

2ª edición

Steven C. Hayes
Kirk Strosahl
Kelly G. Wilson



TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO

Proceso y práctica del cambio consciente
(Mindfulness)

biblioteca de psicología



DESCLÉE DE BROUWER

STEVEN C. HAYES
KIRK D. STROSAHL
KELLY G. WILSON

TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO

**Proceso y práctica del cambio consciente
(mindfulness)**

2ª edición

**BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA
DESCLÉE DE BROUWER**

Índice

Sobre los autores.	11
Prefacio	13
Agradecimientos	19

PARTE I **Fundamentos y modelo**

1. El dilema del sufrimiento humano	23
2. Los fundamentos de la ACT: Adoptando un enfoque contextual funcional	57
3. La flexibilidad psicológica como modelo unificado del funcionamiento humano	105

PARTE II**Análisis funcional y aproximación a la intervención**

- | | |
|---|-----|
| 4. Formulación de hipótesis: Escuchar con oídos ACT,
ver con ojos ACT. | 165 |
| <i>Con Emily K. Sandoz</i> | |
| 5. La relación terapéutica en ACT. | 217 |
| 6. Crear un contexto de cambio: Mente frente a experiencia . . | 247 |

PARTE III**Procesos clínicos fundamentales**

- | | |
|--|-----|
| 7. Consciencia del momento presente. | 297 |
| <i>Con Emily K. Sandoz</i> | |
| 8. Dimensiones del YO. | 325 |
| 9. Defusión | 357 |
| 10. Aceptación | 395 |
| 11. Conexión con valores. | 431 |
| 12. Compromiso de acción | 473 |

PARTE IV**Crear un enfoque científico progresivo**

- | | |
|--|-----|
| 13. La ciencia conductual contextual y el futuro de la ACT | 511 |
| Bibliografía | 539 |
| Índice analítico | 563 |

Sobre los autores

Steven C. Hayes, PhD, es profesor de la Nevada Foundation en el departamento de psicología de la Universidad de Nevada. Su carrera se ha centrado en el análisis de la naturaleza del lenguaje humano y de la cognición así como en su aplicación para la comprensión y el alivio del sufrimiento humano.

Kirk d. Strosahl, PhD, es médico de atención primaria en el Central Washington Family Medicine, en Yakima, Washington, donde está promoviendo el uso de la ACT en la práctica de la medicina general, especialmente en pacientes con escasos recursos o sin seguro médico.

Kelly G. Wilson, PhD, es profesor adjunto de psicología en la Universidad de Mississippi, donde es también director del Center for Contextual Psychology y del Grupo para el Desarrollo del Tratamiento ACT.

Prefacio

Novedades de la presente edición

La Terapia de aceptación y compromiso (ACT) se presentó en formato de libro en la primera edición de este volumen, en 1999. El modelo subyacente estaba todavía sin desarrollar y aún no habíamos articulado nuestra estrategia de desarrollo del conocimiento. Nosotros la conocíamos y ya era hora de presentar en público a nuestro “bebé” de 20 años. El primer libro sobre “teoría del marco relacional” (RFT) se publicó 2 años más tarde.

Entonces tuvo lugar algo bastante notable: varios terapeutas e investigadores muy cualificados se sintieron atraídos por el trabajo y empezaron a ocuparse cada vez más de él. Los terapeutas estaban entusiasmados y la investigación sobre RFT experimentó un acelerón. Se abrió una discusión global por todo el mundo a través de internet; se fundó una asociación y se publicaron más libros. Se organizaron conferencias con regularidad a nivel nacional, internacional y regional y las sociedades existentes empezaron a mostrar cada vez más visiblemente su trabajo. Se mejoraron los entrenamientos y los resultados de las investigaciones florecieron. A nivel internacional, surgieron expertos en distintas lenguas. El ritmo de desarrollo se aceleró y los datos, tanto de investigación básica como aplicada, permiti-

tieron orientar cada vez mejor las innovaciones. También surgieron críticos honrados que contribuyeron a refinar aún más el trabajo.

El resultado ha sido un considerable progreso conceptual, tecnológico y empírico a lo largo de los últimos doce años. Conseguimos destilar la ACT a partir de seis procesos clave, junto con sus interrelaciones, en torno a una preocupación central: la flexibilidad psicológica. Los resultados indicaban, cada vez con mayor fuerza, que la ACT funciona principalmente a través de un proceso de flexibilidad psicológica que comprende: “defusión”, aceptación, atención flexible al momento presente, yo –como– contexto, valores y compromiso de acción.

Tal y como esperábamos, empezamos a constatar que los métodos de ACT se podían integrar en otros enfoques refrendados empíricamente y que la flexibilidad psicológica favorecía otros importantes procesos de conducta. La variedad de problemas para los que los métodos de ACT se mostraron eficaces resultó impresionante y el ámbito de aplicabilidad del modelo de flexibilidad psicológica resultó sorprendente: El mismo modelo que daba resultado con la adicción a la heroína, también era eficaz para el control de la diabetes. Los protocolos variaban ampliamente, por supuesto, y los métodos conductuales incluidos eran, por lo general, específicos para cada aplicación concreta. Como resultado de todo esto, el número de métodos de ACT, en la actualidad, sobrepasa lo que podría ser el contenido de un solo libro –o incluso de dos, o de diez– pero el modelo y sus procesos de cambio parecen ser muy similares a lo largo de una amplia variedad de áreas de cambio de conducta.

Por todas estas razones, el presente volumen tiene un aspecto y un toque distinto del que escribimos hace ya más de una década. Esta edición se centra en el *modelo de flexibilidad psicológica como modelo unificado del funcionamiento humano*. Tal y como se ha desarrollado el presente volumen, referirse a este modelo como el “modelo ACT” (como solíamos hacer) parece un poco limitante porque el modelo va más allá de un mero enfoque de tratamiento. Este libro no es tanto un manual clínico lineal, paso a paso, como una guía para aprender a hacer ACT de una manera *natural*. Pretende ser útil tanto a quienes están comenzando a explorar el modelo como a aquellos que ya tie-

nen una amplia experiencia en su práctica. Los terapeutas necesitan aprender a reconocer los procesos de flexibilidad psicológica *en el momento* así como responder de manera coherente con el modelo y este libro pretende ayudarlos, precisamente, a que alcancen tal objetivo. Los terapeutas ya saben hacer algunas cosas propias del enfoque ACT –en la medida en que utilicen sus métodos de manera funcionalmente consistente con el modelo de flexibilidad psicológica–. Una vez que se percibe la conexión con más claridad, la gente empieza a probar estos métodos. Sí; por supuesto que va a ser necesario más entrenamiento y dirección. Pero se puede empezar ahora mismo.

En este volumen hemos intentado hacer más asequibles los fundamentos inmediatos de la ACT –contextualismo funcional y RFT–. En vez de sugerir a los lectores que, si lo desean, se salten los capítulos de teorías y modelos complejos (capítulos 2 y 3), nos hemos esforzado en hacerlos más accesibles. Puede que los hayamos sobre simplificado (y, estamos seguros, hemos obviado muchos detalles), pero queríamos que aquellos que sintonizaran con este trabajo pudieran disponer de una fundamentación básica a partir de la cual se posibilitara una posterior exploración. Hay cientos de artículos académicos sobre ACT, su modelo subyacente y sus fundamentos básicos. Este libro no es más que una presentación. Nosotros también presentamos más claramente nuestra estrategia de desarrollo –que llamamos “ciencia conductual contextual” (CBS)–, sobre todo en el último capítulo. Esto puede resultar extraño en un libro clínico pero el propósito de la ACT no es ACT *über alles*. No nos interesan marcas comerciales ni personalismos. Nuestro objetivo es el *progreso* y tratamos de conseguirlo mediante el desarrollo de nuestro modelo de conocimiento pues el mejor modo de acelerar el progreso es que todos pongan manos a la obra, ya se trate de terapeutas, científicos de base, investigadores aplicados, filósofos o estudiantes. Una comunidad abierta, basada en valores, empeñada en una misión común, puede ser mucho más productiva que legiones de profesores en una torre de marfil. Si el modelo de desarrollo se entiende bien en toda su extensión, quedará claro por qué no seguimos el mismo juego de siempre de los tratamientos con apoyo empírico (aunque, hemos de

admitirlo, también formamos parte de esa tradición). Sí; nos importan las pruebas al azar –pero también nos interesan otras muchas, muchas más cosas que eso–. Queremos que los *procesos* apoyados empíricamente estén sólidamente ligados a *procedimientos* eficaces (Rosen y Davidson, 2003). Disponemos de una estrategia para lograr avances a largo plazo y estamos decididos a seguir esa estrategia. Puede que dé resultado o puede que no, pero invitamos al lector a que se nos una en este viaje.

Asumir esta perspectiva no significa que un terapeuta de primera línea necesite ser un experto en RFT ni que tenga que abandonar su práctica para convertirse en investigador. Los clínicos y demás practicantes son importantes para el desarrollo de este enfoque y tienen derecho a esperar mucho de la ciencia conductual. Lo que queremos mostrar, precisamente, es cómo el avance en áreas tales como la ciencia básica así como en lo que se refiere el soporte filosófico, también puede ayudar a que aquellos que tengan intereses de tipo más práctico vean cumplidos sus propósitos.

Ahora mismo podríamos enumerar unos 60 libros sobre ACT publicados en todo el mundo. La velocidad de publicación de fuentes empíricas relevantes va en aumento. Este programa de investigación y desarrollo práctico ha sido examinado minuciosamente en varios artículos críticos (p. ej.: Hayes, Bissett et al., 2004; Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis, 2006; Öst, 2008) e incluso los observadores más escépticos confirman que estamos progresando (p. ej.: Powers, Vörding y Emmelkamp, 2009). Un avance tan sustancial como este nos permite reducir la frecuencia de referencias académicas en la mayoría de las secciones del libro. La primera edición incluía algunos pasajes empíricos y conceptuales bastante densos –especialmente para justificar la atención académica dirigida a nuestro modelo– pero la densidad del texto hacía difícil que los lectores lo entendieran o lo siguieran con facilidad. Con tal de que los interesados estén dispuestos a leer más cosas que este sencillo volumen, no parece que sea necesaria una justificación empírica, punto por punto, para nuestro propósito en este momento. Hemos incluido bastantes pistas generales para que el lector perciba cómo entendemos conceptualmente los

hechos así como bastantes enlaces para que los lectores encuentren fundamentación académica adicional con un mínimo esfuerzo por su parte.

Algunas de las ideas que subyacen a la ACT se están convirtiendo rápidamente en conceptos de una corriente general. Los críticos, ahora, dicen que esto es lo que habían estado buscando todo el tiempo. Quizás ese sentido de revisionismo moleste a los autores de ACT con buena memoria pero no tiene que detener a los nuevos lectores porque así es como se produce el progreso. Por otra parte, coger un pedazo de “aceptación” de aquí y un toque de “defusión” de allá, no hace justicia al modelo ACT ni proporciona todos sus beneficios. Queremos que se entienda bien el modelo completo así como su estrategia de desarrollo del conocimiento porque ese nivel de familiaridad parece favorecer mayores progresos a la larga que la mera adopción de nuevas técnicas o de conceptos más recientes tomados de aquí y de allá, como si el mejor tratamiento fuera una cuestión de modas.

El modelo ACT es ahora bastante bien conocido como para invitar a una crítica regular. Nuestra respuesta a los escépticos ha sido invitarlos a nuestras conferencias; intentar responder a cada una de las críticas principales pero con un sentido de apertura y razón, con datos adicionales y con mayores esfuerzos de desarrollo; y crear una comunidad que se mantenga abierta, que sea cooperativa y no jerárquica, de tal manera que cualquiera pueda entrar en contacto con los trabajos, tomar lo que le sea útil y contribuir con cualquier cosa que se haya podido pasar por alto. La ACT no se creó para romper con las tradiciones de las cuales ha surgido ni tampoco pretende ser una panacea. Nuestra intención, como practicantes de ACT, es ayudar, de la mejor manera posible, a quienes está sufriendo y trabajar en el desarrollo de una práctica de la psicología que sea más respetuosa con el desafío que supone la condición humana.

Después de todo, ¿no es esto lo que estamos haciendo todos en este terreno? Muy pronto, todos nuestros nombres habrán quedado olvidados, incluso por parte de nuestros sucesores. Entonces, no va a importar quién dijo qué o cuándo lo dijo. Lo que importará será la

existencia enfoques que supongan una diferencia en la vida de las personas a las que esta disciplina debe servir. Necesitamos seguir averiguando qué es lo que funciona mejor y desarrollar formas innovadoras que sirvan de ayuda. Pero, para hacerlo, tenemos que trabajar juntos, creando continuamente vínculos más sólidos entre la creatividad clínica y el desarrollo del conocimiento científico, por un lado, y aquellos procesos que realmente interesen, por otro. El contenido del presente libro es una reflexión directa sobre ese programa. Esperamos y confiamos en que servirá para tal propósito.

STEVEN C. HAYES
KIRK D. STROSAHL
KELLY G. WILSON

I

Fundamentos y modelo

1 El dilema del sufrimiento humano

Ninguna cosa externa nos asegura la liberación frente al sufrimiento. Ni siquiera es suficiente cuando nosotros, los seres humanos, disponemos de *todo* aquello de lo que, por lo general, echamos mano para valorar el éxito externo: grandes apariencias, padres cariñosos, hijos estupendos, seguridad financiera, una esposa entregada, etc. Los humanos pueden estar abrigados, bien alimentados, secos, físicamente bien y, aun así, sentirse desgraciados. Los humanos pueden disfrutar de medios de diversión y entretenimiento desconocidos en el mundo no humano y sólo al alcance de una pequeña parte de la población –TV de alta definición, coches deportivos, viajes exóticos al Caribe– y, aun así, experimentar un dolor psíquico extremo. Cada mañana, un ejecutivo de éxito llega a la oficina, cierra la puerta y busca calladamente en el fondo del cajón de su escritorio la botella de ginebra que tiene allí escondida; cada día, un ser humano con privilegios inimaginables, toma una pistola, la carga con una bala, cierra el tambor y aprieta el gatillo.

Los psicoterapeutas y los investigadores de ciencia aplicada están demasiado familiarizados con las oscuras estadísticas que documentan esta realidad. Las estadísticas de USA, por ejemplo, muestran que

la tasa de prevalencia de los trastornos mentales es, en la actualidad, de aproximadamente el 50%, mientras que más personas aún sufren angustia emocional por problemas relacionados con el trabajo, las relaciones personales, los hijos y los cambios naturales que la vida nos plantea a todos (Kessler et al., 2005). En todo el país hay casi 20 millones de alcohólicos (Grant et al., 2004); cientos de miles de personas se suicidan cada año y otros muchos lo intentan pero fallan (Centros para Control y Prevención de las Enfermedades, 2007). Tales estadísticas son aplicables no sólo a aquellos que, durante décadas, fueron golpeados por la vida sino también a adolescentes y a adultos jóvenes. En los últimos años, casi la mitad de la población en edad escolar cumple los criterios de, al menos, un diagnóstico referenciado en el DSM (Blanco et al., 2008).

Si quisiéramos reunir datos para documentar la generalidad del sufrimiento humano en el mundo desarrollado, podríamos hacerlo casi hasta el infinito. Terapeutas e investigadores suelen echar mano de esas estadísticas, en un ámbito de problemas tras otro, cuando se refieren a la necesidad de más profesionales de la psicoterapia, mayores subvenciones para los programas de salud mental o más apoyo para la investigación psicológica. Al mismo tiempo, profesionales y legos, conjuntamente, parecen pasar por alto el mensaje que transmiten estas estadísticas cuando se consideran en su conjunto. Si sumamos todos los seres humanos que están o han estado deprimidos, que son drogadictos, ansiosos, coléricos, autodestructivos, alienados, preocupados, compulsivos, adictos al trabajo, inseguros, patológicamente tímidos, divorciados, que rehúyen la intimidad y que están estresados, nos veríamos obligados a llegar a una sorprendente conclusión: que el sufrimiento psíquico es la característica básica de la vida humana.

Los seres humanos también se causan dolor unos a otros continuamente. Piensa lo sencillo que resulta cosificar y deshumanizar a los demás. La comunidad mundial, literalmente, se tambalea y desequilibra bajo el peso de la cosificación con todas sus servidumbres humanas y costes económicos. Se nos hace recordar este hecho tan penoso cada vez que se nos obliga a desvestirnos parcialmente para

subir a un avión o tenemos que vaciarnos de nuestras pertenencias en una cinta transportadora para entrar en un edificio gubernamental. Las mujeres rinden casi la cuarta parte menos que los hombres cuando realizan el mismo trabajo; las minorías étnicas, por lo general, tienen dificultades para conseguir taxi en las grandes ciudades; los rascacielos son atacados con aviones por terroristas como símbolo de su odio; como revancha, se los bombardea desde lo alto porque los que son considerados malvados están viviendo debajo. La gente no sólo sufre, provoca sufrimiento en forma de sesgos, prejuicios y estigmas de una manera que parece tan natural como el respirar.

Nuestros modelos más populares de salud psíquica y de patología raramente se refieren al sufrimiento humano y al hecho de provocárselo a los demás bajo la forma de problemas humanos generales. Las ciencias médicas y conductuales occidentales parecen haber desarrollado una miopía considerable para las verdades que no encajan bien en sus paradigmas consagrados. A pesar de la abrumadora evidencia en contra, también conceptualizamos con toda facilidad al sufrimiento humano bajo etiquetas diagnósticas como si se tratara del producto de una desviación biomédica de la norma. Preferimos ver la cosificación y la deshumanización en términos éticos o políticos –como si estigmas y prejuicios fueran atributo exclusivamente de los ignorantes o los inmorales más que de los escritores y de lectores de libros como el presente–. Hay un “elefante en la habitación” pero nadie parece reconocerlo. Es difícil tener compasión por nosotros mismos y por los demás. Es difícil ser un ser humano.

Normalidad saludable: el supuesto básico de las principales corrientes psicológicas

La comunidad dedicada a la salud mental ha sido testigo y ha generado la “biomedicalización” de la vida humana. La civilización occidental, virtualmente, adora la liberación de la angustia física o mental. Las maravillas de la medicina moderna “convencieron a la gente de que la curación era la causa de la salud” (Farley y Cohen, 2005, p. 33) –no sólo de la salud física sino de todas sus formas–. Los

pensamientos, sentimientos, recuerdos o sensaciones físicas angustiantes pasaron a ser considerados predominantemente como “síntomas”. Tener cierta clase o determinado número de tales vivencias quiere decir que se sufre de determinado tipo de anomalía o, incluso, de alguna clase de enfermedad. Las etiquetas generalmente enmascaran el papel significativo que la conducta y el entorno social desempeñan en la determinación de la salud física y mental de la gente. Al parecer, quienes padecen molestias desencadenadas por la ingesta de comida pesada, asociada a alimentos grasos, simplemente sufren un trastorno que requiere que se tome una píldora rosada; la falta de sueño provocada por los hábitos poco saludables que decide adoptar la gente en una sociedad de “24 horas al día, 7 días por semana”, se aborda ahora como un trastorno que se puede aliviar temporalmente ya sea mediante un costoso equipo de CPAP (presión aérea positiva continua) o con las nuevas medicaciones para el sueño que, en conjunto, generan un billón de dólares en ventas. El mensaje de que los problemas psicológicos deberían ser tratados, en general, como enfermedades médicas afecta incluso al propio suministro de agua de la sociedad occidental contemporánea –¡ya que hay cantidades medibles de antidepresivos en nuestros ríos e incluso en los peces que comemos! (Schultz et al., 2010)–. Incluso cuando se recetan adecuadamente, esos medicamentos sólo tienen un efecto clínicamente significativo, superior al efecto placebo, en los casos más extremos (Fournier et al., 2010; Kirsch et al., 2008) cuyo tratamiento distaría mucho de afectar al suministro de agua con tal de que los medicamentos se recetaran sólo en función de sus méritos científicos.

La idea de que el sufrimiento se describe mejor en términos de anormalidad neurobioquímica tiene su vertiente aparentemente llamativa ya que parece referirse al supuesto de que la salud y la felicidad son el estado homeostático natural de la existencia humana. Este supuesto de *normalidad saludable* se deriva de la propia esencia de los enfoques médicos tradicionales sobre la salud física. Dado el relativo éxito de la medicina física, no resulta sorprendente que la comunidad dedicada al estudio del comportamiento y la salud mental haya adoptado también este presupuesto. La concepción tradi-

cional de la salud física es, sencillamente, la ausencia de enfermedad. Se supone que, dejado a sus propios recursos, el cuerpo debería estar sano pero que esa salud física se puede ver perturbada por infecciones, heridas, intoxicaciones, por el declive de la capacidad física o por la alteración de procesos físicos. De manera similar, se asume que los seres humanos son inherentemente felices, mutuamente solidarios, altruistas y que están en paz consigo mismos –pero que ese estado de salud mental se puede ver perturbado por emociones, pensamientos, recuerdos, acontecimientos históricos o estados cerebrales particulares–.

El corolario de este supuesto de la normalidad saludable es la creencia de que *hay procesos anormales en la raíz de los trastornos físicos y mentales*. Estos supuestos dan como resultado un tipo de pensamiento relativo a síndromes y diagnósticos. La identificación de síndromes –colección de signos (cosas que el observador puede apreciar) y síntomas (cosas de las que se queja una persona)– suele ser el primer paso para la identificación de una enfermedad. Las enfermedades son entidades funcionales, es decir, son perturbaciones de la salud con una etiología conocida, por supuesto, y con respuesta al tratamiento. Una vez que los síndromes están identificados, la investigación empieza a buscar el proceso anormal que se supone que ha dado lugar a ese conjunto concreto de manifestaciones para encontrar la manera de cambiar tanto los propios procesos como sus indeseables resultados.

Estos supuestos, así como las estrategias de diagnóstico que generan, resultan muy sensatos en el área de la salud física aun cuando, incluso ahí, presenten notables limitaciones. Después de todo, la salud no es *meramente* la ausencia de enfermedad (Organización Mundial de la Salud, 1947) y algunos síntomas clínicos comunes tales como fiebre, tos, diarrea o vómitos tienen una función adaptativa que puede ser pasada por alto cuando uno se centra sólo en los síntomas en vez de hacerlo en sus posibles funciones (Trevathan, McKenna y Smith, 2007). Aún dentro de unos límites estrechos, el supuesto de la normalidad saludable funciona en cuanto que la estructura del cuerpo humano parece diseñada para proporcionar un

grado razonable de salud física como resultado de la evolución biológica. Si un ser humano concreto no posee unos genes saludables, adecuados para asegurar su reproducción, la propia evolución, por lo general, se encarga de eliminar esos genes –o su manifestación– con el paso del tiempo. Signos y síntomas físicos suelen constituir una buena guía para la identificación de enfermedades. La selección natural, generalmente, asegura que el desarrollo estructural de un organismo sirve a sus funciones de auto-preservación y reproducción. De este modo, las desviaciones de la estructura indican, normalmente, alguna disfunción y suelen ser útiles para identificar enfermedades específicas. Por ejemplo, al comienzo de la epidemia de HIV/SIDA, algunas formas de cáncer extremadamente raras llevaron a los investigadores a centrarse en un subgrupo particular de personas lo que, a su vez, hizo que fuera más sencillo el descubrimiento del virus. Lo que no asegura la selección natural es la estrecha relación entre forma y función de la conducta por lo que la estrategia de diagnóstico biomédico corre el riesgo de sobre extenderse cuando se aplica al sufrimiento psíquico.

El mito de la enfermedad psiquiátrica

La actual consideración del sufrimiento psíquico se basa en la idea de que la observación de su configuración topográfica (signos, síntomas y colecciones de ambas cosas) conduce a auténticas entidades de enfermedad funcional que incluyen la consideración de *por qué* aparecen tales configuraciones así como *la mejor manera* de cambiarlas. El campo de la psicopatología ha estado totalmente dominado por esos supuestos y las estrategias analíticas resultantes. Pocos investigadores psicológicos y psiquiatras parecen haber sido capaces de resistirse a seguirlos. Sin embargo, las enfermedades psiquiátricas son, ciertamente, un mito más que una realidad.

Dada la extraordinaria atención dedicada al modelo de anomalidad tanto en psicología como en psiquiatría, resulta sorprendente constatar que no se haya producido prácticamente ningún progreso a la hora de establecer los síndromes de salud mental como entidades

nosológicas (Kupfer, First y Regier, 2002). Tras citar el gastado y viejo ejemplo de la paresia general, no hay prácticamente más historias de éxito que contar. Desgraciadamente, esta falta de éxito no impide que los científicos sigan insistiendo en que esos síndromes psicológicos pronto pasarán a representar entidades nosológicas concretas. Estamos, justamente, doblando la esquina –así marcha la historia– y nos encontramos a punto de descubrir el gen, neurotransmisor o neuromodulador responsable de la etiología de las enfermedades psiquiátricas. Pero, a medida que las décadas van pasando, los testigos de esta inmovilidad diagnóstica parecen estar cada vez más legitimados en su escepticismo original. Un rápido repaso al listado de enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (OMS) puede desmascarar toda la historia como el espejismo que es: Ninguno de los síndromes más comunes de enfermedad mental ha cumplido aún los criterios más elementales para ser legítimamente considerado como un estado de enfermedad –incluidos trastornos tan dramáticos como la esquizofrenia o los trastornos bipolares–.

Cada nueva edición del DSM, hasta ahora, contiene una plétora de condiciones y sub-condiciones mentales así como de dimensiones patológicas “nuevas”. El borrador del DSM-5 pone de manifiesto que esta tendencia expansionista aún continúa. Una creciente porción de la población humana seguirá bajo la jurisdicción de la nosología psiquiátrica dominante. El expansionismo diagnóstico sería aceptable si aumentara la eficacia general de nuestro sistema de salud mental –*pero no es este el caso*–. Al contrario, nos enfrentamos a la clásica “torre de babel” en la que nuevas dimensiones, conceptos y listas de síntomas se aglutinan en una nosología que funciona pobremente para enmascarar el fracaso de la empresa general (véase Frances, 2000).

Existen numerosas deficiencias en el actual sistema de diagnóstico aunque aquí, relativamente, sólo vamos a tocar unas pocas. La tasa de “comorbilidad” entre los trastornos es lo suficientemente elevada como para desafiar la integridad definitoria básica de todo el sistema. Por ejemplo, los trastornos de depresión mayor presentan tasas de comorbilidad próximas al 80% (Kessler et al., 2005). Unas tasas tan

sorprendentemente elevadas, por lo general, más que una señal de verdadera “comorbilidad” reflejan un mal sistema de diagnóstico. Además, la utilidad para el tratamiento (Hayes, Nelson y Jarrett, 1987) de esas categorías es notablemente bajo ya que el mismo tratamiento sirve para muchos síndromes (Kupfer et al., 2002). Esta observación debilita uno de los principales propósitos del diagnóstico: incrementar la eficacia de las decisiones de tratamiento. El sistema resta importancia a formas significativas de sufrimiento psíquico (problemas de relación, crisis existenciales, adicciones comportamentales y demás) e incluso sus partidarios admiten que, a veces, parece convertir en patológicos lo que son procesos normales de la vida como la tristeza, el miedo o la melancolía (Kupfer et al., 2002).

En establecimientos de salud mental subvencionados (donde ya no es necesario estar “diagnosticado” para recibir tratamiento psicológico) la gran mayoría de pacientes que reciben tratamiento psicológico no tienen ninguna condición diagnosticable en absoluto (Strosahl, 1994). Incluso si se adjudica a esos pacientes una etiqueta como “trastorno de pánico con agorafobia” o “trastorno obsesivo-compulsivo”, la terapia se va a dirigir a otros problemas tales como empleo, hijos, relaciones, identidad sexual, carrera, tristeza, problemas de alcohol o hacia el sentido de la vida. Lamentablemente, al tiempo que la visión del sufrimiento humano del DSM se ha ido extendiendo por todo el mundo “patologizando” notablemente las dificultades humanas normales, la capacidad de las culturas no occidentales para enfrentarse al sufrimiento de tal manera que mantenga el funcionamiento conductual y social también ha ido disminuyendo, no aumentando (Watters, 2010).

El hecho de centrarse en el síndrome nos ha llevado a desarrollar enfoques terapéuticos que sobredimensionan la reducción de síntomas y minimizan los marcadores funcionales y positivos de salud psíquica. Frecuentemente, los efectos generalizados de la psicoterapia sobre el estatus funcional y la calidad de vida son pequeños mientras que los efectos mayores tienden a observarse en las medidas de severidad de los síntomas. Pero una reducción en la frecuencia y severidad de los síntomas sólo correlaciona moderadamente con

mejorías en el funcionamiento social o con medidas más amplias de calidad de vida. Sin embargo a los estudiantes de psicología y psiquiatría se los entrena cuidadosamente para que reconozcan prácticamente cada una de las características de cada categoría de síndromes. Las publicaciones científicas sobre psicología clínica y psiquiatría apenas contienen otra cosa que investigación sobre síndromes; en la mayoría de los países en los que se patrocina la ciencia de la salud mental, las subvenciones se dedican casi por completo al estudio de esos síndromes.

El problema no consiste en la mentalidad de centrarse en el síndrome. La psicología positiva, por ejemplo, reconduce nuestro interés al estudio de las fortalezas y virtudes que permiten el desarrollo de individuos y comunidades. De este modo, parece aproximarse en gran medida al enfoque que desarrollamos y defendemos en este libro. Sin embargo, la psicología positiva no puede resolver por completo las profundas dificultades inherentes al actual sistema en tanto no explore los procesos dimensionales centrales que generan las pautas de sufrimiento que tenemos delante de los ojos. Es decir, necesitamos una *explicación*.

El “sistema” clínico ha enfocado el ámbito de la salud mental específicamente y el sufrimiento humano en general, recurriendo al supuesto de la “normalidad saludable”; como resultado, considera los estados de sufrimiento mental como señales de trastorno y enfermedad. Si esta estrategia hubiera conducido a formas de psicoterapia mucho más eficaces, habría muy pocas razones para nuestras objeciones. “Sí”, deberíamos decir entonces, “el sufrimiento humano es general, pero debemos dejárselo al sacerdote, al pastor o al rabino. Nuestro trabajo consiste en prevenir y tratar los síndromes clínicos. Después de todo, eso es lo que quieren nuestros clientes. Y nosotros lo hacemos muy bien, por cierto”.

Pero no podemos decir tal cosa; mientras que se han desarrollado tratamientos razonablemente eficaces para los “trastornos mentales” más comunes, la amplitud de sus efectos es modesta y en la mayoría de las áreas no ha habido un incremento apreciable de los efectos durante años. La revolución del tratamiento basado en evidencias ha

puesto de manifiesto este problema una y otra vez pero muy pocos en la comunidad científica parecen prestarle atención. En la medida en que las subvenciones sigan fluyendo a las universidades o a los institutos de investigación, todo el mundo estará contento. En la medida en que las publicaciones académicas sigan centrándose con tal estrechez de miras en el modelo de enfermedad, nadie va a ser más sabio.

La mayoría de los terapeutas con experiencia estarán dispuestos a manifestar su profundo escepticismo respecto al actual sistema de diagnóstico y su sensación de que el énfasis en los tratamientos basados en trastornos carece de algunos elementos importantes. Los terapeutas, por lo general, perciben la discrepancia entre lo prometido y lo conseguido. Los clínicos, generalmente, sugieren que la academia está demasiado ocupada con la configuración de los problemas de salud mental y poco interesada en la función que cumplen tales problemas en la vida del cliente. Otros críticos señalan la aparente desconexión entre el tratamiento clínico de un trastorno concreto y las influencias sociales, culturales y contextuales que dan a los síntomas su significado.

Incluso los progenitores de la nosología psiquiátrica están empezando a cuestionarse el enfoque de síndromes. Cuando damos alguna conferencia sobre los problemas inherentes al enfoque de los síndromes, a veces, omitimos la fuente de las citas que vienen a continuación y pedimos al auditorio que la adivine. Normalmente, alguna persona del público grita de inmediato: “¡Usted!”. Pero no es correcto. Las notas que siguen fueron sacadas del informe del comité de planificación de la American Psychiatric Association para la quinta versión del DSM (Kupfer et al., 2002) –la misma organización (actuando según la misma tradición) que levantó la torre de babel en la que estamos viviendo–. El informe difícilmente puede ser más crítico. Hemos añadido cursivas para destacar algunas de las asunciones más preocupantes:

El objetivo de validar estos síndromes y descubrir etiologías comunes sigue escapándose. A pesar de los muchos candidatos propuestos, no se encontró *ningún* marcador clínico específico para identificar *ninguno* de los síndromes definidos en el DSM (p. xviii).

Estudios clínicos y epidemiológicos han mostrado tasas extremadamente elevadas de comorbilidad entre trastornos lo que debilita la hipótesis de que los síndromes representan etiologías diferentes. Además, estudios epidemiológicos han mostrado un elevado grado de inestabilidad diagnóstica a corto plazo para muchos de los trastornos. Respecto al tratamiento, la falta de especificidad es la regla más que la excepción (p. xviii).

Muchos, si no la mayoría de las condiciones y síntomas representan un exceso patológico, bastante arbitrariamente definido, de conductas y procesos cognitivos normales. Este problema ha conducido a la crítica de que el sistema convierte en patológicas algunas vivencias normales de la condición humana (p. 2).

El *plegamiento* ciego de los investigadores a las definiciones del DSM-IV puede haber *ocultado* investigaciones sobre la etiología de los trastornos mentales (p. xix).

La reificación de entidades del DSM-IV hasta el punto de llegar a considerarlas equivalentes a enfermedades, *es más probable que oscurezca, en vez de aclararlos*, los resultados de las investigaciones (p. xix).

Todas estas limitaciones en el actual paradigma de diagnóstico sugieren que la investigación centrada exclusivamente en refinar los síndromes definidos en el DSM puede que *jamás* tenga éxito a la hora de desvelar su etiología subyacente. Para que ocurra eso, es necesario que se produzca un cambio a un nuevo paradigma aún desconocido (p. xix).

A pesar de la honradez del informe del grupo de trabajo, la publicación del borrador del DSM-5 muestra claramente que quienes controlan la nosología psiquiátrica no han resuelto esos problemas (Frances, 2010).

El grupo de trabajo tenía razón en su percepción sobre la necesidad de un nuevo enfoque. El presente libro trata de facilitar el necesario cambio de paradigma—en nuestros clientes, en nuestro campo y en nosotros mismos—. Ese cambio debe ser conductual y vivencial pero también intelectual. El ámbito psicológico necesita un modelo unificado de diagnóstico transversal derivado de un esfuerzo científico más amplio por crear una psicología más útil e integrada (véase también Barlow, Allen y Choate, 2004).