
AVANCES DESDE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT)

ADVANCES FROM THE ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY (ACT)

M. CARMEN LUCIANO

SONSOLES VALDIVIA

Universidad de Almería

OLGA GUTIÉRREZ

Universidad Granada

MARISA PÁEZ-BLARRINA

Asociación Española Contra el Cáncer

e-mail: mluciano@ual.es

RESUMEN

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)¹ ha sido expuesta en diferentes artículos en los últimos años. Bajo estos contenidos, el presente trabajo se adentra en la descripción de ACT como la terapia más completa de las denominadas de Tercera Generación o Contextuales (Hayes, 2004). Se articula en varios apartados que incluyen: (1) parte de las condiciones en las que ACT emergió; ahondando en, (2) aspectos clave del lenguaje, de la condición humana, y las reglas que la cultura promueve, (3) la Teoría del Marco Relacional como marco de referencia esencial, (4) la Evi-

ABSTRACT

Acceptance and Commitment Therapy has been widely described in the last ten years. Under such an umbrella, ACT will be presented as the most complete therapy of those included in the Third Wave of Behavior Therapies (Hayes, 2004). This paper addresses first, the conditions under which this therapy emerges. Second, the characteristics of language and human condition, and what the culture is promoting. Third, the Relational Frame Theory -RFT- is briefly described. Fourth, the functional dimension of Experiential Avoidance is described as alternative to mainstream

¹ Se mantiene el acrónimo procedente del inglés, ACT (de Acceptance and Commitment Therapy) que sirve en castellano, también, para resaltar la importancia de ACTUAR en una dirección. El acrónimo en castellano sería confuso y perdería el sentido original.

tación *Experiencial* y los *Trastornos Psicológicos*, y (5) los *componentes y métodos de ACT*, añadiendo la *evidencia sobre su eficacia y sobre los procesos verbales básicos*.

PALABRAS CLAVE

Terapia de conducta, terapia aceptación y compromiso, teoría del marco relacional, evitación experiencial, regulación verbal, relaciones derivadas, transformación de funciones, terapia conductual de tercera generación.

psychopathology; and finally, fifth, the methods and components defining ACT are provided pointing to the available empirical evidence in several respects.

KEY WORDS

Behavior therapy, acceptance and commitment therapy, relational frame theory, experiential avoidance, verbal regulation, derived relations, transformation of functions, third-generation behavior therapies.

INTRODUCCIÓN

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) es el enfoque terapéutico más completo de los que definen la Tercera Generación de Terapias (Hayes, 2004 y este mismo número). No es éste el contexto para exponer la historia de esta terapia desde sus inicios en 1987 bajo el nombre de Terapia Contextual (Hayes, 1987) hasta el primer pequeño manual (Hayes, McCurry, Afari y Wilson, 1991) y el genérico (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999). No es tampoco éste el lugar para exponer su conceptualización de modo extendido. Son ya numerosos los artículos y manuales que han ido surgiendo durante estos últimos diez años para exponer el ámbito de aplicación de una terapia que es, esencialmente, funcional. La diferenciación de esta terapia respecto de otras es uno de los aspectos centrales para comprender el avance, o no, de los modelos psicopatológicos, como se puede apreciar en los artículos de este mismo número.

La escena actual en la que ACT –y otras terapias de tercera generación– se están haciendo un hueco en el ámbito terapéutico es un escenario ocupado mayoritariamente por protagonistas en torno a variaciones de la Terapia Cognitivo-Conductual. Las terapias psicológicas que actualmente gozan de mejor reputación son las apuntadas a la vía científica y se diferenciarían en su compromiso por asentar sus métodos y fundamentos en la evidencia experimental. La diferencia respecto de otras terapias, por ejemplo, sistémicas o psicoanalíticas, no tendrían que ser necesariamente sus distintos fundamentos –que lo son– ni necesariamente los métodos, donde unas y otras terapias tienen más elementos en común de lo que

podría parecer. La diferencia radical es el compromiso por mostrar la base experimental de sus métodos (como es el caso en numerosos procedimientos de las terapias conductuales clásicas) a la par que la evidencia de su efectividad como paquete global de intervención. Sin embargo, si lo último ha sido un programa de investigación que ha redundado en que, por ejemplo, la Terapia Cognitivo-Conductual sea una de las que pasan el filtro de terapias empíricamente validadas para el abordaje de diferentes trastornos, no es menos cierto que apenas se conocen los procesos que definen sus métodos o la evidencia contrastada de sus asertos fundamentales sobre el ser humano. Es decir, no hay referentes apenas sobre por qué funcionan o por qué no funcionan sus técnicas. Además, los estudios llevados a cabo apuntan que la efectividad de estas terapias se ha relacionado más con los componentes conductuales que con los cognitivos (tal como se definen en estas terapias), lo que ya implica una contradicción con sus presupuestos, y, a la vez, un desconocimiento del papel real que tiene la intervención directa sobre los eventos cognitivos. Así pues, continúan abiertos numerosos interrogantes sobre las condiciones en las que los métodos clínicos resultan efectivos, y al contrario, cuándo y por qué no lo son. Este punto se une al no menos esencial sobre la evidencia experimental de su razonamiento principal sobre lo psicológico. Es decir, el papel dado a los eventos cognitivos en la regulación del comportamiento, y de ahí, el papel dado al sistema nervioso en la regulación de todo ello. La formulación del papel cognitivo en el comportamiento proviene principalmente del conocimiento generado por la comunidad verbal que fabrica al ser verbal en su doble papel de hablante y oyente. Uno de los conocimientos que genera es la necesidad de explicar los eventos en su entorno y, en ello, de dar razones para el comportamiento de los demás y el propio. En el proceso de convertirse en un ser verbal, el niño va aprendiendo a responder a su propio comportamiento y al de los demás, y lo va haciendo siguiendo las razones que la comunidad verbal le fomenta. La comunidad reifica en causas lo que sólo son meros eventos en contigüidad al comportamiento. Sin un análisis detenido e investigación más allá de la correlacional, es fácil mantener una conceptualización dualista del comportamiento. Sin embargo, la conceptualización de los eventos privados como responsables de las acciones no se corresponde con las verdaderas causas del comportamiento, de modo que no sólo se demanda –y hay que explicar– lo que un organismo hace y su relación con unos u otros pensamientos y sensaciones, sino el propio evento privado y, es más, las condiciones en las que se establecen las relaciones entre pensar/sentir y hacer (Hayes y Brownstein, 1986; Luciano y Hayes, 2001). Es decir, que se han tomado como causas lo que no son y no se ha abordado convenientemente la explicación del comportamiento. Muy brevemente, la investigación surge a diferentes nive-

les y tradiciones, ha ido mostrando las grietas de un sistema conceptual sobre el ser humano que no se corresponde con la condición humana, y paralelamente, ha permitido abrir líneas de investigación que comienzan a dar frutos suculentos en torno a la parte más común entre los seres humanos, de la que probablemente más se ha hablado y escrito –y necesariamente especulado– y sobre la que menos información experimental se ha generado. Esas explicaciones más ajustadas a la verdadera naturaleza del comportamiento y sus causas están conduciendo a aplicaciones terapéuticas precisas sobre cómo prevenir los problemas y generar soluciones, de las que se está generando evidencia no sólo de su eficacia, sino también del porqué de su éxito o de su fracaso.

La Terapia de Aceptación y Compromiso se instala entre los productos de esas líneas de investigación que han abierto algunas puertas (que parecían convenientemente cerradas a pesar de que los cerrojos no dejaban solucionar numerosos problemas) y con ello nuevas avenidas para solucionar los problemas con conocimiento de lo que se está haciendo. La evidencia empírica que puso de manifiesto la necesidad de buscar una alternativa terapéutica al modelo centrado en el papel causal de los eventos cognitivos y, por tanto en su control como solución, proviene de diferentes focos. Entre ellos destacan los estudios correlacionales centrados en analizar las creencias que los pacientes tienen acerca de su capacidad para controlar o evitar los contenidos psicológicos aversivos (dolor, ansiedad, tristeza, etc.) (véase revisión en Hayes et al., 1996, 1999, 2004; Luciano y Hayes, 2001). Aunque estos trabajos iniciales adolecían de controles metodológicos que permitieran aislar las condiciones funcionales que hacen probables unas reacciones psicológicas u otras, y el seguimiento de reglas de evitación, la conclusión más relevante que se desprendía de ellos es que para algunos pacientes las estrategias de afrontamiento basadas en la evitación/control no eran eficaces y podían estar, incluso, influyendo en la cronificación del problema. Estos resultados impulsaron la realización de estudios experimentales más controlados, con los que se aislaron mejor los procesos implicados en los diferentes métodos clínicos, tanto de aceptación y de-fusión como los diversos utilizados en las estrategias de control cognitivo (supresión, distracción, etcétera). En este sentido, las líneas de investigación han proliferado en los últimos años (como se expondrá más adelante en los apartados de Evidencia básica y clínica de ACT) y permiten avanzar en el análisis funcional de la psicopatología, por un lado, y de los procesos implicados en los métodos clínicos para alterarla en un amplio número de trastornos psicológicos. En definitiva, ACT descansa (aún siendo necesaria la investigación a diferentes niveles para potenciar el colchón en el que descansa) en un conjunto de datos sobre procesos básicos a diferente nivel que fundamenta sus asertos en bases experimentales replicables y per-

mite, por tanto, no sólo la predicción sino la influencia de los fenómenos de interés, tanto a nivel preventivo como de tratamiento.

En síntesis, entre las terapias de tercera generación, ACT surgió por un acopio de condiciones que emergieron como una circunstancia creativa para abordar de raíz los trastornos psicológicos tanto en su formación como en su alteración. El elenco de acontecimientos que confluyeron en esa circunstancia fueron, por un lado, (a) los relativos a los interrogantes mencionados más arriba sobre las terapias en curso, a la par que la disponibilidad de datos sobre modos de funcionamiento más proclives a la condición humana. Por otro lado, (b) existía una conceptualización radicalmente funcional sobre el comportamiento humano que a lo largo de muchos años ha provisto de leyes científicas sobre el papel de las contingencias en el desarrollo, mantenimiento y cambio de numerosos comportamientos; y (c) la curva acelerada de investigaciones básicas en lenguaje y cognición desde una perspectiva funcional. Todo ello generó las condiciones para agrupar modos de hacer, muchos de ellos tomados de las terapias “no científicas”, y para confeccionar nuevos métodos. El resultado fue un sistema terapéutico que reúne como características básicas las siguientes: (1) parte de un marco global de referencia sobre las *ventajas y desventajas de la condición humana*, (2) mantiene una *filosofía contextual-funcional* y, por tanto, *asume los presupuestos sobre el impacto de las contingencias*, (3) es coherente con un *modelo funcional sobre la cognición y el lenguaje* (la *Teoría del Marco Relacional*), (4) sustenta una *perspectiva nueva de la psicopatología* en la que resulta central el concepto funcional de la *evitación experiencial destructiva*, y (5) resalta la conexión entre investigación básica, psicopatología, y los métodos clínicos para progresar en la prevención y la alteración de los trastornos psicológicos. En lo que sigue, se comentan algunas de estas características.

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LO QUE LA CULTURA PROMUEVE, LA CONDICIÓN HUMANA Y EL LENGUAJE

A fin de no abusar de la paciencia del lector, nos limitaremos a sintetizar algunas de las consideraciones reiteradas y discutidas en otros trabajos sobre el encaje –y desencaje– de piezas entre las leyes que regulan el comportamiento del ser humano verbal, y lo que la cultura promueve como objetivos deseados para vivir. Siguiendo, pues, otros trabajos (Hayes et al., 1996, 1999; Hayes y Luciano, 2001; Luciano, 2001; Wilson y Luciano, 2002), cabe especificar a modo de resumen las siguientes consideraciones:

1. ACT no formula una filosofía novedosa sobre la vida. Recoge la filosofía de vida que ha sido promulgada por numerosos estudiosos del ser humano mucho antes de que conociéramos la procedencia del autoconocimiento, y sus pros y contras. La experiencia de la dimensión sufrimiento-placer ha sido históricamente aceptada como parte intrínseca de la vida desde diferentes tradiciones religiosas así como por diferentes antropólogos, médicos, filósofos y literatos (Hayes, Stroshal y Wilson, 1999; Luciano, 2001; Szazs, 1960; Wilson y Luciano, 2002). *La experiencia muestra que el sufrimiento y el placer están en la misma dimensión, o dicho de otro modo, que son los dos lados de una misma moneda*. Uno no puede ir sin el otro, lo que significa que es inevitable tener la posibilidad de disfrutar (por ejemplo, al recordar cosas placenteras), sin que ello lleve parejo la posibilidad, antes o después, de recordar situaciones que traigan al presente sensaciones negativas.
2. La dimensión sufrimiento-placer, que sustenta el reforzamiento positivo y el negativo, se amplía y transforma en sus posibilidades cuando los organismos llegan a ser verbales. La experiencia que todos compartimos –de un modo u otro y en mayor o menor grado– es que buscamos el placer, el bienestar, y también alejarnos del dolor y del malestar (en suma del castigo, de la muerte). Esta dimensión es la base sobre la cual la persona llega a aprender lo que da significado a su vida y a cómo conseguirlo.
3. ACT es una terapia conductual, radical, analítica, contextual y, consecuentemente, funcional. Asume, por tanto, las leyes que regulan la génesis de funciones a través del cambio contingencial, y enfatiza las leyes que regulan la formación y transformación de funciones vía verbal, sin la cual los trastornos psicológicos no llegan a conformarse.
4. ACT apela constantemente a las direcciones de valor personal. Los valores o las direcciones de valor son “reforzadores” establecidos vía verbal. Éstos van más allá de las funciones establecidas por procesos directos de condicionamiento en tanto que una vez el ser humano aprende a comportarse de forma relacional o simbólica, ya dispone de una nueva vía para la formación y alteración de funciones. El proceso de formación de los valores y de qué hacer para conseguirlos, permite explicar por qué encaminamos nuestras acciones hacia algo que, bien puede estar enmarcado sólo en lo más básico (placer y eliminación del dolor inmediatos), o bien, en “algo” más relevante que impregne simbólicamente cada acto que llevamos a

- cabo. Por ejemplo, acciones preñadas por la honestidad, el respeto hacia otros, la fidelidad, el conocimiento, y por cierta trascendencia.
5. ACT parte de un modelo de salud en el que se agudizan las contradicciones de un sistema cultural y las características de los seres verbales, o sea, de la condición humana. Se agudiza en tanto se hace transparente el aparente encaje entre lo que se promueve para vivir y lo que es posible por la condición humana. Éste es un sistema cultural en el que la vida se convierte en un problema, el problema en un trastorno y el trastorno en algo con causa biológica. De ahí se deriva que los problemas de la vida, o sea la vida, se habrán de "vivir" con soluciones biológicas o equivalentes para sentirse bien YA (Hayes y cols., 1999; Luciano, 2001; Pérez Álvarez, 2003; Szazs, 1960). La máxima cultural predominante es "por encima de todo, sentirse bien" lo que supone una poción envenenada en cuanto promueve la necesidad de búsqueda de placer, sin contextualizar, y, su reverso, la supresión de cualquier momento que suponga un evento privado de malestar. El funcionamiento acorde a esta manera de entender la salud mental es difícil de alterar en tanto que poderosos sectores económicos y sociales y lo que "la gente quiere de inmediato" se ajustan perfectamente, como dos piezas de un puzzle. El problema surge a la larga cuando esas dos piezas no encajan en otra, más importante y que finalmente es lo que permite que la persona valore su vida. Es decir, cuando atenerse a esas fórmulas no devenga réditos, sino pérdidas. La regulación del comportamiento en torno a ese tipo de fórmulas para vivir, produce con frecuencia efectos paradójicos donde la persona quedaría atrapada en un funcionamiento "lógico" (apegado a "si quiero vivir, tengo que alejar el sufrimiento porque el dolor, el malestar, son malos"), pero alejado de lo importante en cada momento y, consecuentemente, con un efecto a la larga de "menos vida y paradójicamente más sufrimiento".
 6. ACT sostiene que los trastornos psicológicos tienen un elemento común –en mayor o menor grado– que se define por un patrón de funcionamiento o regulación verbal ineficaz. El conocimiento de este funcionamiento paradójico no es novedoso. Sin embargo, ha sido y es al hilo de la investigación en aprendizaje relacional –verbal– cuando se han empezado a desbrozar los resortes del hecho de ser verbal, y con ello a aportar explicaciones de aquello que nuestros mayores conocían muy bien, y que contempla filosofías de vida fructíferas. Este patrón de regulación se denomina evitación experiencial.

7. ACT define una psicopatología funcional que es radicalmente diferente de la psicopatología dominante en tanto que la enmarca en la cultura que domina la vida de las personas como el contexto de referencia en el que las éstas se hacen verbales y aprenden, pues, a buscar para sus vidas unos significados u otros. Un asunto del que tratamos más adelante.
8. ACT se define por un apego a la investigación básica no sólo del efecto directo del cambio contingencial sino, especialmente, de los cambios de función, vía relacional/verbal. Un aspecto del que brevemente tratamos más adelante.
9. ACT se define por un compromiso con la evidencia experimental respecto de los procesos básicos que permiten la alteración de funciones durante el proceso de la terapia.
10. ACT busca, igualmente, contrastar su grado de eficacia respecto de otros tratamientos. Este objetivo no es un aspecto diferenciador de ACT. Lo diferencial es el compromiso con un programa experimental para el análisis de los procesos verbales responsables de la regulación ineficaz que caracteriza a los trastornos psicológicos, así como, de los procesos verbales implicados en cada uno de sus métodos clínicos.

Nos detendremos en una síntesis de algunas de estas características. Específicamente, en la transformación de funciones en el contexto de la Teoría del Marco Relacional (TMR), en las características de la Evitación Experiencial, y en las características de ACT.

LA TEORÍA DEL MARCO RELACIONAL Y LA TRANSFORMACIÓN DE FUNCIONES

Como cualquier teoría, la TMR tiene un marco filosófico, en este caso el Contextualismo Funcional, caracterizado por ser *monista*, *no mentalista*, *funcional*, *no reduccionista*, e *ideográfico*, y que confluye con el Conductismo Radical de Skinner y el Interconductismo de Kantor. Brevemente, el Contextualismo Funcional (véase Dougher y Hayes, 2000; Hayes y Wilson, 1995; Luciano y Hayes, 2001) tiene como unidad de análisis el organismo como un todo comportándose siempre en las condiciones presentes, de acuerdo a las funciones provistas directa y derivadamente según su historia personal. Los eventos privados (entendidos como contenidos o como esquemas) se conforman en la historia individual, al igual que el papel que se les atribuye en la regulación del comportamiento. Esta regulación

se entiende como *relaciones entre pensar/sentir y actuar que son de tipo arbitrario en cuanto a generadas socialmente*. El tipo de relación que se establezca dará lugar a distintos tipos de regulación verbal, y de ahí la variabilidad entre sujetos e intra-sujetos a través de condiciones. Esta regulación ejemplifica el cierre esencial de la actuación con significado que caracteriza al ser humano, o sea, el hacer por algo que uno considera valioso para vivir. El criterio de validez de esta teoría es su capacidad no sólo de predecir un fenómeno sino de influir o de controlar (previniéndolo o alterándolo), un énfasis típico en las disciplinas científicas.

La TMR es una teoría dirigida al análisis funcional del lenguaje y la cognición, y representa una continuación de las leyes establecidas en la investigación bajo el paraguas del análisis funcional del comportamiento, aunque supone un avance cualitativo. No es, pues, una ruptura, sino una continuación que amplía el conocimiento disponible sobre la emergencia de nuevos comportamientos, ya que describe leyes que establecen las condiciones para la formación y la alteración de funciones vía procedimientos indirectos, frente a los conocidos y bien establecidos procedimientos directos del manejo de contingencias para el establecimiento y cambio de funciones reforzantes, aversivas, motivacionales, y discriminativas de aproximación y evitación. La TMR contempla el efecto de las contingencias, pero su foco de análisis es el lenguaje y la cognición concebidos como *aprendizaje relacional*. Se mantiene que el aprendizaje relacional es una operante caracterizada por permitir responder a un estímulo sobre la base de las relaciones que se hayan conformado en la historia personal entre dicho estímulo y otros sin elementos físicos comunes. A nivel más básico, en la TMR se habla de relaciones de vínculo mutuo, relaciones de vínculo combinatorio, y de transformación de funciones. En términos abstractos –luego presentaremos ejemplos–, si aprendemos de manera directa que, en ciertas condiciones, el estímulo A es igual a B, y el estímulo B es igual a C, entonces, sin necesidad de aprendizaje adicional, *derivamos* que, en las mismas condiciones, B es igual a A, que C es igual a B (relaciones de vínculo mutuo), que A es igual a C y que C es igual a A (relaciones de vínculo combinatorio). Si en otras condiciones aprendemos que A es mejor que B, y que B es mejor que C, entonces derivaremos que B es peor que A, que A es mejor que C, y que C es el peor de todos en esas condiciones. Las relaciones derivadas junto con la transformación de funciones constituyen el aprendizaje o respuesta relacional (Hayes, Barnes-Holmes, y Roche, 2001).

Existen multitud de ejemplos de respuesta relacional, desde los más sencillos, que utilizaremos para ejemplificar el concepto, hasta los más complejos. Respondemos a un estímulo sobre la base de sus relaciones con otro cuando, por ejemplo, siendo la mandarina nuestra fruta preferida, nos dicen que el ‘yerani’ es

como una mandarina oriental, y entonces *decimos* o *pensamos* ‘¡uhm, quiero probar!’, o *recordamos* el zumo de mandarina que tomamos ayer, o *notamos* que salivamos, o incluso nos viene el color naranja. No tenemos experiencia directa con ‘yerani’, esto es, no lo hemos probado y no sabemos cómo sabe, pero en la medida en que se ha establecido en lo que denominamos *relación de equivalencia* o *marco de coordinación* con la mandarina (a través de la clave contextual ‘es como’), entonces respondemos a ‘yerani’ de manera equivalente a como respondemos a las mandarinas. Decimos que las funciones de ‘yerani’ se han adquirido o transformado vía verbal o relacional. Pero qué hubiera pasado si nos hubieran dicho algo así como: “el sabor del ‘yerani’ *no es como* el de la mandarina, *es todo lo contrario que puedas pensar*”. Probablemente hubiéramos dicho o pensado ‘entonces no me gustará’, o hubiéramos recordado o notado la sensación que en nuestra historia se hubiera conformado en oposición a la sensación de la mandarina en la boca. Esto es, las funciones (que denominadas Cfun o contexto funcional) transformadas habrían sido otras en un contexto relacional (denominado Crel) de oposición. Además de los marcos de coordinación, y oposición, ejemplificados arriba, existen otros marcos de relaciones (otros Crel) a través de los cuales podemos observar la transformación de funciones. Si el lector prueba a situar los componentes en otras claves relacionales, observará como la transformación de funciones variará según los contextos relacionales. De ahí, los juegos del lenguaje tan bien descritos –que no explicados– por Wittgenstein.

Por ejemplo, en sujetos verbales (como los lectores de este artículo) donde están establecidas numerosas claves relacionales, diríamos que: (1) respecto a la clave de comparación, “si en ciertas condiciones, X es más que Z, y Z es más que Y”, se derivará una relación específica entre X e Y, y las funciones que pudiera tener X transformarían las de Z e Y aunque éstos últimos nunca hubieran tenido tal función en la historia individual. (2) Respecto a la clave de distinción, “si en ciertas condiciones, X es distinto a Z”, y si conocemos las funciones de X en unas condiciones, y nos preguntasen por las características de Z, no podríamos responder hasta conocer en qué contexto ambos estímulos son distintos y en cuál son similares. (3) Respecto a contextos espaciales, por ejemplo, si “en ciertas condiciones, X está cerca (o lejos) de Z y de Y”, entonces si se dieran ciertas funciones a X, éstas transformarían las de Z e Y según la clave “lejos” o “cerca”. (4) Respecto de contextos temporales y de causalidad, por ejemplo “si X viene antes de Z”, y si hemos tenido experiencia aversiva con Z, entonces se derivará la evitación de todo lo relacionado con X. (5) Respecto del contexto o claves de jerarquía como “en ciertas condiciones X pertenece a Z”, entonces las funciones dadas a Z se derivarán a X, pero las dadas a X se derivarán en menor medida a Z. (6) Respecto de claves temporales, “si X ocurrió ayer y al recordarlo en

el ahora, se sitúa bajo la clave del ayer, las funciones procedentes de X en el ayer no se transforman del mismo modo que si no se hace ese movimiento, esto nos repercute en los marcos deícticos. (7) Los marcos deícticos, que incluyen los de perspectiva más básicos (aquí-allí, yo-tú) (a su vez asentados en otros, como los espaciales y los temporales (ahora, ayer y después), se producen las transformaciones de funciones pertinentes según la persona haya aprendido a practicar para situarse en el aquí y ahora respecto de sus eventos privados. Etcétera.

En resumen, los marcos de relación, o el aprendizaje relacional, se establecen en lo que denominamos la adquisición del lenguaje a través de numerosos ejemplos, como otras operantes. Sin la formación de estos marcos de relación, es decir, sin el aprendizaje relacional no se pueden dar las transformaciones de funciones vía verbal. Además, la transformación de funciones será más o menos rica, o rígida, según haya sido ese aprendizaje (o historia individual), esto es, según se haya producido, o no, versatilidad ambiental suficiente y ordenada.

Todo lo anterior permite entender por qué se responde a un estímulo (sin experiencia alguna previamente) en términos de otro, de modo que la transformación de funciones explicaría por qué se derivan estados de ánimo –y motivaciones–, y que cambien “sin aparente razón”, o que podamos pensar en positivo de alguien o algo, o bien cambiar la valoración de alguien o algo, *sin haber tenido experiencia alguna directa que lo justifique*. El aprendizaje relacional es la base que nutre la publicidad, la política, los métodos clínicos, y otras muchas actividades humanas que están orientadas a actualizar y alterar funciones psicológicas vía verbal. Y es esencialmente relevante por su economía, ya que con escasas contingencias se producen nuevas relaciones y se forman y alteran funciones. Con tintes más clínicos, la transformación de funciones es clave para entender el sufrimiento más acuciante de los seres verbales. Por ejemplo, aprendidos los marcos de comparación, los temporales, y deícticos, ya no es posible escapar a la transformación de funciones que ocurre al comparar los eventos –y uno mismo– en el antes, en el ahora y en el futuro simbólico. El miedo al futuro, por ejemplo, es un producto derivado de la historia personal cuya emergencia en un momento dado no está bajo control del individuo. Empero, sí es posible controlar la reacción personal a ese miedo, ya que ello depende, en primer término, del papel funcional de dicho miedo y, depende además, del nivel de práctica en aplicar los contextos deícticos pertinentes. Centrándonos en el papel funcional que según la historia personal tengan los eventos privados, se observarán diferentes tipos de regulación verbal. A este aspecto dedicamos el siguiente y último apartado de la TMR.

La TMR asume tres tipos funcionales de regulación verbal del comportamiento: *pliance*, *tracking* y *augmenting* (Hayes, Gifford y Hayes, 1998) que describen el ajuste del comportamiento a las contingencias relevantes tanto en los ejem-

plos más simples de regulación como cuando está implicada la regulación vía transformación de funciones. Estos tipos de regulación se producen paulatinamente en el desarrollo personal –por lo que responden a las características de la ideografía– y permiten modos más complejos de regulación, posibles sólo en el marco de la transformación de funciones. La regulación *pliance* implica seguir fórmulas verbales por una historia de reforzamiento en la que las consecuencias relevantes son las mediadas por otros. Un repertorio *generalizado* de regulación *pliance* es limitante en tanto que genera una dependencia extrema de los otros y produce insensibilidad a las consecuencias que emanan de las acciones. Un ejemplo es la regulación *pliance* generalizada en casos en los que la persona actúa exclusivamente por las consecuencias que otros median, lo que supone que ciertos comportamientos de otros actúan como reforzadores positivos o negativos per se.

La regulación *tracking* está controlada por el seguimiento de una fórmula verbal o regla que responde a una historia de reforzamiento donde han quedado seleccionadas las consecuencias que emanan directamente de la acción efectuada y que reflejan el contenido de la fórmula verbal. La regulación *tracking* puede ser problemática si se aplica en áreas donde no puede funcionar o implica fórmulas verbales incorrectas. Por ejemplo, actuar siguiendo la regla “beber alcohol para no estar triste o para no pensar ciertas cosas o para resultar abierto y espontáneo”, lo cual puede ser efectivo de manera inmediata pero no a la larga.

El comportamiento tipo *augmenting* sería regulación bajo el control de funciones transformadas de estímulo. Por ejemplo, si la conducta de estudiar se incrementa después de situar el estudio en un marco temporal y de condicionalidad con aspectos valorados (“el título es –significa, me permite– ser independiente o ejercer una profesión que sirva para X”, y “el título es estudiar hoy y cada una de las asignaturas”), decimos que esa conducta es un *augmenting* que ocurre porque estudiar ha adquirido funciones reforzantes vía verbal. La regulación *augmenting* puede tener numerosas posibilidades. Unas que permiten el ajuste a la vida al actuar como reglas morales y/o permitir la trascendencia del propio dolor. Otras con efectos limitantes, como cuando el comportamiento queda controlado por el reforzamiento inmediato sin que éste se haya transformado convenientemente (al no existir el marco relacional que permitiese, por ejemplo, equiparar que “el dolor hoy es vida mañana” o “lo inmensamente reforzarte de este momento bebiendo no es nada comparado con el dolor de ver a mis hijos abandonados mañana si sigo bebiendo así”). De la misma manera, si la tristeza se sitúa en un marco de oposición con la vida (“la tristeza y los pensamientos negativos son malos, con ellos no se puede vivir”), y ocurre que en ciertas circunstancias, se deriva malestar y pensamientos negativos; entonces, la tristeza y el malestar de los pensamientos se

intensificarán y podrán cumplir funciones discriminativas de evitación. Tal intensificación vendría dada al situar el malestar/pensamientos negativos en contraposición temporal a las acciones valiosas (con función simbólica positiva), ya que la transformación de funciones a través del marco de oposición convierte lo positivo en negativo y –como un efecto sumador– incrementa el valor negativo que ya pudiere tener la tristeza. Consecuentemente, en ausencia de un nuevo marco o clave contextual para todos estos elementos, la persona emprenderá acciones para evitar/escapar de tal estado de ánimo. Estas regulaciones, en parte o combinadas, definen el patrón de evitación experiencial cuya persistencia puede llegar a ser destructiva si produce una limitación en la vida personal, pudiendo llegar a la evitación total: el suicidio.

En síntesis. La investigación en la TMR afecta a la mayoría de las actividades humanas y necesariamente concierne a la psicopatología y las terapias psicológicas, amén de afectar a un amplio abanico de posibilidades aplicadas, extendiéndose más allá de las implicaciones en el ámbito clínico (véase especialmente Hayes et al., 2001. También, Barnes-Holmes, Barnes-Holmes, McHugh y Hayes, 2004; Hayes et al., 1999; Luciano, Rodríguez y Gutiérrez, 2004; Wilson, Hayes, Gregg y Zettle, 2001; Wilson y Luciano, 2002).

LA EVITACIÓN EXPERIENCIAL DESTRUCTIVA Y LOS TRASTORNOS PSICOLÓGICOS

El *Trastorno de Evitación Experiencial (TEE)* (Hayes, Wilson, Gifford, Follete y Strosahl, 1996; Luciano y Hayes, 2001) es un patrón inflexible, caracterizado por numerosos modos de respuesta que buscan evitar y suprimir la presencia de pensamientos, recuerdos, sensaciones y otros eventos privados, que resultan negativos o se acompañan de malestar, con el fin de poder vivir. La necesidad permanente de eludir el malestar, o la de tener placer inmediato –sin más, para vivir– obligan a la persona a actuar de un modo que, paradójicamente, no le deja vivir y, además, fortalece y extiende el malestar o la necesidad de búsqueda de placer sin condiciones. El problema es, centrándonos en la necesidad de suprimir el malestar, que tales actuaciones proporcionan un relativo alivio inmediato en ocasiones, pero provocan un efecto *boomerang* de modo que el malestar vuelve a estar presente, a veces más intenso y extendido. Las consecuencias a largo plazo de la persistencia en este patrón con efectos paradójicos, son la ‘dedicación en exclusiva’ a las acciones que eliminan momentáneamente el malestar, y el consiguiente abandono de las acciones cargadas –de un modo u otro– de valor personal.

La *evitación experiencial inflexible* es un componente funcional central en numerosos trastornos de los diferenciados en los sistemas de clasificación de la Salud/Enfermedad Mental. Por ejemplo, en los trastornos afectivos, en ansiedad, en las adicciones, en la anorexia y la bulimia, en los trastornos del control de impulsos, en los síntomas psicóticos, en el estrés postraumático y en el afrontamiento de enfermedades, y en los procesos en los que el dolor juega un papel esencial (Hayes, Masuda, Bissett, Luoma y Guerrero, 2004; Hayes et al., 1996, Luciano y Hayes, 2001). Ya ha sido señalado en otras ocasiones que la evitación experiencial es un tipo de regulación verbal ineficaz que se asienta en una cultura que promueve la necesidad de “sentirse bien” y, por tanto, de “suprimir el malestar” “sin condiciones”. Éstas son pócimas envenenadas que promueven dejarse llevar por los sentimientos, las emociones, y, consecuentemente, la supresión de los pensamientos y emociones indeseables. No habría problema en ello si la actuación persistente en esa dirección, finalmente no produjera dosis elevadas de limitación en la vida. El porqué de los efectos perjudiciales del control de los eventos privados –apuntados en el párrafo anterior– los retomaremos a continuación. Antes, reiteramos una vez más que conceptualizar los trastornos psicológicos en el contexto de la cultura y teniendo en cuenta las características del repertorio relacional o verbal, es una forma de entender la condición humana y los desórdenes mentales, desde una perspectiva radical y genuinamente psicológica, muy distante de las aproximaciones reduccionistas, en particular, las biologicistas.

Los hallazgos descritos al exponer la TMR, son útiles para entender el patrón de regulación ineficaz de evitación experiencial destructiva. Este patrón se ha descrito en términos de los varios contextos verbales que lo sustentan, que son los contextos de la Literalidad, de la Evaluación, de Dar Razones o Explicar, y el contexto del Control (Hayes et al., 1996; Luciano, Rodríguez y Gutiérrez, 2004). Éstos vienen a señalar unos engranajes psicológicos que ocurren en el contexto cultural de referencia, pero que a la vez son intransferibles y personales, esto es, que afectan de manera diferencial según las interacciones personales en cada caso.

Los contextos de la literalidad (la derivación ineludible de funciones), la evaluación (de prácticamente todo), y el dar razones (explicar el comportamiento por los eventos privados) provienen de las interacciones verbales personales y consecuentemente son las características de la transformación de funciones a través de los marcos relacionales de coordinación, oposición, comparación, causalidad, etcétera. Como hemos indicado, la transformación de funciones es un producto ineludible del comportamiento verbal e implica responder a un evento en términos de otro en virtud de los vínculos mutuos y combinatorios. Esto es, dada la historia personal correspondiente y la clave contextual pertinente en un momento dado (fun-

cionales y/o relacionales), la persona derivará pensamientos específicos sobre lo que le rodea, sobre ella misma y sobre los demás (lo que incluye razones/explicaciones), emociones, recuerdos, y sensaciones. Sin el repertorio apropiado para tomar distancia de la propia conducta, esto es, sin aplicar en tales momentos (bien por falta de repertorio o por falta de práctica) las claves deícticas (situar los eventos privados en el ahí desde el aquí –y ahora– de la parte de uno que los observa), la persona sólo podrá actuar fusionado a –o bajo control de– las funciones de tales pensamientos/emociones/recuerdos. Tal actuación estaría “ciega” o “semi-ciega” a los valores personales ya que estaría sólo alerta o despierta a los eventos privados que, por definición, son productos derivados vía relacional y no “saben nada” de los valores relevantes para la persona en cuestión. Esta actuación se diferenciará de unas personas a otras y en la misma persona dependiendo de las condiciones, ya que la transformación de funciones es contextual. Es el contexto del Control de las Causas el que da sentido a la evaluación, a las razones, y el que cierra el círculo contingencial al proporcionar el potente reforzador de tener razón que acompaña al alivio inmediato, aunque efímero, que proviene de seguir las reglas de la evitación. Y todo ello a pesar del costo a largo plazo de tales estrategias. Por ejemplo, comportarse fusionado a pensamientos molestos, tomados como causas (“siempre digo algo estúpido”) comportándose para eliminarlos (“no acudo a mi cita y así nunca sabrá lo torpe que soy”) potencia la eliminación de dichas “causas” para así poder actuar en dirección a aspectos valiosos. Como además, comportarse de esa manera hace que los pensamientos/sensaciones desagradables desaparezcan momentáneamente, el comportamiento de evitación queda fuertemente potenciado.

En el apartado anterior, hemos indicado varios tipos de regulación verbal ineficaz que difieren en el tipo de consecuencias que los controlan pero que suponen formas de evitación experiencial generalizada o, en otras palabras, de reacción inflexible a los eventos privados. Por ejemplo, el *pliance* generalizado que impide la sensibilidad a consecuencias directas de la acción a corto y largo plazo. El *tracking* ineficaz, sobredimensionado o no contextualizado, supone nula o escasa regulación para conducir la impulsividad y/o la tolerancia al malestar de un modo que fuera útil a objetivos relevantes a largo plazo, o que fuera útil en un contexto concreto. Igualmente, otros ejemplos de regulación ineficaz ocurren cuando el comportamiento está regulado por estímulos con funciones transformadas vía numerosos marcos de relación pero que ejemplifican la necesidad de conseguir sentirse de un modo específico como un objetivo para conseguir otras cosas (por ejemplo, perseguir no tener –o suprimir– pensamientos negativos sobre los hijos o la pareja, como un objetivo inexcusable para poder actuar de modo valioso con los hijos y pareja).

Guiarse por el contenido literal de los pensamientos (que son ejemplos de transformación de funciones) sería una regulación fusionada a tales pensamientos o dicho de otro modo, una transformación a la que no se hubieran aplicado convenientemente los marcos deícticos. De hacerlo, se hubiera permitido la discriminación de los eventos privados y su procedencia verbal (y, por tanto, apreciando que no son intrínsecamente inhabilitantes), y la diferenciación entre los pensamientos que se tienen en un momento dado –situándolos en el allí– y la persona que los sostiene, que los incluye –situada en el aquí–. La regulación donde dominan las funciones transformadas de los eventos privados a través de marcos básicos, sin aplicarles, a su vez, los marcos deícticos impedirán la sensibilidad a lo que verdaderamente importa, al no permitir la discriminación de los eventos privados y uno mismo con las direcciones de valor (Luciano et al., 2004; Luciano y Törneke, 2006).

La regulación de la evitación experiencial que el paciente lleva a consulta, es tratada en las terapias de segunda generación –incluidas las farmacológicas– tratando de cambiar y/o suprimir los pensamientos molestos y el malestar, de modo que la persona pueda quedar libre de todo ello. Aunque los modos de hacerlo suponen un conjunto de estrategias que acaban por disponer estrategias de control y exposición e incluso aceptación, todas las técnicas están situadas al servicio del control de los síntomas. Las soluciones diseminadas para este fin coinciden en conceder un *valor causal “mecánico”* al contenido cognitivo, y el problema es, como advertíamos al comienzo de este artículo, que son asunciones basadas en el sentido común y no en relaciones funciones experimentalmente validadas. Además de ello, los métodos clínicos necesitan investigación que permita aislar por qué son efectivos y por qué no. La aproximación terapéutica al TEE, centrada en el análisis de los contextos verbales que sustentan la evitación experiencial destructiva, es radicalmente diferente.

UNA INTRODUCCIÓN A ACT

La ACT (Hayes et al., 1999; Wilson y Luciano, 2002; Hayes y Stroschal, 2004) plantea un giro radical en el foco de la terapia: por un lado, no se trata de cambiar o reducir los pensamientos/sensaciones/recuerdos molestos sino que se trata de alterar su función de modo que la reacción a estos eventos privados sea flexible y el comportamiento, en cambio, sea regulado por los valores personales y no por la literalidad del contenido de dichos eventos. Por otro, los métodos clínicos apelan a un cambio de carácter contextual, cambiando la función de los eventos privados

sin cambiar sus contenidos. ACT busca generar las condiciones para que el paciente aprecie la paradoja de su comportamiento en tanto que lo que hace está en dirección contraria a lo que realmente quiere conseguir (para lo que es necesario contextualizar el funcionamiento del individuo en el ámbito de lo que sea importante para esa persona), y busca potenciar interacciones clínicas que permitan al paciente tomar conciencia plena, abierta, del flujo de los eventos privados –cualesquiera–, de modo que los note y pueda elegir la acción acorde a lo que sus valores demandan en ese momento, en vez de actuar atrapado por la literalidad de los eventos privados. Teniendo en cuenta la variabilidad de regulaciones inefectivas que definan la evitación experiencial o inflexibilidad psicológica en cada caso, ACT tratará de que el paciente aprenda a resolver los problemas de un modo que le sea útil, generando regulaciones verbales del propio comportamiento que estén al servicio de lo que él valore en la vida en vez de dejarse llevar por las funciones verbales en los eventos privados. Analizado el comportamiento del paciente a nivel funcional, el terapeuta ACT tratará de alterar las regulaciones que estén siendo problemáticas en cada caso. En términos generales, tratará de reducir la regulación generalizada de tipo *pliance*, fomentando la regulación *augmenting* ajustada a objetivos en las trayectorias de valor clarificadas por el paciente, a la par que tratará de situar la regulación *tracking* en aquellos contextos en los que resulte útil en la vida del paciente según sus valores. Los métodos clínicos son numerosos y la evidencia que sustenta su uso no es el sentido común o el uso –sin sustento científico– de los métodos (algunos tomados de otras terapias), sino la evidencia experimental respecto del funcionamiento de los eventos privados y de su relación con las acciones, parte de la cual se sustenta en la investigación en transformación de funciones y aprendizaje relacional. Las paradojas, las metáforas y los ejercicios de exposición plena/consciente en el aquí/ahora de uno mismo son esenciales en ACT y la CLAVE es que la dirección que lleva la aplicación de cualesquiera de estos métodos, es la de aceptar los eventos privados porque esa aceptación está al servicio de la actuación impregnada de valores personales.

EVIDENCIA BÁSICA DE ACT

ACT (Hayes et al., 1999) no es una mera terapia sino una terapia con una teoría específica (la Teoría del Marco Relacional) que recoge la filosofía y conocimientos del Análisis Experimental y Aplicado del Comportamiento, amén de los datos provistos desde otros ámbitos de la psicología sobre tipos de afrontamiento y efectos paradójicos (véase resumen en Hayes et al., 1996). La investigación en

aprendizaje relacional ha mostrado una serie de cuestiones respecto del lenguaje y la cognición que proveen de fundamento a los procedimientos clínicos y muestran los procesos de cambio implicados en las actuaciones clínicas, a saber: (1) la dominancia de la regulación centrada en la transformación de funciones, que repercute en cierta insensibilidad a las contingencias de la acción, pudiendo llegar a ser ineficaz en ciertos contextos donde lo adaptativo sería ceñirse a las contingencias; (2) la transformación de funciones ineludible ajustada a los numerosos marcos de relación (temporales, causales, comparativos), dificulta la distinción entre las funciones directas y las derivadas, y dificulta que las personas nos situemos en el aquí y ahora. Facilita, en su lugar, la fusión con los pensamientos, emociones, recuerdos y otros eventos; (3) la detección de los tipos limitantes de regulación verbal con la evitación experiencial como eje de la regulación; (4) tipos de transformaciones que permiten, por un lado, recordar, comparar, hacer planes, y resolver problemas, y por otro lado, que permiten recordar, comparar, incrementar el dolor y el sufrimiento y no ser eficaz en la resolución de los problemas; (5) funcionamiento por adición de las relaciones verbales, de modo que cada intento por suprimir los contenidos cognitivos en un determinado contexto relacional, se torna en contenidos más fuertes (rebotes) y expandidos; (6) la dificultad por intentar controlar los eventos privados como se controlan otras cosas en el mundo, no sólo no produce el efecto deseado sino que lo que se desea suprimir, se fortalece y extiende; (7) la evidencia sobre el cambio contextual del contenido cognitivo transformando sus funciones de modo que aunque las redes relacionales se mantengan intactas, ya no sirven para lo mismo ni, a la larga, se viven como antes; (8) los beneficios de la práctica múltiple en aceptar la experiencia privada versus su control, especialmente cuando el malestar es elevado pero está instalado en trayectorias de valor; (9) la evidencia experimental de la consistencia en la ruptura o desconexión entre eventos privados y acciones valiosas; (10) los tipos de transformación de funciones en los métodos clínicos, por ejemplo, (a) en las prácticas de desliteralización y exposición a eventos privados desde el yo-contexto (de-fusión); (b) en el uso de las metáforas y, (c) en los métodos para la clarificación de valores (Barnes-Holmes, Barnes-Holmes et al., 2004; Barnes-Holmes, Cochrane, et al., 2004; Dahl, Wilson, Luciano y Hayes, 2005; Geraerts, Merckelbach, Jelicic y Smeet, 2006; Gutiérrez, Luciano, Rodríguez y Fink, 2004; Hayes et al., 1996; Hayes, Stroschal y Wilson, 1999; Hayes y Stroschal, 2004; Kashdan, Barrios, Forsyth y Steger, 2006; Luciano, Rodríguez y Gutiérrez, 2004; O'Hora y Barnes-Holmes, 2004; Wegner y Zanakos, 1994; Wilson, Hayes, Gregg y Zettle, 2001).

EVIDENCIA CLÍNICA DE ACT

La ACT ha sido efectiva en numerosos estudios de caso. En cuanto a ensayos controlados, ACT ha sido comparada respecto de tratamientos cognitivos validados, tratamientos habituales, condiciones placebo, o lista de espera (véanse revisiones en Hayes, 2004 y Hayes et al., 2004, Hayes y Strosahl, 2004). En estos estudios, ACT se ha mostrado mejor (especialmente en los casos crónicos) o igualmente eficaz que los tratamientos cognitivos al finalizar los tratamientos, pero los pacientes que han recibido protocolos de ACT mejoran sustancialmente en los periodos de seguimiento comparados con el resto. Estos resultados se han mostrado en un abanico de problemas y trastornos: depresión, manejo del estrés laboral, sintomatología psicótica, patrones obsesivos-compulsivos, ansiedad y fobia social, consumo de drogas y tabaco, esclerosis múltiple, psico-oncología, tricotilomanía, miedos y preocupaciones, diabetes, episodios epilépticos, dolor crónico, actos auto-lesivos, en intervención con padres de niños con limitaciones, con profesionales. Ha resultado eficaz para evitar cronicidad y alterar de forma notable el curso de secuelas y síntomas variados, habiéndose aplicado en formato breve y amplio; en formato individual y grupal, además de aplicado por diferentes personas y en numerosos países. La investigación en medidas de la evitación experiencial (cuestionario AAQ de Hayes et al., 1999), la fusión cognitiva (Baer, 2005), y los valores (Blackledge y Ciarrochi, 2006; Wilson y Groom, 2002), requiere más estudios a lo que cabe añadir las posibilidades que está abriendo el rápido desarrollo del IRAP (Implicit Relational Assessment Procedural –procedimiento basado en la TMR) para la medida de relaciones implícitas (Barnes-Holmes, Barnes-Holmes, Power, Hayden, Milne y Stewart, 2006) y los estudios básicos –a los que ya hemos aludido– focalizados en analizar los procesos implicados en los diferentes métodos clínicos tanto de aceptación y defusión como los diversos utilizados en las estrategias de control cognitivo (supresión, distracción, etcétera).

Como resumíamos en Luciano y Valdivia (2006), el análisis de los componentes y, principalmente, de los procesos verbales de cambio implicados en los distintos métodos, es un trabajo iniciado hace años pero es todavía insuficiente (Barnes-Holmes et al., 2004; Luciano, Rodríguez y Gutiérrez, 2004). A pesar de estas limitaciones, se replica un efecto de modo sistemático, tanto en investigación básica como en estudios controlados (véase revisión en Hayes et al., 2004), y es la consistencia en la ruptura o desconexión entre eventos privados y acciones valiosas, lo que significa un cambio funcional de los primeros sin que reduzcan su frecuencia o, necesariamente, su impacto emocional al menos a corto plazo.

COMPONENTES Y MÉTODOS CLÍNICOS EN LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO

Siguiendo un trabajo reciente (Luciano y Valdivia, 2006), el objetivo de ACT después de comprobar la existencia de una regulación verbal del comportamiento ineficaz que contenga un patrón de funcionamiento –iniciado o cronificado– de evitación experimental destructivo –asumiendo que a través de casos, variarán los contenidos cognitivos y los tipos de respuestas implicados– será generar un repertorio extenso y flexible de acciones encaminadas a avanzar hacia objetivos suscritos en direcciones personalmente valiosas. Se potenciarán, así, las trayectorias de valor sustentadas, pues, por reforzamiento positivo, en vez de por el reforzamiento negativo, o sea, por la necesidad de evitar o suprimir estados cognitivos y emocionales valorados como negativos (dolor, ansiedad, tristeza, miedo, etc.). Así, se sostendrá, por ejemplo, que los “pensamientos recurrentes”, “el miedo a salir a la calle” o “la tristeza y la ansiedad”, no son en sí mismos síntomas incapacitantes, sino que lo que resulta limitante para la persona es la actuación fusionada a los significados literales de dichos eventos privados. La actuación fusionada no permitiría a la persona ser consciente de los pensamientos y sensaciones como un proceso evaluativo o de razonamiento en curso; o sea, no permitiría apreciar que son sólo pensamientos y sensaciones, y que detrás de todos ellos está una persona que es quien los está experimentando, o esa parte de la dimensión psicológica del yo, que los contiene y desde la que se puede observar cualquier contenido cognitivo y apreciar lo que finalmente resulta importante para uno. Estar fusionado a los contenidos cognitivos es actuar sin la perspectiva que permite ser consciente de todos ellos y, por tanto, sin situarse en la posición desde la cual se puede elegir hacerles caso según convenga a la trayectoria personal de valor. Sin esa perspectiva –dada por los marcos déicticos– la persona no se distingue del contenido y del proceso de pensar y sentir, y actúa fusionado al pensamiento, a las valoraciones positivas/negativas sin más.

Cabe señalar que ACT: (a) es un tratamiento centrado en las acciones valiosas para el cliente ; (b) contempla el malestar/sufrimiento como natural, producto de la condición humana en tanto que seres verbales; (c) define que se aprende a resistir el sufrimiento normal y es justamente esa resistencia la que genera el sufrimiento patológico; (d) promueve el análisis funcional de los comportamientos del paciente y, por tanto, se basa en *la experiencia del paciente como la clave del tratamiento*. El mensaje es “¿qué te dice tu experiencia al hacer eso?, ¿qué obtienes? ¿es eso lo que quisieras tener como lo más esencial de tu vida?, ¿qué estarías haciendo cada día si pudieras dedicarte a otra cosa que no fuera tratar de quitarte

el sufrimiento?. Trata de situarte diez años más adelante y dime, ¿qué tipo de persona te gustaría ver, qué estaría haciendo? Si dentro de 20 años tienes nietos, ¿qué tipo de abuela querrías que vieran?"; (e) tiene por objetivo flexibilizar la reacción al malestar porque la experiencia del paciente le dice que resistir los eventos privados limita la vida y que centrarse en ellos es perder la dirección; (f) implica clarificar valores para actuar en la dirección valiosa, aceptando con plena conciencia los eventos privados que surjan, y practicar la aceptación de los mismos cuando surgen, en el aquí y ahora al actuar en una trayectoria valiosa; (g) llevar a cabo esta práctica cuanto antes y tantas veces como sea posible; e (h) implica aprender a "caer y a levantarse", o sea, a elegir nuevamente actuar hacia valores con los eventos privados que sobrevengan por las posibles recaídas.

Los *métodos clínicos* de ACT proceden, en parte, de otras terapias (véase, Hayes et al., 2004; Páez, Gutiérrez, Valdivia y Luciano, 2006; Pérez Álvarez, 2001) y, en parte, se generan por la investigación y por el ajuste a las necesidades del paciente en cada momento con un fin claro. Esto significa que la clave no está en las técnicas/métodos *per se*, sino en su fin claramente especificado: *generar flexibilidad de actuación donde había rigidez problemática, o sea dejar que surjan los pensamientos, emociones, etc., y tomar la dirección de la aceptación –y no del control– de los mismos en el marco del compromiso personal del paciente con lo que valora*. Los métodos clínicos de ACT se valen de particularidades verbales inherentemente poco literales: las metáforas han de ser analogías del problema –cualesquiera pueden ser ajustadas siempre y cuando sean funcionalmente equivalentes con el patrón de evitación; las paradojas muestran las trampas verbales, y los ejercicios experienciales son la práctica de la exposición a los eventos privados –cuanto más específicos al caso mejor– que se derivan en sesión *in situ* según las preguntas y otras claves contextuales, que servirán para ocasionar las conductas clínicamente relevantes en sesión (al estilo de PAF, Kohlenberg y Tsai, 1991). Así, no se hablará sin más de los problemas sino que se trata de generar las circunstancias pertinentes para que el paciente discrimine qué hace con sus eventos y cómo le ha ido y qué otra opción puede tomar. Por ejemplo, la metáfora del "hombre en el hoyo con una pala" muestra no sólo que el cavar no permite salir del hoyo, sino que paradójicamente mientras más se concentre en cavar para salir del hoyo, más profundo se hará éste. Esto es equivalente al patrón de regulación que el paciente sigue al, por ejemplo, intentar acabar con los sentimientos de culpa, buscando respuestas que supriman tales pensamientos, lo que puede parecer correcto, lógico aunque finalmente la persona tenga la experiencia de que tales sentimientos se han extendido (el hoyo se hace más grande al cavar), y se han reducido las acciones –ya que sólo ha cavado– de las que se podría derivar algún

reforzamiento positivo. Esta multiplicidad de estilos discursivos busca evitar las trampas del lenguaje y favorecer un contexto verbal donde se cuestiona el valor de la racionalidad en ciertas áreas, validando, en su lugar, la “verdad” de la experiencia vivida por el cliente.

Por tanto, no habrá discusión sobre lo mejor o lo peor para el cliente, sobre lo que le conviene hacer o no, ni sobre lo racional, o no, de sus pensamientos y sensaciones, sino que la experiencia del paciente (los réditos obtenidos siguiendo la estrategia de evitación), será la base sobre la cual se introducirán preguntas, metáforas, y ejercicios para la clarificación de valores, y, en ese contexto, se generarán numerosas oportunidades para que el paciente se exponga desde el yo-contexto, esto es, note y sea consciente de las barreras cognitivas que surjan en sesión (pensamientos, recuerdos, malestar, etc.) sin que necesariamente haya de suprimirlas ni seguirlas si no que se transformen en parte de trayectorias valiosas.

Los *componentes* de ACT se han expuesto con variaciones en sucesivas versiones (Hayes et al., 1999; Wilson y Luciano, 2002) que han ido incorporando los avances obtenidos en investigación básica y aplicada resaltando la más reciente como guía práctica en su aplicación a diferentes problemas de Hayes y Strosahl (2004) y específica al dolor (Dahl et al., 2005). En estas últimas aportaciones, el análisis funcional del problema del paciente y los objetivos en ACT para darle solución, delimitan varios aspectos que definen la inflexibilidad psicológica y muestran la guía para la alteración o ruptura de la rigidez conductual con la evitación experiencial como eje esencial. Estos aspectos reflejan, por un lado, el nivel en la clarificación de valores, y el nivel de acciones en esa dirección a la par que el nivel de aceptación de eventos privados molestos implicados en tales acciones, y, por otro, el grado de habilidad para romper la fusión con los eventos privados (lo que requiere diferenciar el yo-contexto de todos los contenidos), centrándose en el aquí/ahora de las actividades relevantes en cada momento. El análisis funcional de cada caso indicará las características del patrón de evitación experiencial, y situará las actuaciones clínicas orientadas a potenciar aquellos aspectos más endebles en aras a facilitar la flexibilidad con los eventos privados mientras uno orienta su vida hacia lo que verdaderamente importa. Las actuaciones irán dirigidas tanto a, (1) la clarificación de valores y el compromiso con la acción en la trayectoria elegida, que conlleva la aceptación *o el estar dispuesto* a experimentar sin resistir los eventos cognitivos que surjan en ese camino y, necesariamente (2) *practicar de-fusión*, o discriminar y tomar conciencia de los pensamientos y sensaciones o recuerdos que sobrevienen, en el aquí y ahora, desde *el yo como contexto* al actuar con responsabilidad en la dirección elegida. Huelga señalar que el terapeuta ACT habrá de ajustar los distintos componentes de la terapia a los

tipos de regulación ineficaz que se observen en el análisis funcional y, necesariamente, habrá de ajustar las metáforas –y el contenido de la exposición– a cada paciente.

Teniendo en mente la dirección primordial al servicio de la cual están todas las actuaciones en ACT, el *modus operandi* no sigue un orden estricto ni un protocolo formalmente cerrado por sesión. El estilo clínico es flexible y cualesquiera actividades están sujetas a atender las conductas en sesión para promover esta flexibilidad en la reacción a los eventos privados aunando (en la línea indicada en Luciano, 1999) ACT y la Psicoterapia Analítica Funcional de Kohlenberg y Tsai (1999). ACT se presenta en diferentes fases con actuaciones dirigidas al *establecimiento y mantenimiento de un contexto para la relación terapéutica*. En este sentido, el terapeuta ACT mostrará al paciente con palabras y actos que lo importante en la sesión será él y su experiencia intentando resolver su vida; procurando minimizar la función del terapeuta como alguien que le recomienda el tipo de vida que ha de llevar, o lo que debe sentir o pensar, o la racionalidad o no de sus pensamientos. El terapeuta tiene que crear las condiciones para que el paciente experimente el resultado de su estrategia, la discrepancia entre lo que hace, lo que quiere conseguir y lo que realmente consigue, inhabilitando –por los resultados que produce– el hecho de ajustarse a las razones y explicaciones que sistemáticamente “justifican” las estrategias ineficaces. Fundamentalmente el terapeuta ACT tratará de resaltar la capacidad del paciente para elegir la trayectoria valiosa y afrontar el malestar; mostrará que la incomodidad psicológica es una señal conectada a sus valores. Para ello presentará –y pedirá al cliente– metáforas o ejemplos que permitan hacerle entender al terapeuta las características de su sufrimiento. Usará ejemplos paradójicos y realizará tantos ejercicios como sea preciso para tratar de normalizar el malestar que surja en sesión, enseñando al paciente la habilidad de aceptar in situ tantos pensamientos, sentimientos y recuerdos difíciles o contradictorios, como puedan surgir en sesión. Huelga señalar, pues, que el terapeuta no hará movimiento alguno para liberar al paciente del contacto con experiencias privadas molestas en tanto que darle la oportunidad de aprender a notarlas, a darse cuenta de ellas desde el contexto del yo que permite apreciarlas para poder elegir la acción más valiosa que en esos momentos, es aprender a apreciarlas. Fomentará, en consecuencia, en tantas oportunidades como ocurran y se provoquen en sesión, la discriminación del contexto del yo y de los contenidos cognitivos que le surjan para generar el espacio psicológico necesario que permita al paciente elegir la acción valiosa aún en presencia de las emociones, pensamientos o recuerdos que previamente controlaban su acción.

Realizado el análisis del problema, desde una fase inicial se procura generar las condiciones para producir la experiencia de la *Desesperanza Creativa* (experiencia que se repetirá en numerosos momentos a lo largo de la terapia). Son actuaciones dirigidas a generar las condiciones para que el paciente experimente lo que quiere, lo que hace para conseguirlo y los resultados obtenidos a la corta y a la larga. Es una experiencia que sitúa al paciente en contacto directo con la paradoja de intentar controlar los eventos privados para eliminarlos o evitarlos, y así poder vivir, y, sin embargo, comprobar que es una estrategia que no ha funcionado y que, aun cuando produce algún rédito inmediato finalmente produce insatisfacción por la repercusión que tiene en la vida personal y en las facetas personales. Desde aquí, se hacen precisas las actuaciones clínicas dirigidas a apreciar que *la estrategia de control de los eventos privados para vivir, es el problema* y no los eventos privados en sí, y que una alternativa es la aceptación de tales eventos. El paciente aprende por metáforas, paradojas y ejercicios experienciales que “si no quieres ciertos pensamientos o sensaciones, los tienes y, además, se extienden a más facetas”; en suma, aprenderá la acción de estar dispuesto totalmente, sin más, a tener contenidos privados difíciles o no queridos.

El trabajo clínico dirigido a *la clarificación de valores* es el contexto básico en ACT (véase revisión en Páez et al., 2006) y, por tanto, está presente desde el inicio de la terapia ya que sin ese contexto de valor no habría sufrimiento, ni problema por resolver, ni sería posible la experiencia de la desesperanza creativa. La clarificación formal de las direcciones de valor supone la introducción de diferentes metáforas y ejercicios (p.e., el funeral, el epitafio o el jardín) que permiten al paciente discernir qué quiere para su vida diferenciando, (a) las trayectorias valiosas, como fondo, (b) los objetivos a corto y largo plazo situados en esas trayectorias, (c) las acciones en dirección a esos objetivos en la trayectoria de valor, e (d) identificando las barreras privadas que se interponen al actuar en dichos recorridos. La clarificación gira en torno a detectar las áreas de la vida que puedan ser importantes para la persona (p.e., la faceta familiar, la laboral, la social, y otras), trabajando con el paciente para que discrimine las trayectorias de valor plenamente elegidas y controladas por reforzamiento positivo y, por tanto, liberándose de aquellas trayectorias y objetivos que le puedan perturbar por estar controladas esencialmente por reforzamiento negativo (por ejemplo, mayoría de acciones diarias en un contexto de miedo a otros o a las cosas en general). Este proceso de esclarecimiento en valores es central y continuo y será, en unos casos, más exhaustivo que en otros.

Paralelamente, la actuación en dirección valiosa –dándose permiso para tener los eventos privados molestos– no es posible sin un *nivel* (necesariamente

práctico) de *distanciamiento* de los eventos privados, lo que significa la práctica de observación de los mismos *in situ* y tal cual se deriven. El paciente, pues, aprenderá a ejercitarse en *desliteralizar* los contenidos privados y aprenderá a *tomar perspectiva de los mismos*, diferenciando, el acto de tener un pensamiento, del pensamiento que se tiene y, principalmente, de la persona (él mismo) que se está dando cuenta de ello y de lo que realmente importa en ese momento. La *desliteralización* tiene como objetivo minimizar el valor de las palabras, reducir la fijación entre palabras y función, situándolas en lo que son y, por tanto, desmantelando su poder funcional. Se trata de alterar los contextos de la literalidad, la evaluación, y el gran poder de las razones que justifican actuar de modo limitante, en tanto el cliente aprenderá a darse cuenta –en el momento que ocurra– de si está fusionado o pillado por un pensamiento, por un recuerdo, o una sensación. Los componentes dirigidos a establecer la diferenciación entre las *dimensiones del yo*, implican experimentar el distanciamiento de los propios eventos privados desde un contexto seguro, único, intransferible y permanente (el yo como contexto de todos los contenidos privados y el proceso de tenerlos). Por ejemplo, en un momento en que el paciente “esté pillado o fusionado a sus pensamientos y sensaciones de rabia”, el terapeuta podría decir, “y en este momento, quién está hablando, ¿tú con lo que te importa, o tú con tu rabia pegada frente a los ojos?”, o en presencia de otra emoción, “¿me estás hablando desde la tristeza (o la emoción o pensamiento que perturbe) o me hablas desde la madre que hay en ti y que valora... (lo que se hubiera analizado previamente como acciones de valor en esa faceta)?”. Esta experiencia de distanciamiento psicológico sólo es viable desde la plena conciencia de lo que surge como ser verbal en cada momento, en el aquí-ahora por lo que, a la par que metáforas, se requiere practicar con múltiples ejercicios para tomar conciencia del proceso o de la experiencia de darse cuenta de que se tiene un pensamiento con la conciencia de que “uno es mucho más que eso, que uno es suficientemente grande para tener todos los contenidos cognitivos”. Las metáforas y los ejercicios de de-fusión (desliteralizar el lenguaje y tomar perspectiva de los propios eventos privados) implican transformación de las funciones de los eventos privados a través de diferentes marcos, esencialmente, los deícticos. Situar los eventos privados en tales marcos permite observar cualquier contenido privado desde el yo-contexto, estar presente con cualquier contenido, detectar “estar pillado por los pensamientos o sensaciones” y practicar la contemplación de esos eventos privados, volviendo a lo que demandan las direcciones de valor en cada momento, y hacerlo tantas veces como uno discrimine que “se está yendo” con los pensamientos y sensaciones, en vez de estar en lo relevante y simplemente notando al ciento por ciento esas reacciones.

En suma, trabajar con ACT es usar todos los componentes en mayor o menor grado, habiéndose observado que, aunque en algunos casos sólo es preciso un mínimo de clarificación de las direcciones de valor y una dosis muy reducida de práctica en la aceptación con ejercicios de de-fusión (desliteralizar y distanciarse de los eventos privados molestos), para producir movimientos relevantes en forma de acciones valiosas, en la mayoría de los casos, la actuación clínica requiere práctica sistemática en todos los frentes. Es un error tanto la clarificación sin alguna práctica en de-fusión, como hacer de-fusión sin haber clarificado *algo* las direcciones de valor en cuyo contexto tiene sentido aceptar o darse permiso para tener eventos privados molestos mientras se actúa en una trayectoria valiosa. Cabe resaltar, una vez más, la importancia de practicar a través de una multiplicidad de ocasiones una y otra vez, la aceptación o el estar abierto a tener los eventos privados al exponerse abiertamente a ellos desde la perspectiva del yo-contexto, mientras se actúa en la dirección valiosa (Hayes et al., 2004, Luciano, 2001; Wilson y Luciano, 2002).

Como punto final reiteramos, como ya hiciéramos en Luciano y Valdivia (2006), que el balance del trabajo realizado en torno a ACT, tanto sobre la evidencia clínica como en ensayos controlados e investigación básica, es alentador y optimista aunque ha de ser tomado con la cautela y parsimonia que caracteriza los análisis científicos que para este caso significa la conexión entre la psicopatología y los métodos clínicos y una teoría del lenguaje y la cognición. Esta conexión puede servir como el eslabón perdido entre los estudios de laboratorio del análisis experimental de la conducta, en los años 60 a 80, y el *análisis funcional de la cognición*, con sus implicaciones clínicas, sociales y educativas. Como se ha afirmado en otros momentos (Dougher y Hayes, 2000; Luciano y Hayes, 2001), esta aproximación fundamentada en los estudios experimentales en aprendizaje relacional, representa un análisis conductista radical de los eventos privados; siendo la validez de sus asertos equivalente al grado en que está permitiendo –y permita aún más en el futuro– abordar la prevención y alteración de los problemas humanos. En suma, asomándonos a la evidencia experimental que hará transparente la comprensión de la condición humana.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baer, R.A. (2005). *Kentucky inventory of mindfulness skills (KIMS)*. [Disponible en: Department of Psychology (R. A. Baer), University of Kentucky, EE.UU.]
- Barnes-Holmes, Y., Barnes-Holmes, D., McHugh, L. y Hayes, S.C. (2004). Relational frame theory: Some implications for understanding and treating human

- psychopathology. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4, 355-375.
- Barnes-Holmes, D., Barnes-Holmes, Y., Power, P., Hayden, E., Milne, R. y Stewart, I. (2006). Do you really know what you believe? Developing the implicit relational assessment procedure (IRAP) as a direct measure of implicit belief. *Irish Psychologist*, 32, 169-177.
- Barnes-Holmes, D., Cochrane, A., Barnes-Holmes, Y., Stewart, I. y McHugh, L. (2004). Psychological acceptance: Experimental analysis and theoretical interpretations. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4, 517-531.
- Blackledge, J.T. y Ciarrochi, J. (2006). *Personal values questionnaire*. [Disponible en: Department of Psychology (J. T. Blackledge), University of Wollongong, New South Wales, Australia]
- Dahl, J.A., Wilson, K.G., Luciano, M.C. y Hayes S.C. (2005). *Acceptance and commitment therapy for chronic pain*. Reno, NV: Context Press.
- Dougher, M.J. y Hayes, S.C. (2000). Clinical behaviour analysis. En M.J. Dougher (Ed.), *Clinical behavior analysis* (pp.11-26). Reno, NV: Context Press.
- Geraerts, E., Merckelbach, H., Jelicic, M. y Smeets, E. (2006). Long term consequences of supression of intrusive anxious thoughts and repressive coping. *Behavior Research and Therapy*, 44, 10, 1375-1522.
- Gutiérrez, O., Luciano, M.C., Rodríguez, M. y Fink, B. (2004). Comparison between an acceptance-based and a cognitive-control-based protocol for coping with pain. *Behavior Therapy*, 35, 767-783.
- Hayes, S. C. (1987). A contextual approach to therapeutic change. En N. S. Jacobson (Ed.), *Psychotherapists in clinical practice. Cognitive and behavioural perspectives* (pp. 327-387). Nueva York: The Guilford Press.
- Hayes, S.C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Hayes, S.C., Barnes-Holmes, D. y Roche, B. (2001). *Relational frame theory: A post-skinnerian account of human language and cognition*. Nueva York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Hayes, S.C. y Brownstein, A.J. (1986). Mentalism, behavior-behavior relations and a behavior analytic view of the purposes of science. *The Behavior Analyst*, 9, 175-190

- Hayes, S.C., Gifford, E.V., y Hayes, G.J. (1998). Moral behavior and the development of verbal regulation. *The Behavior Analyst*, 21, 253-279.
- Hayes, S.C., Masuda, A., Bissett, R., Luoma, J. y Guerrero, L.F. (2004). BDT, FAP, and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies? *Behavior Therapy*, 35, 35-54.
- Hayes, S. C., McCurry, S. M., Afari, N. y Wilson, K. (1991). *Acceptance and Commitment Therapy (ACT). A therapy manual for the treatment of Emotional Avoidance*. Reno, NV: Context Press.
- Hayes, S.C. y Strosahl, K.D. (2004). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. Nueva York: Springer-Verlag.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D. y Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and commitment therapy*. Nueva York: The Guilford Press.
- Hayes, S.C. y Wilson, K.G. (1995). The role of cognition in complex human behavior: A contextualistic perspective. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 26, 241-248.
- Hayes, S.C., Wilson, K.G., Gifford, E.V., Follette, V.M. y Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavior disorder: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.
- Kashdan, T.B., Barrios, V., Forsyth, J.P. y Steger, F. (2006). Experiential Avoidance as a generalized psychological vulnerability: Comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behavior Research and Therapy*, 44, 9, 1219-1374.
- Kohlenberg, R.J. y Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy*. Nueva York: Plenum Press.
- Luciano, M.C. (1999). La psicoterapia analítico funcional (FAP) y la terapia de aceptación y compromiso (ACT). *Análisis y Modificación de Conducta*, 25, 497-584.
- Luciano, M. C. (2001). Sobre el trastorno de evitación experiencial (TEE) y la terapia de aceptación y compromiso (ACT). En C. Luciano (Ed.), *Terapia de aceptación y compromiso (ACT). Libro de casos* (pp. 3-18). Valencia: Promolibro.
- Luciano, M.C. y Hayes, S. C. (2001). Trastorno de evitación experiencial. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 1, 109-157.

- Luciano, M.C., Rodríguez, M., y Gutiérrez, O. (2004). A proposal for synthesizing verbal contexts in experiential avoidance disorder and acceptance and commitment therapy. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4, 377-394.
- Luciano, M.C. y Törneke, N. (2006). *Experimental basis of ACT clinical methods from and RFT perspective*. Workshop II International Institute of RFT-ACT. Londres.
- Luciano, C. y Valdivia, M.S. (2006). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 27, 2, 11-23.
- O'Hora, D. y Barnes-Holmes, D. (2004). Instructional control: Developing a relational frame analysis. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4, 2, 263-284.
- Páez, M., Gutiérrez, O., Valdivia, S. y Luciano, M. C. (2006). La importancia de los valores en el contexto de la terapia psicológica. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6, 1-20.
- Pérez Álvarez, M. (2001). Afinidades de las nuevas terapias. *International Journal of Health and Clinical Psychology*, 1, 15-23.
- Pérez Álvarez, M. (2003). *Las Cuatro Causas de los Trastornos Psicológicos*. Editorial Universitas, S.A. Madrid.
- Szazs, T. (1960). The myth of mental illness. *American Psychologist*, 15, 113-118.
- Wegner, D.M. y Zanakos, S.I. (1994). Chronic thought suppression. *Journal of Personality*, 62, 615-640.
- Wilson, K.G. y Groom, J. (2002). *The valued living questionnaire*. [Disponible en: Department of Psychology (K. G. Wilson), University of Mississippi, Mississippi, EE.UU.]
- Wilson, K. G., Hayes, S. C., Gregg, J. y Zettle, R. (2001). Psychopathology and Psychotherapy. En S.C. Hayes, D., Barnes-Holmes, y B. Roche (Eds.), *Relational frame theory* (pp. 211-238). Nueva York: Kluwer Academia.
- Wilson, K.G. y Luciano, M. C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso. Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.