en ello durante un rato, imagínatelo con toda nitidez. Piensa ahora en hacer un rato, cuando en lugar de estar aquí estabas en la sala de espera. Eras tú mismo pero estabas en otro sitio y sin duda que pensabas y sentías cosas: acaso hacías planes para el fin de semana, pensabas en cosas del trabajo u observabas a otras personas que estaban esperando como tú. Mira como ahora que estás aquí puedes imaginarte a tí mismo en otras situaciones en las que te pasaban otras cosas. Obsérvalo. Piensa ahora en otros momentos de tu vida, por ejemplo cuando B. y tú empezasteis a salir o cuando tuvisteis a vuestro hijo, sin duda que tuviste emociones contradictorias, alegría, temores, ... Trata de recordar con todo detalle esos momentos y de sentir que así era. Lo que importa es que sientas que es así, tómate tu tiempo. Piensa que a lo largo de la tu vida te han ido pasando esas cosas, sentimientos agradables o molestos, y que ninguno de ellos ha permanecido para siempre: te han ido pasando y no por eso has dejado de ser tú, la misma persona que está aquí ahora, imaginando todas esas cosas, aquí sentado. Piensa un poco en eso. Intenta sentir que es así. Que estás sintiendo eso y aquí, piensa en ti estando en esta habitación, siguiendo mis instrucciones, hablando conmigo, abre los ojos ...

Se introdujo entonces en el proceso terapéutico la diferencia entre *decidir* y *elegir* —tal y como aparece en el texto de Pérez Álvarez de 1996a y como se especifica en la Tabla 3— para que el propio sujeto vea que la única solución válida en un conflicto es elegir la alternativa que de verdad se desea seguir y no decidir una de ellas porque las circunstancias presentes lleven a ello.

Tabla 3  
Diferencia entre Decidir y Elegir

#### DECIDIR Y ELEGIR

Quiero que tomes en cuenta la diferencia que hay entre dos términos que en principio, pueden parecer sinónimos:

**DECIDIR** implica que valoramos entre diferentes alternativas y elegimos la que mejor se adapta a determinadas circunstancias. Evidentemente si cambian esas circunstancias lo lógico es que varíemos nuestra decisión. A lo largo de la vida hacemos esto multitud de veces: para asuntos triviales como la ropa que nos ponemos hasta otros más serios como coger o rechazar un trabajo: cogemos una gabardina porque amenaza lluvia y al llegar a la calle damos la vuelta a dejarla porque parece que escampa; aceptamos un trabajo porque nos parece atractivo pero lo abandonamos si por ejemplo se incrementa el trabajo sin que se altere el sueldo.

**ELEGIR** por contra, no tiene que ver con las circunstancias, sino con nuestras *ganas* o *interés* por hacer algo. Si no depende de las circunstancias sino de nuestro propio deseo, no hay más razón para cambiar nuestra elección que esas ganas, interés o deseo. Si una vez que *elegimos* cambiamos de opción desde luego que no estamos cometiendo ningún delito ni pecado. Solamente tenemos que asumirlo y asumir las consecuencias que se derivan de ello y, si apelamos a alguna circunstancia explicativa, no estaremos más que *justificándonos*. También la elección nos acompaña a lo largo de la vida todo tipo de asuntos: elegimos una vivienda, uno o más grupos musicales, un deporte o una mujer.

En el momento presente del proceso de trabajo que estamos haciendo, vamos a reparar en ciertas cuestiones que se derivan, forzosamente de nuestras elecciones:

**ELEGIR IMPLICA COMPROMETERSE** con todas las consecuencias que conlleva la elección. Cada una de ellas implica toda una serie de exigencias que van a depender, fundamentalmente, de nosotros.

**ELEGIR IMPLICA INCERTIDUMBRE**, pues no sabemos a ciencia cierta todo lo que nos deparará nuestra elección. Cada elección implica un riesgo, siquiera el de haber elegido mal.

**ELEGIR IMPLICA ACEPTAR LAS CONSECUENCIAS NEGATIVAS**, que forzosamente trae consigo. Si hemos dicho que no hay un estilo totalmente positivo, sea cual sea el que elijamos, tendrá sus aspectos desagradables o, cuando menos fastidiosos. Elegir implica asumirlo y contar con que, junto con la incertidumbre, forman parte del juego en el que, en definitiva consiste la vida.

Pero lejos de constituir aspectos negativos, estas cuestiones que se derivan de nuestra capacidad de elegir, pone de manifiesto nuestra responsabilidad como personas y nuestra capacidad de desarrollarnos como tales.

Esa toma de postura personal no es cuestión de un momento, por lo que planteada la cuestión se le dejó al sujeto el debate abierto. Mientras tanto se le instó a que pusiese en marcha, ahora con la conducta de consumo de alcohol, la estrategia de distanciarse de los pensamientos y sentimientos. La indicación era que prestara atención a sus ganas de beber para darse cuenta de ellas y para que renunciara a luchar contra su aparición.

Hubo que especificar con mucho cuidado lo que se pedía, pues cuando el sujeto narra la experiencia de tener ganas de beber inmediatamente refería que se «ponía a pensar en otra cosa» y fue preciso explicarle que no se trataba de evitar las ganas de beber pensando en otras cosas —pues eso es todavía una forma de lucha— sino de reconocer que «las ganas de beber» es algo que a uno le pasa y no sucede nada por tenerlas, puesto que se pueden tener y aún así no beber.

Finalmente se discutió con él la elección de dejar o no la bebida. Discutir en el sentido de que tomara conciencia que era realmente una elección y no algo forzado por las circunstancias del ac-

tual momento de vida. Tras un período de reflexión que se le dejó al sujeto para que fuese modificando su contexto verbal a raíz del trabajo en las sesiones clínicas, el resultado fue que A. eligió la opción de darse un tiempo sin beber, circunstancia en la que, según referencia telefónica del sujeto y de su esposa, permanecía a los seis meses de la última sesión después de un total de 10.

#### Discusión crítica del caso clínico: La Terapia de Aceptación y Compromiso como proceso de despsicologización

Para empezar, en nuestra opinión el objeto de la evaluación o análisis funcional es *entender* las conductas problema de un caso clínico (sus funciones) como medio que haga posible el diseño de un tratamiento adecuado a cada caso en particular.

Decimos *entender* utilizando este término en lugar de *explicar* porque en el contexto de la psicología clínica, la máxima skinneriana de que *explicar una conducta es modificarla* muchas veces no se cumple más que en el caso de algunas conductas y más bien hacia el final del proceso terapéutico, cuando éste va dando resultado. La mayor parte del tiempo el clínico no es un experimentador y en muchas ocasiones no tiene en sus manos el control de las variables que a su vez controlan las conductas que está analizando.

Por supuesto, esta situación ha llevado a muchas escuelas de psicoterapia a pseudoexplicaciones de las conductas observadas y actualmente en ello puede estar la modificación de conducta, predominantemente de corte cognitivo-conductual, tan ocupada como está por encontrar variables mediadoras entre los estímulos y las respuestas.

Desde nuestro punto de vista, el análisis funcional de un caso ha de perseguir entender la conducta del cliente, en efecto, queriendo decir con ello que el clínico ha de describir las distintas conductas que componen a un sujeto haciéndose cargo de las relaciones conflictivas entre ellas en el marco de su biografía personal, tal y como en el propio sujeto se presentan.

En este sentido, desde luego, puede concebirse la estructura de la conducta ateniéndonos a los tres segmentos clásicos de antecedentes, conducta y consecuencias (A-B-C), pero siempre y cuando no se intente rellenar esos segmentos al estilo de un crucigrama que hay que completar en todo caso. Más bien habría que tomarse este análisis de las conductas y sus situaciones antecedentes y consecuentes como un análisis de los *sentidos* que las acciones de un sujeto tienen dadas determinadas condiciones, de manera que se tenga en cuenta que la conducta es siempre propositiva, con significado o con sentido. Son estos sentidos de las conductas que hace un sujeto aquello que debe ser entendido por el terapeuta para poder ayudarle —quizá sea conveniente puntualizar que cuando se apela al sentido propositivo de la conducta no se regresa a conceptualizaciones mentalistas, sino que el sentido de la conducta reside en *las relaciones* que ésta establece entre las cosas mismas del mundo.

Desde luego, esos sentidos o procesos de logro que son las conductas de un sujeto van a ser procesos de refuerzo positivo, refuerzo negativo, extinción, etcétera, pero la cuestión es que se hace preciso detectar la *complicación de estos procesos*, el *nudo* de consecuencias contrapuestas que hacen difícil la vida de esa persona. Dicho de otro modo, dar con la clave de un caso clínico es entender su *conflicto irresuelto*, pues a partir de su estancamiento o irresolución es como se generan todo tipo de nuevas conductas que complican *aún más* el problema, como mecanismos de defensa inconscientes, teatralizaciones que en principio permitan desen-

volverse de forma distinta según el contexto, o intentos fallidos y repetitivos de autocontrol (Quiroga, en prensa). Es evidente que en el caso de A. básicamente ocurría esto último, de manera que se encontraba situado en un *conflicto irresuelto* —de acuerdo con los planteamientos de Fuentes (1994a y 1994b)—, o en un *ciclo de acción cerrado* (Fierro 1988), pues las diversas consecuencias conflictivas que tenía el beber el llevaban a intentar dejar de beber pero sin conseguirlo porque también había consecuencias negativas asociadas al propio autocontrol de la conducta de beber.

Ahora bien, esos sentidos conflictivos que estamos proponiendo que hay que entender en cada caso clínico para poder solucionarlo, son a su vez operaciones que siguen determinadas *normas* sociales, derivándose el conflicto personal entonces del propio marco social que envuelve al sujeto, puesto que ya en él están dadas diversas *formas* de comportarse que son opuestas entre sí —*ceremonias que se interfieren*, podríamos decir empleando el concepto de ceremonia propuesto por Bueno (1984). En nuestro caso, por ejemplo, es obvio que tan socialmente dadas están las conductas de beber alcohol como las de no beberlo, siendo ambas posibilidades contrapuestas, alternativas de acción en las que se siguen normas sociales distintas —por ejemplo, de un lado, las de la tradición cultural mediterránea de consumir alcohol en las comidas y actos sociales, y de otro lado, las de cuidar la salud o la estética ingiriendo sólo bebidas sin alcohol. Cuando un mismo sujeto se caracteriza por el seguimiento de normas distintas y no logra fácilmente optar entre ellas o integrarlas entra en un *conflicto de normas irresuelto personalmente*, o en un ciclo cerrado de acción, a partir del cual el resto de sus conductas son *complicaciones psicológicas* del caso, porque no son sino envolturas pseudoresolutorias del conflicto cuyo efecto es agrandararlo con más consecuencias conflictivas.

En el caso de A., una vez situado en un conflicto de normas en el que beber tiene consecuencias contrapuestas, sus intentos de control, de lucha por no beber le llevan a desesperarse, a no ver una salida a su caso, pues ahora también el no beber tiene consecuencias contrapuestas o conflictivas que se sobreañaden a las anteriores, complicando el caso *psicológicamente*, es decir, pseudoresolviéndolo y demorando su solución definitiva.

En resumen, por lo que toca al análisis de un caso, el psicólogo clínico tiene que entender o comprender la complejidad conflictiva que detiene el desarrollo personal del sujeto. En todo caso, ese entendimiento, esa empatía con el cliente o paciente, ese ver las cosas tal y como las está viendo el sujeto analizado mismo dentro de su contexto normativo, el psicólogo lo obtiene fundamentalmente de su propia experiencia vital y de su propia amplitud de conocimiento mundano del entorno social en el que realiza su trabajo clínico. A nuestro entender el psicólogo es capaz de entender un caso clínico en la medida misma en que pueda analizar sus propias experiencias vitales, de modo que sin un conocimiento competente de los diversos modos de vida y sus complicaciones en la sociedad y en el tiempo histórico donde desarrolla su labor, difícilmente se puede ser psicólogo de ningún sujeto con conflictos personales.

El tratamiento seguido en el caso expuesto se basa en las premisas de la reciente Terapia de Aceptación y Compromiso. La aceptación es un concepto que se refiere a la renuncia a cambiar

lo que no se puede cambiar, como son los propios sentimientos o deseos, en el caso planteado las ganas de beber. El compromiso, por su parte, es el proceso por el cual el sujeto actúa para cambiar lo que efectivamente se puede cambiar, o dicho de otro modo, el compromiso es la toma de postura por parte del sujeto de hacer algo determinado dentro de las opciones disponibles, como en nuestro caso beber o no beber a pesar de las ganas de ello y de otras consecuencias añadidas. Para el logro de un tal proceso de aceptación y compromiso se utilizan diversas técnicas de cambio del contexto verbal del paciente, como el uso de metáforas, el distanciamiento comprensivo, paradojas, etcétera (Wulfert, 1994)

Para terminar, queremos apuntar que, en nuestra opinión, la Terapia de Aceptación y Compromiso, tan útil para la resolución de casos clínicos donde hay conflictos de normas irresueltos personalmente, es eficaz precisamente porque hace que la persona funcione como tal desde el momento mismo en que se lleva al sujeto a la resolución de sus conflictos *mediante el compromiso con una de las alternativas en juego y la aceptación de las consecuencias indeseables ligadas a ella* —como el quedarse con las ganas de beber, por ejemplo. Es decir, desde las coordenadas que sustentan estos comentarios, un problema psicológico consiste justamente en la presencia de un conflicto de normas irresuelto personalmente, cosa que le ocurre a una persona en particular dentro de un contexto socio-histórico en el que están dados modos de vivir contradictorios entre sí, o conflictos de normas irresueltos normativamente debido a las fallas en la resolución con valor colectivo de dichos conflictos. Se tendría entonces un problema psicológico allí donde un sujeto no eligiera de manera determinante entre una de las alternativas en conflicto, sino que permaneciera en el mismo sin resolverlo definitivamente apareciendo entonces intentos pseudoresolutorios de solución, tales como mecanismos de defensa, teatralizaciones e intentos parciales de auto o heterocontrol de alguna conducta conflictiva. En esta tesitura la persona no estaría asumiendo la responsabilidad que inherentemente le caracteriza como tal y mediante la cual se hace cargo de la construcción de su propia vida y de la de aquellas otras personas con las que se identifica en distintos sentidos y grados de equivalencia. Pero una construcción, ésta de la propia vida y de la de los demás, que se hace según determinados modos de vivir que son los que hay que elegir y sostener en conciencia (ético-moral) pese a las complicaciones vitales que ello pudiera suponer. Y precisamente esto es lo que nos parece que caracteriza a la Terapia de Aceptación y Compromiso cuando se propone como objetivo precisamente el que la persona se comprometa con un modo de vida determinado, aquel que note que le constituye en última instancia, pese a que tenga consecuencias indeseables, que son las que precisamente hay que aceptar como contrapartida necesaria del compromiso. En definitiva, según nuestro modo de entenderla, la Terapia de Aceptación y Compromiso es un modo de *despsicologizar* a la persona desde el momento mismo en que se le pide a ésta que se defina por una opción y que reduzca entonces su ambivalencia, su inestabilidad o contingencialidad, quedando su conducta ahora ya *depurada* a través del ejercicio de la responsabilidad basada en el afianzamiento de los propios valores morales como base del proyecto de vida personal.

## Referencias

- American Psychiatric Association (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV*. Barcelona: Masson.
- Bueno, G. (1984). Ensayo de introducción de una teoría antropológica de las ceremonias. *El Basilisco*, nº 16, pp. 8-37.
- Carrascosa, F.J. (1999) Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el Trastorno de Angustia con Agorafobia. Un estudio de caso. *Psicothema* vol 11, nº1, pp 1-12.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento: Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- Fierro, A. (1988). El modelo de ciclos de acción en psicopatología y en intervención terapéutica. En A. Fierro (Ed.), *Psicología clínica: Cuestiones actuales*. Madrid: Pirámide.
- Fuentes, J. B. (1994a). Una nota sobre la constitución histórico-cultural de la figura antropológica (específica) del campo psicológico. *Revista de Historia de la Psicología*, vol. 15, nº 3-4, pp. 41-48.
- Fuentes, J. B. (1994b). Introducción del concepto de «conflicto de normas irresuelto personalmente» como figura antropológica (específica) del campo psicológico. *Psicothema*, vol. 6, nº 3, pp. 421-446.
- Hayes, S. C.; Jacobson, N. S.; Follete, V. M. y Dougher, M. J. (Eds.) (1994). *Acceptance and Change: Content and Context in Psychotherapy*. Reno, Nevada: Context Press.
- Hayes, S. C. y Melancon, S. M. (1989). Comprehensive distancing, paradox, and the treatment of emotional avoidance. En L. M. Ascher (Ed.), *Therapeutic Paradox*. Nueva York: Guilford Press. (pp. 184-218)
- Hayes, S. C. y Wilson, K. G. (1994). Acceptance and commitment therapy: Altering the verbal support for experiential avoidance. *The Behavior Analyst*, vol. 17, nº 2, pp. 289-304.
- Hayes, S.C.; Strosahl, K.D. y Wilson, K.G. (1999) Acceptance and commitment therapy. An experiential approach to behavior change. Nueva York. Guilfor Press.
- Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (1980) Determinants of relapse: implications for the maintenance of behavior change. En P.V. Davidson y S.M. Davidson (Eds) *Behavioral Medicine: changing healthlfe styles*. Nueva York. Brunner/M.A.Z.L.
- Pérez Álvarez, M. (1996a). *La psicoterapia desde el punto de vista conductista*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Pérez Álvarez, M. (1996b). *Tratamientos psicológicos*. Madrid: Universitas.
- Quiroga, E. (En revisión). La personalidad como estructura dinámica conductual definida por la conjugación autor-actor. *Apuntes de Psicología*.
- Wulfert, E. (1994). Acceptance in the Treatment of Alcoholism: A Comparison of Alcoholic Anonymus and Social Learning Theory. En S. C. Hayes; N. S. Jacobson; V. M. Follete y M. J. Dougher (Eds.), *Acceptance and Change: Content and Context in Psychotherapy*. Reno, Nevada: Context Press.

Aceptado el 20 de octubre de 2000