

POSIBILIDADES Y LÍMITES DE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT) EN EL TRATAMIENTO DE AGRESIONES SEXUALES

POSSIBILITIES AND LIMITS OF ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY (ACT) IN SEXUAL ASSAULT TREATMENT

Olga Gutiérrez Martínez*
José M. García Montes
Universidad de Almería

RESUMEN

A la luz de las evidencias científicas sobre los desórdenes psicológicos más frecuentes producidos tras un episodio de agresión sexual, se propone una reconceptualización de los mismos como formas de lo que recientemente se ha dado en conocer como 'Trastorno de Evitación Experiencial' (TEE). Se analizan las diferentes técnicas de intervención usadas en el campo de las agresiones sexuales y se propone, como tratamiento alternativo, la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), que es presentada en sus aspectos fundamentales. Finalmente, son examinadas las aportaciones y límites de ACT en el campo de la victimología.

PALABRAS CLAVE: *Victimología, Trastorno de Evitación Experiencial, Terapia de Aceptación y Compromiso, Agresiones Sexuales.*

* Enviar correspondencia a : Olga Gutiérrez Martínez. Facultad de Humanidades y CC. EE. Cañada de San Urbano, s/n. 04120-Almería. e-mail: omartie@ual.es. Tfno: 950 01 50 92. Fax: 950 01 54 71.

ABSTRACT

Based on scientific evidences about more common psychological disorders produced after a sexual assault, a reconceptualization of them as forms of 'Experiential Avoidance' (EA) is proposed. More used intervention techniques applied in the field of sexual aggressions are analyzed. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) is proposed as an alternative treatment, which is presented in certain detail. Finally, possible ACT contributions and limits to victimology are considered.

KEY WORDS: *Victimology, Experiential Avoidance, Acceptance and Commitment Therapy, Sexual Assault.*

AGRESIONES SEXUALES Y TRASTORNO DE EVITACION EXPERIENCIAL (TEE)

Existen diversos estudios que ponen de manifiesto que las víctimas de agresiones sexuales, en comparación con personas que no han sufrido tales abusos, presentan niveles más altos de depresión, ansiedad, perturbaciones en el sueño y en los hábitos alimenticios, y diferentes dificultades en las relaciones interpersonales (Corral, Echeburúa & Sarasua, 1989; Ellis, 1983; Ellis, Atkeson & Calhoun, 1981). Se ha visto que el tipo de sintomatología que se llega a desarrollar en estos casos y su severidad dependen, entre otros factores, de las características del asalto, de las variables demográficas de la persona que es objeto de la agresión, de su funcionamiento previo y estrategias de afrontamiento, de su historia de victimización y del apoyo social que ésta reciba (Echeburúa, Corral & Sarasua, 1988; Steketee & Foa, 1987). No obstante, los diversos síntomas que suelen presentarse tras un episodio de agresión sexual podrían ser explicados en virtud de procesos psicológicos similares. Se propone aquí la dimensión fun-

cional del Trastorno de Evitación Experiencial (TEE) (Hayes, Wilson, Gifford, Follette & Strosahl, 1996; Luciano & Hayes, 2001) como alternativa diagnóstica que daría cuenta de los mecanismos psicológicos responsables de los diversos síntomas y problemas conductuales que, según se ha visto, presentan las víctimas de agresiones sexuales.

El TEE ocurriría cuando una persona no está dispuesta a establecer contacto con sus experiencias privadas (los estados o sensaciones de su cuerpo, sus pensamientos, sus recuerdos, sus predisposiciones conductuales, etc.) y se comporta deliberadamente para alterar tanto la forma o frecuencia de tales experiencias como las condiciones que las generan (Hayes et al., 1996). Frecuentemente, este patrón comportamental es aparentemente efectivo a corto plazo (por cuanto consigue reducir o eliminar una experiencia que genera malestar) pero, si se convierte en crónico llega a producir, a la larga, una limitación de la vida de la persona (Luciano & Hayes, 2001).

Según esta propuesta, aunque las víctimas pueden mostrar múltiples desórde-

nes en circunstancias diversas, la mayor parte de estos comportamientos tendrían como propósito la eliminación o reducción parcial de las propias respuestas privadas relacionadas con el episodio vivido (pensamientos, emociones, recuerdos, etc.) a pesar del costo que ello supone en términos de inutilidad y alteración de la vida.

Inutilidad, en efecto, por cuanto se ha comprobado que los intentos de controlar determinados sucesos privados producen efectos paradójicos en aspectos tan variados como la supresión del pensamiento, la concentración, el control emocional, la relajación, el dolor, el sueño y la vigilia, las creencias de las personas, la autopresentación y los prejuicios (Wegner, 1994). De todos estos campos el más estudiado y revisado es, sin duda, el de la supresión del pensamiento. Pues bien, según Rassin, Merckelbach & Muris (2000), aunque no todos los trabajos experimentales han logrado mostrar la existencia de un "efecto rebote", la evidencia disponible es lo suficientemente robusta como para afirmar que la supresión del pensamiento conlleva efectos paradójicos y, promueve, a la larga la aparición de un mayor número de pensamientos. Puede observarse, pues, que la evitación de determinado tipo de pensamientos, y de otros sucesos privados, se encuentra involucrada en la mayoría de las dificultades y síntomas que presentan las personas agredidas sexualmente

En esta dirección, diferentes autores (Foa, Steeke & Rothbaum, 1989; van der Kolk, McFarlane y Weisaeth, 1996) han propuesto que el diagnóstico clínico más común en víctimas de agresiones sexuales, el Trastorno de Estrés Postraumático (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed), American Psychiatric Association (1994)), debe ser

analizado tomando la mencionada dimensión de evitación experiencial como el factor funcional más importante en su etiología y mantenimiento. Repárese en que uno de los criterios diagnósticos que expresamente recoge el D.S.M.-IV (A.P.A., 1994) es la evitación persistente de estímulos asociados con el trauma, entre los que se citan actividades, lugares o personas que motivan recuerdos de la agresión así como pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático. La evitación experiencial estaría, pues, en la base de las dificultades en el funcionamiento social y sexual tan frecuentemente referidas por las personas diagnosticadas con este trastorno. El contexto de una relación interpersonal podría reactivar pensamientos y sentimientos asociados con la agresión o el miedo de que estos sentimientos ocurrieran de nuevo, de modo que las víctimas limitarían sus contactos con otras personas o reaccionarían ante éstas con irritabilidad o ira, consiguiendo a corto plazo una reducción de las funciones aversivas aunque, a largo plazo, terminen por ir en contra de lo que es valioso en sus condiciones de vida. Funciones similares podrían cumplir otros comportamientos asociados con el trastorno de estrés postraumático como la incapacidad para recordar aspectos importantes del trauma o la reducción en la participación de actividades significativas. Estaríamos, pues, ante personas que se esfuerzan por evitar estímulos, públicos y privados, que cumplen funciones aversivas, no sólo por su relación directa con la experiencia traumática, sino también por las funciones verbales derivadas y construidas socialmente. En este punto y sin profundizar al respecto (lo cual excedería los objetivos de este trabajo), consideramos necesario siquiera apuntar que la reciente formulación

de los eventos verbales que se hace desde la *Teoría de los Marcos Relacionales* (RFT, *Relational Frame Theory*) (Hayes & Hayes, 1989; Hayes & Wilson, 1993) está arrojando numerosos datos que permiten comprender mejor la naturaleza de los eventos privados y su evitación, lo cual cobra pleno sentido al integrar estos resultados con el análisis de las normas culturales imperantes tanto en los contextos verbales genéricos (medios de comunicación...) como en los más próximos (familia, colegio...) que promulgan la eliminación de todo malestar y la consecución de sentimientos positivos como condición necesaria para conseguir una vida satisfactoria (Dougher, 1994; Luciano, 2001a).

Se propondría así que el Trastorno de Evitación Experiencial (TEE), como dimensión diagnóstica funcional, tiene el potencial necesario para integrar los resultados obtenidos en investigaciones realizadas desde variados paradigmas teóricos sobre víctimas de agresiones sexuales y para conducir a nuevas aproximaciones en el tratamiento de sus secuelas, como se verá a continuación.

TRATAMIENTOS EN VÍCTIMAS DE AGRESIONES SEXUALES. LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT) COMO TRATAMIENTO INNOVADOR

De la revisión realizada por Echeburúa, Corral, Zubizarreta, & Sarasua (1995) sobre los técnicas psicológicas empleadas en el tratamiento de víctimas no recientes de agresiones sexuales se desprende que las más utilizadas son las siguientes: entrenamiento en inoculación de estrés, desensibilización sistemática, técnicas de exposición, técnicas de

relajación, control de la respiración y técnicas cognitivas (parada del pensamiento, autoverbalizaciones,...). La evidencia empírica disponible hasta la fecha indica que, de todas ellas, la terapia de exposición ha probado ser la más eficaz (Báguena, 2001), algo que, asimismo, se detecta en los estudios de meta-análisis (Sherman, 1998). Igualmente, un tratamiento breve y mínimamente intrusivo basado en la focalización de las memorias traumáticas ha resultado ser de utilidad en ciertos casos diagnosticados de estrés postraumático (Tarrier, Sommerfield, Reynolds, & Pilgrim, 1999).

Ahora bien, hay que tener en cuenta que los tratamientos basados en la exposición precisan componentes especiales que venga a prevenir la realización de algún tipo de evitación encubierta y que logren que el paciente se adhiera al tratamiento durante todo el periodo que la intervención requiere (Friman, Hayes & Wilson, 1998). Para decirlo de otro modo, dado el coste que para la persona tiene el exponerse a aquello que ha evitado sistemáticamente desde el momento en que se produjo la agresión, es esencial que la terapia cuente con una sofisticación y una retórica capaz de envolverle y hacerle ver, por sí mismo, los límites de la estrategia evitativa que venía utilizando.

Pues bien, la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), como tratamiento específico del TEE, ha sido definida como una intervención que se centra deliberadamente en la exposición para así debilitar la evitación de eventos privados aversivos (Friman et al., 1998). Tanto ACT como otras terapias basadas en la exposición tienen de común el que, valga la expresión, "evitan la evitación" (García & Pérez, 2001). El camino que sigue ACT

para alcanzar este fin pasa por desmantelar los *contextos* verbales que mantienen el trastorno de evitación experiencial, de modo que aunque los pensamientos, los sentimientos o los recuerdos sigan siendo formalmente los mismos, quede alterada su función e independientemente de lo que uno piense o sienta, llegue a hacer lo que es valioso y útil en su vida; en lugar de lo que, a la larga, es inhabilitante (Luciano, 1999). De esta forma, no se pretendería eliminar los miedos o la ansiedad de una persona que haya sufrido una violación u otra agresión sexual, sino alterar las relaciones desadaptativas aprendidas entre sentirse mal y paralizar la vida. Al mismo tiempo, se intentaría generar nuevas relaciones, de forma tal que aunque la persona se sienta angustiada, triste o se acuerde frecuentemente de lo ocurrido actúe en la dirección de lo que es importante en su vida.

El objetivo del terapeuta en ACT es que el cliente aprenda a aceptar lo que no puede, o bien no necesita, ser cambiado (pensamientos, emociones, recuerdos,...) y a cambiar las cosas que sí pueden ser cambiadas de acuerdo a los valores del cliente, haciéndose máximamente responsable en sus elecciones. La alternativa a la evitación sería, pues, estar dispuesto a notar las funciones verbales aversivas de los eventos privados de modo que dejen de funcionar como "barreras" en la vida, a la vez que elegir y actuar en dirección a las metas y objetivos de los valores personales.

Los métodos clínicos en ACT se basan en modalidades verbales inherentemente menos literales, tales como metáforas, paradojas y ejercicios, que debiliten la función de las reglas de evitación y hagan a los sujetos más sensibles a las

contingencias directas o radicales de la vida.

Las *metáforas* han sido utilizadas en distintas terapias clásicas y han sido retomadas funcionalmente en ACT. Son fórmulas verbales literalmente diferentes del problema que plantea el cliente, pero funcionalmente equivalentes. Si el terapeuta plantea con habilidad la metáfora y el cliente identifica la equivalencia entre la función de la metáfora y la función de su comportamiento, se puede generar una ruptura en la clase de comportamientos relacionales que resulta desadaptativa a la larga. Conceptualmente, las metáforas actúan como reglas *augmental* (Hayes, Zettle & Rosenfarb, 1989) que proveen una función verbal distinta a las condiciones en las cuales el sujeto ha de comportarse en su vida cotidiana, allá donde su comportamiento antes de la terapia limitaba el curso de su vida. La característica que convierte estas fórmulas metafóricas en una potente herramienta terapéutica es que no sólo alteran la función de un episodio o ejemplo particular, sino de toda la clase. El cambio final podría ser considerado como una ruptura o cambio en lo que, desde otras aproximaciones, se entiende como los "esquemas cognitivos", ya que se puede llegar a producir un cambio derivado o generalizado en cómo la persona se ve y actúa en el mundo (Luciano & Wilson, 2001). Aunque los autores originales de ACT recogen diversas metáforas a utilizar en cada fase de la terapia, éstas no deben ser entendidas de un modo rígido. Se deben utilizar sólo si tienen una relación con la función que tiene el problema de la persona, y en cualquier caso deben ser ajustadas a su lenguaje. Lo ideal es que en función de las características de cada caso se propongan nuevas metáforas tanto por parte del terapeuta como por parte del cliente.

La *paradoja* es importante en ACT en cuanto que la visión que la terapia sustenta de la psicopatología es paradójica: no querer tener pensamientos y emociones negativos con-lleva tenerlos. Resultan especialmente útiles para romper la literalidad del lenguaje, poniendo de manifiesto que la conducta gobernada por reglas es útil sólo en algunos contextos. Además, el terapeuta ACT evitaría en buena medida los *pliance* (la obediencia del cliente) a través de dicho estilo paradójico y confuso, que impediría a la víctima averiguar como poder agradecerle o molestarle.

Por su parte, los *ejercicios experienciales* son técnicas muy relevantes en ACT en la medida en que llevarían al cliente a contactar con sus pensamientos, sus sentimientos, sus sensaciones físicas desagradables, etc., y a debilitar la función de las reglas que le han llevado a intentar controlarlos.

En el procedimiento terapéutico que ACT sigue se distinguen varios componentes o fases (véase en Hayes et al., 1999) que se conocen como sigue: la experiencia de la desesperanza creativa, la clarificación de valores, el control de los eventos privados es el problema, la desliteralización, el yo como contexto, y el estar dispuesto y actuar. Como se ha expuesto en otro lugar (Luciano & Gutiérrez, 2001), aunque la terapia diferencie estas fases, que no son excluyentes ni independientes, deben entenderse sólo como propuestas a modo orientativo, pues ACT es entendida en el marco de un quehacer clínico altamente flexible e individualizado. Así, dependiendo del análisis funcional que haga el terapeuta sobre las contingencias responsables de la clase de comportamientos que resultan desadaptativos, pondrá un mayor énfasis en unos

componentes u otros, seguirá el orden expuesto u otro que considere más oportuno dado el caso, etc.

A continuación se describen brevemente los componentes fundamentales de ACT, aunque se recomienda al lector que para el abordaje práctico y exhaustivo de esta terapia acuda al manual original publicado por Hayes et al. (1999). En castellano, puede consultarse *La Psicoterapia desde el punto de vista conductista* (Pérez, 1996a) y *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Libro de casos* (Luciano, 2001b).

La experiencia de la desesperanza creativa

El primer objetivo del terapeuta ACT es hacer que la víctima de la agresión advierta que lo que quiere y pide (quitar la ansiedad, la depresión, los recuerdos desagradables, los miedos,...) no es algo que pueda ser obtenido. Se conduce a la persona a contactar con las situaciones que ella relaciona con lo que considera que es su problema, así como con todo lo que ha hecho para solucionarlo. El objetivo es que tenga la vivencia de que todos los intentos por "quitar", por no "tener" (y el acudir a terapia es uno más), aunque a veces le han proporcionado momentos de alivio, han fracasado a la larga y la han alejado de aquello que es importante en su vida. No se trata de convencerla, de razonarlo, de que lo comprenda o de que se lo crea, este estado de desesperanza ha de ser real, ha de ser sentido. Para ello el terapeuta va a utilizar un estilo lingüístico sin ninguna instrucción directa y con abundante uso de paradojas y metáforas y va a remitirle en todo momento a focalizarse en su experiencia, para que por sí misma

compruebe si los intentos por "quitar" han funcionado o, por el contrario, han incrementado aún más sus problemas. En esta fase los clientes suelen mostrarse confundidos y se pueden producir momentos de verdadero dolor, al contactar con la experiencia de "estar estancados" como resultado de haber hecho algo que consideraban útil y correcto. En este punto, se ha de ser cuidadoso con los sentimientos de culpa que se puedan generar, porque pueden ver que ciertos problemas los han creado ellos mismos. A este nivel, se enfatiza que hay que empezar a trabajar desde donde se está y apelar a la capacidad de la víctima para dar una respuesta nueva a la situación dolorosa en la que se halla. De ahí que la desesperanza sea una de tipo creadora, pues desde ese sentimiento de sufrimiento se puede hacer algo realmente eficaz a largo plazo y en relación con lo que es importante en la vida.

La clarificación de valores

Los valores del cliente son el componente esencial en ACT, hacia los que se dirige el proceso terapéutico desde el principio. La ACT trata tanto de fomentar la aceptación del síntoma como de procurar que la persona dirija su vida hacia aquellos asuntos que son de importancia para ella. Todo el dolor que surge al aceptar activamente los eventos privados aversivos que la agresión ha generado queda validado y cobran verdadero sentido sólo si ello se ubica en la dirección de los valores que uno elige. De esta forma las intervenciones utilizadas en las distintas fases están justificadas en la medida que posibiliten a la víctima vivir de acuerdo con sus valores. En ACT se hacen explícitas diversas estrategias para analizar valores y ayudar al cliente a detectar

qué quiere hacer con su vida, a diferencia de otras terapias que indican la importancia de que uno camine en dirección a sus valores pero que no exponen las estrategias para llevar esto a cabo.

El control de los eventos privados es el problema

El objetivo en esta fase es dismantelar el contexto verbal dentro del cual la presencia de ciertos eventos psicológicos (los recuerdos de la agresión, la angustia, tristeza, los miedos a que se vuelva a repetir,...) genera problemas: el contexto del control emocional. Los intentos de control están bajo control de reglas tipo *track* del tipo "Si los eventos considerados malos son eliminados, *entonces* mejora la vida" que funcionan perfectamente con los estímulos fuera de nuestra piel, pero con los eventos privados generan problemas, ya que en el plano psicológico no estar dispuesto a tener algo, suele suponer tenerlo. A través de ejercicios y metáforas se lleva al cliente a contactar con el alto costo de este control emocional, en el sentido de alejarlo de sus valores. Estas intervenciones colocarían ese marco *si... entonces* en un contexto diferente en el que la angustia, los pensamientos y sentimientos negativos, no cumplirían ya la misma función, y no impedirían actuar en la dirección que es importante para uno.

El Yo como contexto

El elemento primordial en esta fase es el autoconocimiento producido globalmente en torno a la historia y las características personales. En la medida en que una persona no diferencie entre ella misma y sus pensamientos, sentimien-

tos, sensaciones corporales puede convertirse en víctima de ellos, ya que su vida queda al servicio de éstos, lo cual puede conducir hacia resultados claramente ineficaces. El objetivo es propiciar la experiencia de la perspectiva del yo como contexto conformado en la historia personal de todas las acciones, situaciones y momentos vividos, en contra de sentir el yo como un contenido. Se trata de hacer ver al cliente que él mismo no es equivalente a determinados pensamientos, sentimientos o emociones que desee tener o que tenga sin querer. Desde esa experiencia, se puede facilitar la transformación de funciones que lleve a ver los pensamientos y sentimientos como lo que son ("funciones verbales") y no como lo que dicen ser ("barreras infranqueables").

La deslitteralización

Uno de los componentes fundamentales en ACT es disponer múltiples oportunidades que posibiliten romper la literalidad de las palabras, de forma que éstas sean separadas de la función que cumplen. Se trataría de producir el distanciamiento de las palabras, de los contenidos, de las funciones dadas por los contextos verbales de referencia y generar un repertorio más flexible, o lo que es lo mismo, romper las relaciones inhabilitantes entre pensar, sentir y actuar. Se trata, pues, de que la víctima vea sus miedos como lo que son, i.e., pensamientos y nada más que esto. Si se consigue dicha deslitteralización, los eventos privados ya no se verían como enemigos (aunque ciertamente no gusten), de modo que la lucha puede ser abandonada y quedaría abierto el camino a la experiencia de sentir sin límites o de estar dispuesto.

El estar dispuesto y actuar

Todos los pasos previos están emplazados a que la persona escoja una dirección y se acerque a la misma, "haciendo un hueco" a las funciones verbales aversivas de los recuerdos, miedos, etc. que la agresión ha producido. Se trata de proveer múltiples ejemplos y oportunidades fuera y dentro de las sesiones para practicar el distanciamiento, el estar dispuesto a notar y a hacer lo que es valioso en cada momento. Metáforas, paradojas y ejercicios son las herramientas que, nuevamente aquí, se utilizan para romper la fusión y facilitar la apertura o voluntad a los eventos privados mientras se camina en dirección a los valores.

Por último, sería oportuno indicar que si bien no se dispone aún de ningún estudio controlado que muestre la efectividad de ACT en el caso de las agresiones sexuales, sí se ha comprobado ya en suficientes ocasiones la utilidad de este quehacer clínico en otros trastornos psicológicos que tienen como fondo la evitación experiencial. Así, por ejemplo, ACT cuenta con resultados a su favor provenientes de estudios comparativos que tuvieron como referente la terapia cognitiva en el tratamiento de la depresión (Zettle & Hayes, 1986; Zettle & Raines, 1989). Son también cada vez más numerosos los estudios de caso que muestran la utilidad de ACT en trastornos de ansiedad (Carrascoso, 1999; Luciano & Gutiérrez, 2001; Zaldívar & Hernández, 2001), depresión (Dougher & Hackbert, 1994), bulimia (Nash & Farnier, 1999) y adicciones (Wilson & Hayes, 2000). Nuevos datos están en camino que tienen como objetivo la evaluación de ACT a diferentes niveles. En definitiva, lo que se pretende con este trabajo no es hacer valer ACT frente a otras tera-

pías, sino demostrar su viabilidad y explotar sus posibles aportaciones al campo de la victimología.

CONCLUSION: POSIBILIDADES Y LIMITES DE ACT EN EL CAMPO DE LA VICTIMOLOGIA

Dada la naturaleza de los problemas que presentan las víctimas de agresiones sexuales, consideramos que la aplicación de ACT a este tipo de población podría resultar especialmente útil. Frente a los tratamientos psicológicos más habituales, ACT propugna la aceptación de aquellas experiencias privadas (recuerdos, emociones, pensamientos, etc.) que suelen aparecer con especial virulencia en las personas que han sufrido algún tipo de agresión sexual. Dicha aceptación cobra su sentido justamente en el marco de los objetivos vitales de la persona. Ello supone, por un lado, respetar la experiencia del cliente que, en efecto, revive determinadas escenas del episodio traumático, se siente ansioso o con bajo estado de ánimo, etc.; por otro, supone también que el paciente no quede paralizado o atrapado por esta sintomatología, sino que sea capaz de proseguir su vida con el dolor, miedo o tristeza que la agresión sexual le ha producido.

No puede dejar de mencionarse aquí que una intervención que pretendiera alterar los contenidos cognitivos o emocionales (los síntomas psicológicos, si se prefiere) produciría, a nuestro juicio, un perjuicio añadido para la víctima de la agresión. Piénsese, en efecto, en una joven que ha pasado por una experiencia de este tipo y que, a consecuencia de ello, presenta sintomatología como la descrita más arriba. Si la intervención psicológica se centrara en dichos contenidos

psicológicos, esa persona podría llegar a entender que 'algo en ella no funciona bien'. Se añade así al daño que la agresión ha causado, el que supone no dar como válida la experiencia emocional de la víctima (que es, en efecto, aquello que se querría cambiar con la intervención psicológica centrada en el contenido).

En este sentido podría decirse que ACT es paradigma de una intervención de-psicologizante (Pérez, 2001). Una violación, o cualquier otra agresión sexual, no es, en efecto, un problema psicológico. Es, sin duda, un problema, una experiencia horrible que algunas personas han tenido que atravesar y que acarrea no sólo dolor físico, sino también psicológico. La labor del psicólogo pasa entonces porque ese dolor (que, en efecto, ya es inevitable) no paralice la vida de la persona. Para decirlo sumariamente, el problema no es que una víctima de una agresión sexual tenga recuerdos dolorosos del hecho, sino que dichos recuerdos paralicen su vida.

Nos encontramos así con la paradoja de que es el psicólogo el que, curiosamente, debiera promover una de-psicologización de la problemática con la que el cliente acude en busca de tratamiento. Ello se explica en la medida en que los sufrimientos o problemas que la vida acarrea se dan ya en un contexto social (ideológico) que tiende a transformarlos en cuestiones psíquicas. Y es que, como dice Dougher (1994), desde pequeños los niños son educados en la creencia de que los pensamientos y los sentimientos son la causa de la conducta. Consecuentemente parece bastante razonable que, cuando las personas llegan a ser adultas, acaben considerando que las dificultades que surgen en la vida puedan ser superadas ejerciendo algún tipo de control sobre estas

aparentes causas psicológicas. A nuestro juicio, el énfasis cultural sobre los sucesos y actividades mentales como determinantes de la conducta no sólo recorta a éstos de sus raíces objetivas, que se encuentran en las prácticas sociales e históricas; sino que, a la vez, impide a las personas el emprender acciones efectivas para cambiar sus circunstancias (Sampson, 1981). Es en este contexto ideológico, en el que la labor de-psicologizadora del terapeuta se convierte en función crítica con respecto a la cultura psicopatológica dominante (Hayes et al., 1999; Pérez, 1996b, Pérez, 1999).

Pues bien, los límites de ACT en el tratamiento de las agresiones sexuales vienen dados por cuanto los autores originales de la terapia reconocen que el sufrimiento humano es una parte necesaria de la vida de las personas (Hayes et al., 1999). Este sufrimiento específicamente humano, y que deviene inevitable, sería un aspecto consustancial al uso del lenguaje y a sus propiedades tal y

como son entendidas desde la ya aludida Teoría de los Marcos Relacionales (RFT) (Hayes y Hayes, 1989; Hayes y Wilson, 1993). La labor del psicólogo no pasa, entonces, por esforzarse vanamente en cambiar un sufrimiento que cualquier víctima de una agresión sexual tendrá en mayor o menor grado dependiendo de su historia. El terapeuta ha de trabajar, pues, sobre la premisa de que su intervención tiene unos límites precisos. A partir de este grado de sufrimiento que toda víctima presenta, el clínico debería hacer en pro de que ello no se convirtiera en el centro de su vida. Ello supone, como dicen Pérez & Fernández (2001), una re-orientación de la persona hacia los valores que importan en su vida, de acuerdo con una larga tradición que se remonta a Alfred Adler, pasa por Victor Frankl, continúa con B. F. Skinner y termina (de empezar) en la Terapia de Aceptación y Compromiso, que aquí se propone como marco desde el que tratar los problemas que las víctimas de agresiones sexuales suelen presentar.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.)*. Washington, D.C: APA.
- Báguena, M. J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el estrés postraumático. *Psicothema*, 13, 479-492.
- Carrascoso, F. J. (1999) Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el trastorno de angustia con agorafobia: un estudio de caso. *Psicothema*, 11, 1-12.
- Corral, P., Echeburúa, E., & Sarasua, B. (1989). Estrés postraumático en víctimas de violación. En E. Echeburúa (Ed.) *El estrés problemática psicológica y vías de intervención*. San Sebastián: Universidad del País Vasco.
- Dougher, M. J. (1994). The act of acceptance. En S. C. Hayes, N. S. Jacobson, V.M. Follette, y M. J. Dougher (Eds.). *Acceptance and change. Content and context in psychotherapy* (pp.37-45). Reno: Context Press.
- Dougher, M. J. & Hackbert, L. (1994). A behavior analytic account of depression and a case report using acceptance-based procedures. *The Behavior Analyst*, 17, 321-334.
- Echeburúa, E., Corral, P., & Sarasua, B. (1988). El impacto psicológico en las víctimas de violación. En A. Beristain (Ed.), *La mujer, la víctima y la cárcel*. Bilbao: Mensajero.
- Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I., & B. Sarasua (1995). *Trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de agresiones sexuales*. A Coruña: Fundación Paideia.
- Ellis, E. M. (1983). A review of empirical rape research: Victim reactions and response to treatment. *Clinical Psychology Review*, 3, 473-490.
- Ellis, E. M., Atkeson, B. M., & Calhoun, K. S. (1981). An assessment of long-term reaction to rape. *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 263-273.
- Foa, E. B., Steketee, G. & Rothbaum, B. O. (1989). Behavioral/cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 20, 155-176.
- Friman, P. C., Hayes, S. C., & Wilson, K. G. (1998). Why behavior analysts should study emotion: the example of anxiety. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 31, 1, 137-156.
- García, J. M. & Pérez, M. (2001). ACT como tratamiento de síntomas psicóticos. El caso de las alucinaciones auditivas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27, 455-472
- Hayes, S. C. & Hayes, L. J. (1989). The verbal action of the listener as a basis for rule-governance. En S. C. Hayes (Ed.), *Rule-governed behavior. Cognition, contingencies and instructional control* (pp. 153-190). New York: Plenum Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy*. New York: The Guilford Press.
- Hayes, S. C., & Wilson, K.G. (1993). Some applied implications of a contemporary behavior-analytic account of verbal events. *The Behavior Analyst*, 16, 283-301.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 6, 1152-1168.
- Hayes, S. C., Zettle, R. D., & Rosenfarb, I. (1989). Rule following. En S. C. Hayes (Ed.), *Rule-governed behavior: cognition, contingencies and instructional control* (pp. 191-220). New York: Plenum.
- Herrero, C. & Garrido, E. (1996). El impacto del delito: reacciones de las víctimas. *Ciencia Psicológica*, 4, 50-75.
- Luciano, M. C. (1999). La psicoterapia analítico funcional (FAP) y la terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, características y precauciones. *Análisis y modificación de conducta*, 25, 497-584.
- Luciano, M. C. (2001a). Sobre el trastorno de evitación experiencial (TEE) y la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). En M.C. Luciano (Dir.), *Terapia de Aceptación y Compromiso. Libro de casos*. Valencia: Promolibro.

- Luciano, M. C. (2001b). *Terapia de Aceptación y Compromiso. Libro de casos*. Valencia: Promolibro.
- Luciano, M. C. & Gutiérrez, O. (2001). Ansiedad y Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). *Análisis y Modificación de Conducta*, 27, 113, 373-398.
- Luciano, M. C. & Hayes, S. C. (2001). Trastorno de Evitación Experiencial. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 1, 109-157.
- Luciano, M. C. & Wilson, K. G. (2001). *Cognitive schemata, functional classes and ACT*. Paper presentado en AABT, PH.
- Nash, H. M. & Farmer, R. (1999). *Modification of bulimia-related behavior in the context of Acceptance and Commitment Therapy*. Paper presentado en Association for Behavior Analysis. Chicago, IL.
- Pérez, M. (1996a). *La Psicoterapia desde el punto de vista conductista*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Pérez, M. (1996b). *Tratamientos Psicológicos*. Madrid: Universitas.
- Pérez, M. (1999) Psicología clínica e iatrogenésis. En J. Buendía (Ed.) *Psicología Clínica. Perspectivas Actuales* (pp. 33-49). Madrid: Pirámide.
- Pérez, M. (2001). Afinidades entre las nuevas terapias de conducta y las terapias tradicionales con otras orientaciones. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 1, 1, 15-33.
- Pérez, M. & Fernández, J. R. (2001). El grano y la criba de los tratamientos psicológicos. *Psicothema*, 13, 3, 523-529.
- Purdon, C. (1999). Thought suppression and psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 1029-1054.
- Rassin, E., Merckelbach, H., & Muris, P. (2000). Paradoxical and less paradoxical effects of thought suppression: a critical review. *Clinical Psychology Review*, 20, 8, 973-995.
- Sampson, E. E. (1981). Cognitive psychology as ideology. *American Psychologist*, 36, 7, 730-743.
- Sherman, J. J. (1998). Effects of psychotherapeutic treatments for PTSD: a meta-analysis of controlled trials. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 413-435.
- Steketee, G. & Foa, E. B. (1987). Rape victims: post-traumatic stress, response and their treatment: a review of the literature. *Journal of Anxiety Disorders*, 1, 69-86.
- Tarrier, N., Sommerfield, C., Reynolds, M., & Pilgrin, H., (1999). Symptoms self-monitoring in the treatment of posttraumatic stress disorders. *Behavior Therapy*, 30, 527-609.
- van der Kolk, B., McFarlane, A. C., & Weisaeth, L. (1996). *Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body, an society*. New York: Guilford Press.
- Wegner, D. M. (1994). Ironic Processes of mental control. *Psychological Review*, 101, 1, 34-52.
- Wilson, K. G. & Hayes, S. C. (2000) Why it is crucial to understand thinking and feeling: an analysis and application to drug abuse. *The Behavior Analyst*, 23, 25-43.
- Zaldivar, F. & Hernández, M. (2001). Terapia de Aceptación y Compromiso: aplicación a un trastorno de evitación experiencial con topografía agorafóbica. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27, 425-454.
- Zettle, R. D. & Hayes, S. C. (1986). Dysfunctional control by client verbal behavior: the context of reason giving. *The Analysis of Verbal Behavior*, 4, 30-38.
- Zettle, R. D. & Raines, J. C. (1989). Group cognitive and contextual therapies in treatment of depression. *Journal of Clinical Psychology*, 45, 438-445.