

LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT). FUNDAMENTOS, APLICACIÓN EN EL CONTEXTO CLÍNICO Y ÁREAS DE DESARROLLO

JORGE BARRACA MAIRAL¹

RESUMEN: En este artículo se presenta de forma sintética el tipo de intervención que propone la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). A partir de sus fundamentos epistemológicos y de las investigaciones empíricas a las que se ha sometido, se concreta su práctica clínica y sus áreas de trabajo más comunes; también se ofrecen distintas consideraciones sobre su alcance o utilidad y las dificultades habituales que surgen durante su ejercicio.

PALABRAS CLAVE: Terapia de Aceptación y Compromiso, Teoría del Marco Relacional, Psicología-Clínica, Psicoterapia.

ABSTRACT: Acceptance and Commitment Therapy (ACT). Foundations, practice in the clinical context and development areas. In this paper we put forward in summary form the kind of intervention proposed by the Acceptance and Commitment Therapy (ACT). Since its epistemological foundations and the empirical research to which it has submitted, we specify its clinical practice and its most common areas of intervention. We also offer different considerations about its scope or usefulness and the difficulties that commonly arise during its practice.

KEY WORDS: Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, Clinical-Psychology, Psychotherapy.

Aunque definida como terapia de conducta, ACT difiere significativamente del tratamiento cognitivo-conductual convencional, pues si en éste el foco se dirige hacia la eliminación de las conductas-problema que favorecen la aparición o el mantenimiento de los síntomas, ACT postula en cambio la necesidad de abandonar los esfuerzos para desembarazarse de las sensaciones, los pensamientos o los sentimientos aversivos, y aceptarlos tal y como son. Esta invitación a modificar la forma más habitual de actuar se justifica por la practicidad de renunciar a una lucha estéril contra el malestar cuando esta actitud de lucha paraliza la vida del paciente y le impide dirigirse hacia unos objetivos personalmente valorados.

¹ Profesor Universidad Camilo José Cela. E-mail: jbarraca@ucjc.edu

Por esta misma razón, se comprende que ACT integre muchos de los problemas tradicionalmente clasificados en diferentes trastornos psicopatológicos (ansiedad generalizada, trastorno de angustia, trastorno depresivo, trastorno obsesivo-compulsivo, etc.) en un cuadro denominado *trastorno de evitación experiencial*, puesto que la mayoría de los síntomas que se dan en esas patologías pueden entenderse, desde un punto de vista funcional, como una complicación derivada del deseo consciente de no entrar en contacto con unas experiencias privadas dolorosas.

También es importante aclarar que, aunque aquí se presentará exclusivamente la aplicación de ACT en el contexto clínico, en realidad su planteamiento alberga toda una filosofía vital ante los problemas en franco contraste con el modo de concebir la existencia en la actualidad, ya que, en vez de alentar la eliminación de cualquier malestar o incomodidad —que se estiman algo consustancial a la naturaleza humana—, hace hincapié en la utilidad de aprovechar la información de los acontecimientos vitales desagradables y de los momentos emocionalmente difíciles.

RAÍCES Y FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO

La Terapia de Aceptación y Compromiso —que se suele denominar de forma abreviada con el acrónimo ACT, proveniente del original inglés: *Acceptance and Commitment Therapy*²—, aunque se ha popularizado en los últimos años, lleva a sus espaldas más de cinco lustros de investigación y desarrollo, pues, en germen, se encuentra ya en un artículo que su principal autor publicó a mediados de la década de los ochenta (Hayes, 1984). Sin embargo, para dar con sus verdaderos orígenes aún habría que remontarse bastantes años atrás: hasta los mismos desarrollos teóricos del análisis experimental skinneriano (1953, 1969)³ y las investigaciones de Sidman sobre las relaciones de equivalencia (Sidman 1971; Sidman y Tailby 1982).

² Mantener el acrónimo en inglés —ACT— permite transmitir una idea fundamental de este enfoque terapéutico: la idea de la actuación; o sea, la necesidad de abandonar una actitud pasiva frente a los problemas y de ponerse en marcha (actuar) con independencia del malestar. Todos estos sentidos se pierden si se utilizan las siglas de la traducción española: TAC. Más adelante, se verá por qué esas mismas letras pueden servir de guía al paciente que se ve incapaz de elegir y tomar una dirección vital adecuada.

³ Por estos orígenes, en rigor, ACT es un modelo cimentado sobre el conductismo radical, recuperando el sentido etimológico de «radical», esto es, «raíz» (*radix*) y, en consecuencia, sin la connotación negativa que habitualmente se le otorga.

Para completar la pintura resulta imprescindible hacer mención también a los trabajos que se han llevado a cabo para profundizar en el análisis de la actividad simbólica humana y su posible incorporación productiva al contexto terapéutico. En esta dirección, ACT ha sido acompañada por otro modelo de intervención —sustentado particularmente por los trabajos de Skinner (1957) sobre el lenguaje natural— que se denomina Psicoterapia Analítica Funcional (PAF) (Kohlenberg y Tsai, 1991). Debido al énfasis en los procesos verbales y en la conducta dirigida por reglas en el marco de tratamiento clínico, se ha popularizado la denominación de «terapias verbales» tanto para el caso de ACT como de PAF (Rey, 2004).

No obstante, si se pretende enlazar con la precisión debida el nacimiento de ACT más que profundizar en sus antecedentes, resulta fundamental comprender la Teoría del Marco Relacional y el Enfoque Contextualista-Funcional, pues ambos configuran su auténtica urdimbre.

De forma muy esencial, la Teoría del Marco Relacional (Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001) plantea que los seres humanos, al gozar de capacidad simbólica y justamente por medio de ella, pueden establecer marcos de equivalencia entre distintos estímulos y/o entre distintos eventos externos o internos (pensamientos, imágenes, sensaciones, sentimientos, etc.). En otras palabras, lo que se señala es que una persona puede reaccionar «igual que» si estuviera ante el estímulo X (y también «más que» o «menos que» o «en sentido opuesto a», etc.) una vez que se ha producido un aprendizaje operante generalizado que vincula dos o más estímulos de forma arbitraria. Existen distintas formas en que se puede establecer un marco de relación (Hayes, Gifford y Hayes, 1998). Así, puede haber: 1.– Implicación mutua entre dos estímulos relacionados (si A entonces B, y si B entonces A); 2.– Implicación combinatoria (si A está relacionado con B y B relacionado con C, entonces A está relacionado con C), y 3.– Transferencia o transformación de funciones (si A da miedo y luego se informa de que B es más intenso que A, entonces B dará más miedo que A). Esta serie de marcos de relación permite entender por qué los seres humanos con lenguaje exhiben respuestas iguales (o más o menos temerosas) ante estímulos distintos a los que se expusieron; y representa una explicación convincente para muchas reacciones emocionales y afectivas disfuncionales que son controladas por estímulos aparentemente no relacionados (hasta que se descubre su asociación arbitraria) con los estímulos originales (Rey, 2004). Comprender las implicaciones de la Teoría del Marco Relacional es importante porque desde su seno se justifica el empleo de varias de las técnicas fundamentales de ACT dirigidas hacia la *desliteralización*; esto es, a deshacer la «fusión cognitiva» entre la palabra en sí y su referente. La desliteralización permite a su vez debilitar el comportamiento gobernado por reglas (en contraposición al gobernado por las contingencias), otro requisito para avanzar en el camino de la aceptación.

ACT también se organiza como una concreción en el contexto clínico del Enfoque Contextualista-Funcional de los problemas psicológicos (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999). Esto significa que, desde su planteamiento, para comprender cualquier evento es imprescindible situarlo en su propio contexto y tener en cuenta su historicidad (por tanto, la Psicología no sería una ciencia estrictamente mecanicista, pues su naturaleza es cultural e histórica). Derivado de este principio se estipula que, para una evaluación cabal de las conductas humanas, es imprescindible: 1.- dirigir el foco de atención hacia todo el evento en su conjunto (claves contextuales), no sólo hacia los estímulos o las respuestas de forma discreta; 2.- ser sensibles al papel del contexto para comprender la naturaleza y la función del evento; 3.- adoptar un punto de vista pragmático: lo que se hace tiene que ser eficaz (es decir, el análisis de la conducta no es más verdadero o menos verdadero, sino más útil—si ayuda al sujeto a la larga— o menos útil—si no le ayuda—), y 4.- explicitar unas metas de forma muy precisa (si se adopta un «criterio de verdad pragmático», se vuelve imprescindible la clarificación previa de las metas). Muchas veces el terapeuta de ACT se verá obligado a poner en cuestión las «verdades» del paciente sobre su malestar y su curación; «verdades» que, en general, son las defendidas desde el marco social. Adoptar el Enfoque Contextualista-Funcional permite evitar entrar en disquisiciones sobre la veracidad o no de determinadas explicaciones y trabajar desde un planteamiento pragmático: hacer/enseñar algo que ayude al paciente con independencia de su supuesta verdad en un contexto social.

EL PLANTEAMIENTO BÁSICO Y LAS EVIDENCIAS EMPÍRICAS

De forma muy elemental podría afirmarse que la Terapia de Aceptación y Compromiso considera que el sufrimiento psicológico es debido, en gran parte, a la intromisión del lenguaje simbólico en áreas de la vida donde no es funcionalmente útil (Hayes, *et al.*, 1999). Esto es así porque se intenta usar la actividad simbólica como un medio para evitar eventos privados o para manipularlos; sin embargo, el control consciente sólo es posible en el ámbito de la conducta abierta y propositiva, y los pensamientos, los recuerdos, las sensaciones o los sentimientos escapan a los intentos de limitarlos, reprimirlos o eliminarlos. En consecuencia, el lenguaje se convierte en un problema para la vida cuando se usa como *una forma de evitación experiencial*. De acuerdo con Hayes, Wilson, Gifford, Follette y Strosahl. (1996, p. 1154) «La evitación experiencial es el fenómeno que ocurre cuando una persona no desea permanecer en contacto con una experiencia privada concreta (*v. gr.* sensaciones corporales, emociones, pensamientos, recuerdos, predisposi-

ciones comportamentales) y toma medidas para alterar la forma o la frecuencia de estas experiencias o el contexto que las elicit». La posición contrapuesta a la evitación experiencial y, por tanto, la actitud «sana» se denomina la *aceptación psicológica*: «El proceso en el cual los clientes se arman de valor para estar dispuestos a experimentar un amplio rango de eventos privados (*v. gr.* emociones, pensamientos, recuerdos...), particularmente aquellos valorados negativamente, sin adoptar la actitud de cambiarlos, 'obedecerlos', o escapar de ellos o evitarlos». (Hayes, Bissett, Strosahl, Wilson, Pistorello, Dykstra, *et al.*, 2000, p. 3). También hay que aclarar que la actitud de evitación experiencial tiene mucho que ver con el exceso de literalidad que se otorga al lenguaje simbólico. A su vez, es fundamental transmitir la idea de que la aceptación se contempla como un proceso activo, algo que impele a la acción (de hecho, es lo que lleva a la persona a ponerse en marcha en dirección a sus valores), mientras que la resignación presupone una actitud pasiva (se invita a resignarse cuando no se puede hacer ya nada por cambiar una situación).

Aunque es cierto que la aceptación psicológica está implícita en muchos sistemas terapéuticos (p. ej., la Terapia Centrada en la Persona, la Psicoterapia Gestáltica, la Psicología Existencial, La Terapia Conductual Dialéctica o los últimos desarrollos de la Terapia Racional-Emotivo-Conductual), e incluso en muchas de las tradiciones religiosas, sólo ACT la ha convertido en el núcleo del cambio terapéutico y la clave para transformar la vida de las personas. Como demostración de lo dicho, se puede comprobar que ACT ha desarrollado un marco teórico comprensivo, fundamentado en la investigación básica y en principios contrastados de aprendizaje, que justifica la necesidad de adoptar la actitud de aceptación; además, es el único modelo donde se han elaborado instrumentos de medida específicos para recabarla de la forma más objetiva posible y se han llevado a cabo investigaciones para corroborar su menor presencia en distintas muestras clínicas (Barraca, 2004; Hayes, *et al.*, 2000).

Pero, aparte de la evaluación por medio de instrumentos psicométricos, ACT ha buscado su contrastación empírica a través de una serie de estudios experimentales en los que se han comparado sus resultados con los de distintas intervenciones terapéuticas alternativas. Esta postura es esperable si se recuerda que ACT se inscribe en los modelos conductuales, de arraigada tradición empirista y, por tanto, con un compromiso firme con la contrastación experimental de sus técnicas; y, por otra parte, cuando se tiene presente su deseo de adscribirse a los protocolos de terapias eficaces. Sin embargo, hay que reconocer que, por su mismo planteamiento en el que el debilitamiento de la ansiedad o la eliminación de la pena no son en sí su foco de interés, a veces sus resultados son paradójicos frente a los de otros modelos. No obstante, como uno de sus criterios para considerar que la terapia ha sido

efectiva estriba en la recuperación de las actividades habituales y valoradas por la persona, y otro la ausencia de reingresos hospitalarios y la disminución en la toma de psicofármacos, dispone también elementos para poder compararla de forma más o menos tradicional con otras terapias.

A fin de abrigarse bajo la conveniente protección empírica, en el seno de ACT se han desarrollado estudios de comparación con otras terapias, estudios básicos controlados sobre los efectos de las estrategias de aceptación frente a otras estrategias, y estudios de caso de aplicaciones de ACT a muy distintos tipos de trastornos (Wilson y Luciano, 2002). De entre los primeros, ACT se ha comparado frecuentemente con intervenciones cognitivo-conductuales en el tratamiento de los trastornos afectivos (Zettle y Hayes, 1986), de la sintomatología depresiva (Zettle y Raines, 1989), del estrés laboral (Bond y Bunce, 2000), de síntomas psicóticos (Bach y Hayes, 2002), del dolor (Geiser, 1992) y del alcoholismo (Wilson, Hayes y Byrd, 2000), para encontrar en casi todos los casos resultados más favorables para los pacientes tratados con ACT. De entre los segundos —las investigaciones que comparan la eficacia de las estrategias de aceptación frente a las estrategias de control y de focalización—, los principales autores del modelo exponen en su manual un conjunto considerable de trabajos (Hayes, *et al.*, 1999) que corroboran la mayor efectividad a la larga de la postura de aceptación. Algunos otros trabajos más actuales también apuntan en esa dirección (cf. Eifert y Heffner, 2003; Hayes, Follette y Linehan, 2004; Wilson y Luciano, 2002). Por último, es ya inabarcable la literatura de caso único que evidencia la utilidad de ACT. Para una comprobación de esta afirmación se puede consultar de nuevo el trabajo de Wilson y Luciano (2002), que ha servido aquí de guía básica, el libro de casos de Luciano (2001) o, a si se pretende una actualización de mes en mes, la página web oficial donde se recogen la mayoría de las publicaciones sobre la Terapia de Aceptación y Compromiso: http://www.contextualpsychology.org/all_publications

LA ACTITUD TERAPÉUTICA Y LAS HERRAMIENTAS FUNDAMENTALES PARA LA INTERVENCIÓN

Hasta ahora se ha tratado de forma general la teoría que da coherencia al tratamiento y se han mencionado los estudios empíricos que lo sustentan; no obstante, con lo expuesto sin duda resulta aún difícil imaginarse la plasmación de todo este cuerpo de conocimiento en la actividad clínica concreta. A partir de ahora, este artículo se detendrá de forma exclusiva sobre el quehacer terapéutico y los elementos de que se sirve para conseguir los resultados deseados.

Hayes, *et al.* (1999) utilizan el acrónimo ACT para resumir cuales son los objetivos últimos de la terapia que, en el original inglés, se describen así: A de *Accept* (Aceptar), C de *Choose* (Elegir) y T de *Take Action* (Actuar). Por tanto, la terapia se orienta a promover la «flexibilidad» del cliente para aceptar (dar cabida o admitir) los eventos privados incómodos, para elegir una dirección valorada y para pasar a la acción no obstante las dudas y las dificultades. Las barreras que se levantan para impedir adoptar este compromiso y dirigirse hacia una vida realmente valorada —es decir, los elementos que producen «rigidez» (Hayes y Strosahl, 2004)— son la evitación experiencial y la fusión cognitiva, tal y como ya se ha mencionado.

Hayes (2000) de forma muy directa expone en los siguientes nueve puntos cuál es la actitud que debe adoptar el terapeuta si pretende conseguir estos objetivos:

1. Lo que el cliente experimenta no es el enemigo a batir. Lo perjudicial, o incluso lo traumático, es luchar por no experimentar lo que se experimenta.
2. No puedes ser tú el que rescate a los clientes de sus dificultades y del reto que supone crecer.
3. Sin perder la actitud compasiva, no aceptes razones: la cuestión no es lo razonable que pueda ser algo, sino su utilidad.
4. Si el cliente se siente atrapado, frustrado, confuso, asustado, enfadado o ansioso ánimoate: eso es justamente lo que necesita trabajarse y está aquí ahora. Convierte la barrera en una oportunidad.
5. Si tú mismo te sientes atrapado, frustrado, confuso, asustado, enfadado o ansioso ánimoate: ahora estás en la misma barca que el cliente y tu trabajo se humanizará por ello.
6. Es más importante hacer lo que dices que decir lo que hay que hacer.
7. No discutas. Lo importante es la vida del cliente, no tus opiniones.
8. Tú estás también en el mismo barco. No te protejas poniéndote por encima.
9. Lo importante es siempre la función (que cumple la conducta), no su forma o su frecuencia. Cuando tengas dudas pregúntate a ti mismo o pregunta al cliente «al servicio de qué está esta conducta».

Para lograr cambiar la actitud de evitación experiencial y deshacer la fusión cognitiva, ACT recurre a herramientas no convencionales en la terapia cognitivo-conductual. Los tres métodos fundamentales que se emplean son las metáforas, las paradojas y los ejercicios experienciales (Hayes, *et al.*, 1999). Sólo gracias a ellos es posible romper el exceso de literalidad del lenguaje y abrirse hacia las sensaciones de forma plena.

El *lenguaje metafórico* resulta particularmente útil en ACT por varias razones: primero, porque no es específico ni prescribe nada concreto, por

tanto no deja clara «la regla a cumplir» (p. ej., qué pasos tengo que dar para liberarme de mi ansiedad); segundo, las metáforas son más como pinturas y no tanto discursos verbales lógicos y lineales, antes que nada ofrecen una imagen sobre cómo funcionan (o pueden funcionar) las cosas en un contexto determinado, y tercero, las metáforas se recuerdan fácilmente y pueden emplearse en muchos contextos (y no sólo en el que se aprendieron).

Las *paradojas terapéuticas* son también empleadas con frecuencia. Si se tiene en cuenta que, precisamente, ACT trata de poner en cuestión la «lógica» de determinadas posturas, se entenderá por qué son un elemento fundamental en esta intervención. Las paradojas permiten ver los problemas inherentes al mismo lenguaje y son, por tanto, adecuadas para deshacer la literalidad. Las paradojas más importantes en ACT son las llamadas «paradojas inherentes», aquellas en que se da una contradicción entre la literalidad de lo que se afirma y las propiedades funcionales de un evento verbal. Por ejemplo, si se le dice al paciente que «se esfuerce por mostrar espontaneidad» se le coloca en una situación imposible pues ya no puede «actuar correctamente». Así, le será más fácil entender (de forma vivencial), la imposibilidad de seguir ciertas reglas «adecuadas para solventar al fin la situación», p. ej., creer que puede seguir unos pasos concretos para dormirse siempre que tenga dificultades para conciliar el sueño.

Por último, los *ejercicios experienciales* son un medio para conseguir que los clientes entren en contacto con los pensamientos, sentimientos, recuerdos o sensaciones físicas problemáticos (y evitados). Con la seguridad que otorga el contexto terapéutico se hace más fácil exponerse y experimentar estos eventos, y, en consecuencia, debilitar su potencial carga de amenaza. Además, los ejercicios acaban siendo bastante más elocuentes para el paciente que las discusiones analíticas y lineales.

FASES DE LA TERAPIA

De acuerdo con el principal manual de tratamiento de ACT (Hayes, *et al.*, 1999) puede afirmarse que esta terapia posee varias etapas, ni excluyentes entre sí ni obligatorias, y que tampoco deben seguirse necesariamente en la secuencia en que se van a presentar. Previamente a ellas, durante la fase de evaluación, el terapeuta debe tratar de aclarar —en coherencia con el modelo— qué está tratando de evitar el cliente, con qué evento verbal está fusionado, qué es lo que realmente quiere conseguir (hacia donde valoraría dirigirse) y cuáles son las barreras para el cambio (qué le impide ir en esa dirección valorada).

A continuación, por medio de una serie de cuadros se desglosa todo el proceso terapéutico. Por la limitada extensión de este artículo, necesariamente se renuncia a una explicación en profundidad de cada fase, y sólo se describe básicamente en qué consiste cada una. También se mencionan las metas de cada fase y las intervenciones vinculadas a cada una de esas metas —que pueden ser tanto explicaciones como metáforas, ejercicios experienciales o paradojas—; sin embargo, no se desglosan ni exponen los ejemplos clínicos que abundan en los manuales.

CUADRO 1
LA FASE I: DESESPERANZA CREATIVA

<i>Fase I. Generar la «desesperanza creativa»</i>	
En esta fase se enfrenta la agenda «normal» de cambio; es decir, se cuestiona la lógica social que impone el desembarazarse de los síntomas como única vía posible para «curarse». Con objeto de que el paciente abandone esta lucha se procura el que, por su propia experiencia, se dé cuenta de la futilidad de tal postura. Si siente al fin que por ese camino no va a llegar a ningún sitio se generará la «desesperanza creativa», una experiencia que le abrirá a posibilidades alternativas de actuación.	
METAS	INTERVENCIONES
1. Informar y lograr consentimiento y compromiso para la terapia.	<ul style="list-style-type: none"> – Informar de tratamientos alternativos. – Informar de los riesgos y beneficios. – Proponer un intervalo de tiempo específico para revisar. – Orientar respecto a los roles de terapeuta y cliente.
2. Legitimación de la terapia.	<ul style="list-style-type: none"> – Ver si los problemas que tiene son por causa «legítima» (p. ej. divorcio, cambio de casa, muerte, pérdida de trabajo...) o por el <i>control</i> sobre sentimientos, emociones, pensamientos... ¿Qué dicen los síntomas?
3. Agenda de cambio del cliente y cómo no le ha funcionado. [Agenda normal: <i>si bajo ansiedad, entonces viviré bien</i>].	<ul style="list-style-type: none"> – ¿<i>Qué quieres conseguir?</i> [Recoger los dos tipos de metas: finales (p. ej., ir a trabajar) y de proceso (p. ej., tener menos ansiedad). Sólo las primeras son posibles a la larga]. – ¿<i>Cómo lo has intentado alcanzar?</i> [Detenerse sobre cada uno de los métodos usados y hacer ver que son «razonables»]. – ¿<i>Cómo te han ido esos intentos?</i> [Lo que la experiencia dice y lo que la mente dice]. – Ver que nada ha funcionado a largo plazo (al revés que en otras áreas de la vida). Aquí cuanto más se esfuerza peor se ha vuelto el problema. Ver que los ejemplos están bajo un planteamiento: control de experiencias privadas=vida exitosa. – Quizás el intento de solución <i>es parte</i> del problema.

CUADRO 1 (Cont.)

4. Minar la vinculación del cliente a la agenda de cambio «normal».	<ul style="list-style-type: none"> - Establecer como norma la <i>practicidad</i>. - El lenguaje se usará sólo si es práctico (por eso se emplean metáforas, paradojas...). - Más que en lo lógico vamos a centrarnos en <i>lo que la experiencia te diga que funciona</i>, por extraño que sea, y no lo que razonablemente parezca más adecuado para resolver el problema.
5. Evocar la desesperanza creativa.	<ul style="list-style-type: none"> - «Estás atascado. Esto no se resuelve y, en el fondo, sabes que no hay salida. Lo has probado todo. Y no es que no te hayas esforzado suficientemente». - Metáfora del hombre en el agujero. - Metáfora del micrófono que se acopla. - Metáforas de habilidades aprendidas (tenis, bailar, nadar...). - Metáfora del juego de la cuerda contra el dinosaurio.
6. Minar el inútil «entenderlo».	<ul style="list-style-type: none"> - No entender la nueva postura: entender, creer, estar en lo cierto..., nos alejan del aquí y ahora. No centrarse en el lenguaje. Usar paradojas y confusiones para deslitteralizar y desestabilizar el «entenderlo».
7. Deshacer la vinculación a la agenda de cambio.	<ul style="list-style-type: none"> - Distinguir la desesperanza actual de la posibilidad de trabajar y cambiar. No es que no haya esperanza, es que <i>no hay salida «así»</i>, «en esa posición o postura». Siempre es posible responder (=persiste la responsabilidad). Lo primero es <i>abandonar la lucha</i>. Fiarse de la experiencia.
<p>La FASE TERMINA cuando el paciente reconoce y <i>se da cuenta</i> de que muchas veces está «volviendo a hacerlo», «que retoma la postura anterior»; o cuando ya afirma: «estoy confundido. No sé qué hacer a continuación» y parece abierto a otras alternativas.</p>	

CUADRO 2

LA FASE II: EL CONTROL COMO PROBLEMA, NO COMO SOLUCIÓN

<i>Fase II. El control no es la solución, es el problema</i>	
<p>Se trata de hacer más consciente al paciente de que sus esfuerzos de control se dirigen a evitar o a intentar cambiar eventos privados. Sin embargo, esto es inútil y puede llegar convertirse en el problema mismo.</p>	
METAS	INTERVENCIONES
<p>1. El control es el problema y conduce a resultados inconvenientes a través de la evitación emocional y el escape.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Las «<i>reglas del mundo interno</i>» (no son como las externas: si no quieres determinados contenidos los tienes y viceversa). - La solución no es el control deliberado, <i>el problema es el control deliberado</i>. - <i>Metáfora del polígrafo</i> (para ansiedad y depresión). - Ejercicio del <i>elefante rosa</i> (obsesivos). «No salives si te pido que te imagines bebiendo un zumo...».

CUADRO 2 (Cont.)

<p>2. La cultura actual promueve el control emocional, que sirve a corto plazo (por eso son muy aprendidos), pero a largo plazo falla (da igual que sea valium, relajación, parada de pensamiento...).</p>	<p>– «Deja de llorar o te haré llorar de verdad» (=controla tus estados emocionales para que yo controle los míos). «No tengas miedo», «sé positivo...», «los mayores no tienen miedo, no tienen inquietud..., no lloran...» (lo creíamos de pequeños).</p>
<p>3. El control lleva a un aprendizaje arbitrario, independiente de la experiencia. Distinguir entre seguir las reglas y la practicidad.</p>	<p>– «Condicionamiento»: no controlable (depende del entorno). – Ejercicio, ¿cuáles son los números?</p>
<p>4. Consentir es una alternativa a controlar. No consentir tiene un coste: el problema cada vez se vuelve peor. Abrirse, pero no verbalmente, sino físicamente (sentirlo).</p>	<p>– <i>Metáfora de las dos escalas.</i> – Ejemplos del sueño y el orgasmo. – <i>Metáforas para ansiedad:</i> las olas, la corriente del río. – <i>Metáforas para obsesiones y experiencias traumáticas:</i> la caja llena de cosas. – La <i>incomodidad «limpia»</i> (vida normal: ansiedad, depresión... legítima) y <i>«sucia»</i> (la que se debe al control).</p>
<p>La FASE TERMINA cuando: 1.– hay una ocurrencia espontánea de consentimiento en situaciones que antes elicitan control. El cliente afirma que, ahora, «lo hace distinto», «que su reacción es distinta», y 2.– el cliente espontáneamente cuenta uno o dos ejemplos de «sentir los sentimientos de forma distinta», «que está experimentando los sentimientos con menos convicción».</p>	

CUADRO 3

LA FASE III: CONSEGUIR LA ACEPTACIÓN POR MEDIO DE LA DESLITERALIZACIÓN

<p><i>Fase III. Conseguir la Aceptación por medio de la Desliteralización</i> En esta fase se procura ayudar al paciente a aceptar las experiencias gracias a alterar el contexto de los procesos de pensamiento. En concreto, se trata de evitar el estar fusionado con lo que se piensa; es decir, de deshacer el exceso de literalización (la palabra — símbolo— se vive igual que la experiencia real).</p>	
<p><i>METAS</i></p>	<p><i>INTERVENCIONES</i></p>
<p>1. Mostrar los límites del lenguaje y cómo afecta negativamente al aprendizaje por experiencia.</p>	<p>– <i>Tu mente no es tu amiga.</i> Evolución y lenguaje. La proporción de contenidos mentales negativos es muy superior a la de los positivos. – <i>«Explicar» acciones motoras</i> (p. ej. «nadar teóricamente», «explícame cómo sostienes el bolígrafo»). – <i>Metáfora «Encuentra un sitio para sentarte».</i> Imaginarse comer un filete no quita el hambre, imaginarte que te sientas no te descansa.</p>

CUADRO 3 (Cont.)

2. «Ataque al lenguaje»: que pierda fuerza la literalización.	<p>– Ejercicio «<i>pan, pan, pan...</i>». Primero imaginarse el pan horneado... Luego hacer el ejercicio [repetir rápidamente la palabra durante 2 min., al final no es más que un sonido raro]. ¿Dónde fue el pan horneado? También hablando muy despacio ver movimientos de lengua, diafragma, labios... El habla es muscular. (Igual con «soy malo»).</p> <p>– <i>Metáfora de los pasajeros del autobús.</i></p> <p>– Ejercicio del <i>desfile de soldados.</i></p> <p>– Ejercicio: «Llévate a tu mente a dar un paseo».</p>
3. Cuestionar que las razones son causas: el lenguaje no puede explicar nuestra vida. Minar la evaluatividad del lenguaje. Distinguir evaluación de descripción.	<p>– <i>Las razones son causas.</i> Siempre se pueden dar «razones» u «otras razones». No hay que atacar todas las razones: si al cliente le sirven está bien (aunque siempre hay que verlas como otro evento interno).</p> <p>– <i>Convención AND/BE:</i> Cambiar el «pero» por «y». Por ejemplo en vez de «iría pero tengo ansiedad», decir: «voy y tengo ansiedad».</p> <p>– <i>Metáfora de la taza mala</i> (relatividad de las valoraciones).</p> <p>– Ser consciente de que: «Yo soy malo» es un pensamiento, no una verdad. Es más verdad: «Soy una persona que ahora se evalúa como malo».</p>
4. Consentir: la meta de la desliteralización. Lograr que el lenguaje no interfiera con la habilidad para experimentar el contenido alterador.	<p>– Ejercicio del <i>monstruo de lata.</i></p> <p>– Ejercicio <i>fiscalizador.</i></p> <p>– <i>Cartas con contenidos.</i></p> <p>– Ejercicio del ruido o imagen que dan grima (abrirse a ellos).</p>
<p>La FASE TERMINA cuando las reacciones privadas condicionadas son vistas como menos comprometedoras. Otros indicadores para pasar a la siguiente fase son: 1.– espontáneamente al cliente se le despiertan reacciones problemáticas y dice: «ahora mismo estaba elaborando razones». Se pone como OBSERVADOR (no fusionado con ellas), y 2.– el cliente aguanta la posición de <i>consentir</i> en presencia de contenido alterador con el que antes se fusionaba.</p>	

CUADRO 4
LA FASE IV: DESCUBRIR EL «YO» COMO ALIADO

<i>Fase IV. Descubrir el «yo»</i>	
El vértigo que puede producir el proceso terapéutico, el cuestionamiento que lleva implícito, aconseja otorgar asideros al paciente. En concreto se le enseña que su «yo» es su aliado, no su enemigo. Es un lugar seguro desde el que contemplar nuestros cambiantes problemas. El yo es muy resistente al cambio, es casi indestructible, en cambio los contenidos que alberga pueden ir mudando.	
METAS	INTERVENCIONES
1. Mis concepciones de mí mismo pueden ser una cárcel para el cambio (jaula de palomas: para escapar hace falta «ver» la prisión). El yo-conceptualizado (literal).	– Ejercicio de la polaridad mental.
2. Crear conciencia del yo-como-perspectiva. Diferenciar entre yo contenido/yo contexto.	– Metáfora del ajedrez (tú eres el tablero, no las fichas blancas o negras). – Tú eres el hardware no el software. – Ejercicio del observador. – Tener una perspectiva así permite no tener miedo a los contenidos.
3. Contrastar el yo-contextualizado con el yo-observador.	– Finge: y cuando finge ¿qué parte de él mismo ve que finge? P. ej., cuando estoy con mis amigos en una fiesta finjo que estoy bien..., ¿quién finge? [Que vea que siempre hay observador externo]. – Ejercicio «escoge una identidad».
La FASE TERMINA cuando el cliente afirma que «mira» los eventos privados, en vez de estar preso en ellos. O que se ve «distinto» o «separado» de su mente. O es más capaz de reírse de su seriedad. Tomarnos muy en serio causa mucho sufrimiento. Hay que usar el humor.	

CUADRO 5
LA FASE V: EL TRABAJO CON LOS VALORES

<i>Fase V. Valores</i>	
En esta fase tratamos de hacer ver al paciente el sentido de volver a vivir una vida digna hacia una dirección. Se procura identificar una dirección vital valorada y unas metas y acciones que la impliquen.	
METAS	INTERVENCIONES
1. Comprender la importancia de una vida basada en valores. Los valores son elegidos, son elecciones personales libres.	<ul style="list-style-type: none"> - Los valores como ACCIONES (no como sentimientos): Ejercicio <i>de los calcetines de rombos</i>. - En qué quieres que se base tu vida: <i>el funeral</i> (¿Qué es lo que más te gustaría oír...? Se encamina hacia allí o no). <i>El epitafio</i> (resumen de la vida que has llevado). - <i>Metáfora de la huerta</i> (para que crezcan cosas importantes hay que cuidarla muchos años).
2. Metas y valores. Valores inalcanzables y metas al servicio de los valores.	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Inutilidad de estar ligado a metas</i> (como tener más trabajo, tener otra casa..., para ser feliz). Así siempre estará carencial. Lo lógico es poner el interés en estar siempre allí, en vivir el presente, el aquí y ahora. - <i>Metáfora del esquí</i> (disfrutar de la bajada). - <i>Metáfora del sendero de la montaña</i>.
3. Establecer con el cliente una dirección vital basada en los valores de las principales áreas de la vida.	<ul style="list-style-type: none"> - Frases de la dirección valorada. - <i>Ranking de los valores</i>: PASOS: 1.- se explica el ejercicio de valores a completar; 2.- se completa en casa; 3.- se discuten en sesión, y 4.- se establece el ranking. - Recordar que «ser feliz» no es un VALOR. El valor es una dirección: unas ACCIONES hacia algo. «Ser feliz», «Estar tranquilo...», ¿para qué?, ¿al servicio de qué están? - Que no escoja valores porque le gusten al terapeuta, a los padres, a la pareja, a la sociedad...
4. Establecer las acciones concretas que el cliente puede poner en marcha para ir hacia los valores.	<ul style="list-style-type: none"> - Ejercicio de <i>las metas, las acciones y las barreras</i>. Especificar acciones claras y factibles. Sobre todo que las pequeñas (no grandes) acciones pueden ser mejores para ir hacia el valor. Es mejor evitar las «concepciones heroicas». Simplemente dar pasitos en la dirección valorada. Reconocer y analizar también las barreras.
5. Reducir el impacto potencial de las barreras por medio de la aceptación.	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Metáfora de la burbuja que avanza</i>.
<p>La FASE TERMINA cuando ya vemos que el cliente ha <i>conseguido el compromiso y tiene la intención de actuar</i>. Los valores, las acciones y las barreras están claras. <i>Ahora tiene que estar claro, para pasar a la siguiente fase, que el sujeto ha abandonado totalmente la agenda normal de cambio, es al menos capaz de cierta aceptación, es capaz de desliteralizar y tiene establecido hacia dónde quiere ir.</i></p>	

CUADRO 6
LA FASE VI: ACEPTACIÓN Y COMPROMISO

<i>Fase VI. Aceptación y Compromiso</i>	
<p>En esta última fase ayudamos a llevar a cabo la acción previamente aceptada. Comenzamos exposiciones y otras técnicas conductuales si son necesarias. Los obstáculos son una parte esperable en este camino, no deben hacer abandonar el proceso emprendido.</p>	
METAS	INTERVENCIONES
1. Comprender las implicaciones de la aceptación.	<ul style="list-style-type: none"> - Metáfora del vagabundo que se cuele en tu fiesta (no es deseado, pero una vez que está allí, ¿vamos a perder toda la fiesta controlando cómo se comporta?).
2. Comprender la naturaleza de la aceptación y el compromiso. No puede haber aceptación a medias o condicional.	<ul style="list-style-type: none"> - Ejercicio del salto (no se puede saltar «un poquito» si te tiras en paracaídas). - Metáfora del pantano (no querríamos que estuviese, pero está delante ¿seguimos o nos quedamos parados por no cruzarlo?). - Metáfora del globo que se expande (zonas de distorsión...). - Ejercicio «Llevar contigo las llaves» (ir con lo bueno y lo malo). Y recordar la metáfora del ajedrez: es el tablero y puede ir a donde quiera, aunque tenga que llevar todas las piezas (buenas y malas)
3. Ver las barreras que van surgiendo con la aceptación y cómo se pueden superar.	<ul style="list-style-type: none"> - Ejercicio del contacto visual (mantener el contacto visual, aunque sea violento). - Metáfora del coche en ruta (surgen problemas, averías..., ¿abandonar el proyecto?). - Un mapa para el viaje: FEAR frente a ACT: [escribírselo al paciente]. F: <i>Fusión</i> con tus pensamientos; E: <i>Evaluación</i> de tus experiencias (sensaciones); A: <i>Avoidance</i> de tus experiencias, y R: <i>Razones</i> dadas para tu conducta. A: <i>Aceptación</i> de tus reacciones y seguir en el presente; C: <i>Choose</i> una dirección valorada, y T: <i>Take</i> una acción. - Ejercicio: esperando al Sr. Incomodidad, y/o Ejercicios Interoceptivos (exposiciones a sensaciones temidas). - Metáfora del primer amor frustrado (ese rechazo posibilitó conocer a la siguiente persona). - <i>Rol de víctima</i> (no ser el «cuerpo del delito»). No merece la pena estar mal siempre para que otros se sientan culpables (incluso aunque lo sean) - Ejercicio de la silla vacía (para perdonar). - Ejercicio «aceptar el yo como válido por confianza». - Ejercicios de exposición, rol-playing, habilidades sociales, etc.
<p><i>Aunque se hayan recorrido todas estas fases, en rigor la postura terapéutica no finaliza en un momento dado; la actitud de aceptación y compromiso es permanente en la vida. Lo aprendido debe servir para siempre.</i></p>	

Además de lo expuesto en los cuadros, es importante señalar que, durante todo el proceso de terapia, se mantienen como actitudes fundamentales la comprensión y el apoyo. La compasión que debe despertar una labor que gira en torno al sufrimiento de las personas y que nos humaniza se convierte, a su vez, en una parte de la misma terapia. El terapeuta que, como ya se ha dicho, está en la misma barca que el paciente y vive inmerso en el mismo contexto social, es fácil que sacralice unas determinadas razones y se olvide del pragmatismo que, en cambio, trata de transmitir a su cliente; sin embargo, lo que importa es la vida del paciente: lo que le dice su propia experiencia. Por eso mismo, debe estar siempre alerta y, consecuentemente, no creer a veces una sola palabra de lo que él mismo está diciendo.

ÁREAS DE DESARROLLO

Aunque, como se ha mencionado en la introducción del artículo, ACT trasciende los ámbitos de la terapia propiamente dicha y se expande como actitud vital para todos los avatares humanos, aquí se traerán a colación exclusivamente algunas consideraciones sobre los casos más adecuados para su práctica clínica.

Para empezar, conviene recordar que, al ser un tratamiento que cuestiona en las primeras fases la «agenda normal de cambio», representa toda una novedad para los pacientes que han pasado por distintos profesionales (y distintas orientaciones terapéuticas). El desconcierto que, en un principio, causa el planteamiento de abandonar la lucha contra el síntoma o «la enfermedad» sitúa al paciente en una posición ciertamente difícil (la desesperanza creativa); sin embargo, es precisamente en estos pacientes que lo han intentado todo donde la experiencia juega más a su favor, pues tienen más evidencias de que si mantienen las mismas actitudes de nuevo fracasarán. También es justo en estos casos cuando el terapeuta de ACT cuenta con un poderoso aliado: el hecho de que el paciente sabe ya, en el fondo, que si no se plantea un cambio radical se repetirán las frustrantes experiencias anteriores. Cuando en los primeros momentos de la terapia el profesional pide al paciente que describa los tratamientos que ha seguido hasta ahora (p. ej., si ya practicó la relajación, la desensibilización, la medicación ansiolítica, las habilidades sociales, la dinámica de grupos, etc.) y la efectividad de los mismos en su caso (lógicamente temporal, pues de lo contrario no estaría allí) en realidad está buscando que se haga más consciente de la dinámica perversa en la que se halla. Así pues, es el paciente «intratable» y con múltiples fracasos terapéuticos el más indicado para comenzar a trabajar en este modelo.

También, paradójicamente, es un paciente propicio aquel más crítico y escéptico con la posición y las destrezas que «se venden» actualmente sobre la labor del psicólogo. Esto es debido a que ACT es una terapia que despsicologiza los problemas vitales y cuestiona la falsa perspectiva social de que se debe vivir sin ningún malestar. Por tanto, se presenta como un modelo que, en el fondo, apela al sentido común y a las verdades «de siempre», que no endiosa al profesional ni lo convierte en un experto que goza del privilegio de la verdad. En realidad, no contemplar al terapeuta como una figura de autoridad facilita la adopción de una posición más activa, algo esencial para ACT.

Por otro lado, la revisión de trabajos publicados (cf. para revisiones sobre los campos de aplicación los textos de Hayes y Strosahl, 2004; Hayes, *et al.*, 1999; o Luciano, 2001) demuestra que ACT no es una terapia restringida al contexto de la consulta, sino que cabe y puede ser igualmente conveniente en entornos hospitalarios, la clínica ambulatoria, las asociaciones de afectados (alcohólicos, jugadores patológicos, etc.), la intervención por problemas de estrés en el mismo lugar de trabajo, el marco universitario, etc.

No obstante la enorme gama de cuadros tratados, también es verdad que un análisis de los estudios publicados parece demostrar que los grupos de trastornos donde se ha reunido un mayor corpus científico son, por este orden: 1.– los trastornos de ansiedad; 2.– las adicciones; 3.– los trastornos del humor, y 4.– los cuadros psicóticos. Es muy posible, como afirma Rey (2004), que esta eficacia diferencial tenga que ver, por un lado, con el énfasis que pone ACT en la aceptación —un componente sin duda necesario ante las experiencias asociadas con el dolor emocional (ansiedad, depresión, duelo, trastorno postraumático, etc.)— y, por otro, con la potenciación del compromiso personal —lo que, a su vez, parece crucial en el abordaje de cuadros que involucran conductas que ponen en peligro la salud (prácticas sexuales de riesgo, consumo de alcohol y drogas, etc.)—. Así mismo, el componente de cuestionamiento y el distanciamiento de los pensamientos y de las ideas puede ser una ayuda básica para el tratamiento de cualquier brote psicótico. Obsérvese que, en todos los casos, la población que se puede beneficiar de esta terapia se limita a adultos verbalmente competentes.

DIFICULTADES PRÁCTICAS Y VALORACIÓN DEL MODELO

La aproximación a la Terapia de Aceptación y Compromiso posee una serie de problemas para terapeutas de distintas corrientes. Por un lado, los practicantes de enfoques existenciales, gestaltistas y humanistas encuentran en sus ejercicios, sus metáforas, sus paradojas, su énfasis en los valores y su

trabajo clínico general un paralelo con su actividad habitual; sin embargo, su desarrollo metodológico, su fervor y vigor investigador y sus modelos epistemológicos (Contextualismo, Funcionalismo, Teoría del Marco Relacional) les resultan extraños, como también su adscripción a una corriente conductista radical que, sin embargo, es irrenunciable para ACT. Por otro lado, los terapeutas cognitivo-conductuales se sienten «fuera de juego» por el énfasis en lo verbal y por el tipo de constructos empleados (desesperanza creativa, aceptación, fusión cognitiva, etc.) cuyo trabajo se estima condición previa y necesaria antes de pasar a las exposiciones, por la aparente inconsistencia con la esencia de su modelo al no tratar de acabar con los síntomas indeseables, y por el rechazo a técnicas cognitivas instauradas ya desde hace décadas en su quehacer (Parada de Pensamiento, Reestructuración Cognitiva, Auto-instrucciones, Ideación Positiva, etc.).

En relación con lo que se acaba de mencionar, una crítica que ha recibido ACT estriba en el empleo de ejercicios sustraídos desde las terapias gestaltistas y existenciales (p. ej., la técnica de la silla vacía o el ejercicio de auto-identificación de Assagioli), lo que aparentemente le ha hecho acreedor del calificativo de modelo ecléctico. Sin embargo, hay que aclarar que ACT ha incorporado estas técnicas —al igual que muchas otras que se remontan hasta los albores de la Psicología (sirva como ejemplo el ejercicio de la repetición de palabras de Titchener) e incluso que se derivan de la enseñanza budista—, porque se encajan dentro del modelo teórico. A diferencia de los enfoques humanistas, ACT fundamenta sus técnicas en los principios de aprendizaje, por eso reconoce los ejercicios que van a funcionar y es capaz de precisar en qué momento concreto de la terapia tienen cabida (esto es, cuando son *funcionalmente* pertinentes). Según sus creadores, las valiosas intuiciones que desde hace décadas han tenido experimentados terapeutas encuentran al fin en ACT su justificación científica.

No obstante, también existen autores conductuales que consideran que en el modelo de ACT se ha desecho la continuidad con el análisis de conducta tradicional, pues habría dado un salto injustificado desde la teoría básica hasta la práctica clínica (Ferro, 2004; Kohlenberg, Tsai, Ferro, Valero, Fernández Parra y Virués-Ortega, 2005). Sin embargo, Hayes y otros autores de la Terapia de Aceptación y Compromiso probablemente negarían tales críticas, pues, a su juicio, su labor parte de un riguroso empirismo y de un conocimiento teórico bien fundado sobre las bases fundamentales del análisis de conducta (contextualismo, diferenciación en los niveles de análisis, monismo, pragmatismo y, sobre todo, énfasis en la funcionalidad de la conducta).

Una dificultad práctica de ACT se localiza en el problema que supone proponer actuaciones en contra de la lógica social imperante. Y esta lógica, como ya se ha dicho, afecta tanto al paciente como al propio terapeuta. Por tanto, el profesional no podrá evitar en ocasiones quedar enganchado él mismo en

las trampas del lenguaje, fusionarse con las palabras, valorar, juzgar y creer sus propios pensamientos sin darse cuenta de que sólo son eso: pensamientos. El saber saltar «desde dentro» del lenguaje para verlo como proceso, herramienta o mecanismo, no siempre es fácil ni posible. Así, la práctica de ACT exige un continuo reciclaje y una consciencia particularmente desarrollada sobre el propio trabajo.

Trasmitir algo como la aceptación —que es sobre todo una postura, una actitud y que se demuestra en la acción manifiesta— por medio de las palabras, en un discurso coherente, no es algo fácil. Se parece a tratar de explicar los colores sin imágenes. Afortunadamente, esta idea tan importante, junto con todo lo que implica para la vida, se ha ido popularizando gracias a las últimas publicaciones no ya, como hasta ahora, restringidas únicamente a los profesionales especializados en terapia de conducta (quizás el principal pecado de ACT hasta la fecha), sino dirigidas a todo el público; sirvan en este sentido como ejemplo los trabajos de Barraca (2005) y Hayes y Smith (2005).

REFERENCIAS

- BACH, P., y HAYES, S. C. (2002): «The use of Acceptance and Commitment Therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1129-1139.
- BARRACA, J. (2004): «Spanish Adaptation of the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ)», *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4, 505-515.
- (2005). *La mente o la vida. Una aproximación a la Terapia de Aceptación y Compromiso*. Colección Serendipity. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- BOND, F. W., y BUNCE, D. (2000): «Mediators of change in emotion-focused and problem-focused worksite stress management interventions», *Journal of Occupational Health Psychology*, 5, 156-163.
- EIFERT, G. H., y HEFFNER, M. (2003): «The effects of acceptance versus control contexts on avoidance of panic-related symptoms», *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 34, 293-312.
- FERRO, R. (2004): *Terapia de Aceptación y Compromiso: un análisis crítico desde la práctica*. Ponencia presentada en las II Jornadas de Análisis de Conducta del Grupo Contextos. Madrid, 28 de febrero de 2004.
- GEISER, D. S. (1992): *A comparison of acceptance-focused and control-focused psychological treatments in a chronic pain treatment center*. Tesis no publicada. Universidad de Nevada, Reno.
- HAYES, S. C. (1984): «Making sense of spirituality», *Behaviorism*, 12, 99-110.

- (2000): *Acceptance and Commitment Therapy (ACT). Contacts, Resources, and Readings*. Material entregado a los participantes del Workshop: Dealing with your more difficult clients. XXX Congress of the European Association for Behavioural & Cognitive Therapies. Granada, 26-27 de septiembre 2000.
- HAYES, S. C.; BARNES-HOLMES, D., y ROCHE, B. (2001): *Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian account of human language and cognition*. Nueva York: Plenum Press.
- HAYES, S. C.; BISSETT, R. T.; STROSAHL, K. D.; WILSON, K. D.; PISTORELLO, J.; DYKSTRA, T. A., et al. (2000): *Psychometric Properties of the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ)*. Manuscrito no publicado (Puede obtenerse solicitándolo al primer autor).
- HAYES, S. C.; FOLLETTE, V. M., y LINEHAN, M. M. (Eds.) (2004): *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. Nueva York: Guilford Press.
- HAYES, S. C.; GIFFORD, E., y HAYES, G. J. (1998): «Moral behavior and the development of verbal regulation», *The Behavior Analyst*, 21, 253-279.
- HAYES, S. C., y SMITH, S. (2005): *Get out of your mind and into your life: The new Acceptance and Commitment Therapy*. Oakland, CA: New Harbinger.
- HAYES, S. C., y STROSAHL, K. D. (Eds.) (2004): *A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy*. Nueva York: Springer-Verlag.
- HAYES, S. C.; STROSAHL, K. D., y WILSON, K. D. (1999): *Acceptance and Commitment Therapy. An Experimental Approach to Behavior Change*. Nueva York: Guilford.
- HAYES, S. C.; WILSON, K. G.; GIFFORD, E. V.; FOLLETE, V. M., y STROSAHL, K. D. (1996): «Experiential Avoidance and Behavioral Disorders: A Functional Dimensional Approach to Diagnosis and Treatment», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.
- KOHLBERG, R. J., y TSAI, M. (1991): *Functional Analytic Psychotherapy: Creating intense and curative relationships*. Nueva York: Plenum Press.
- KOHLBERG, R. J.; TSAI, M.; FERRO, R.; VALERO, L.; FERNÁNDEZ PARRA, A., y VIRUÉS-ORTEGA, J. (2005): «Psicoterapia Analítico-Funcional y Terapia de Aceptación y Compromiso: teoría, aplicaciones y continuidad con el análisis de comportamiento», *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 349-371.
- LUCIANO, C. (2001): *Terapia de Aceptación y Compromiso. Libro de casos*. Valencia: Promolibro. Colección Alfaplús.
- REY, C. (2004): «La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): Sus aplicaciones y principales fundamentos conceptuales, teóricos y metodológicos», *Suma Psicológica*, 11, 267-284.
- SIDMAN, M. (1971): «Reading and auditory-visual equivalences», *Journal of Speech and Hearing Research*, 14, 5-13.
- SIDMAN, M., y TAILBY, W. (1982): «Conditional Discrimination vs. Matching to Sample: An expansion of the testing paradigm», *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 37, 5-22.
- SKINNER, B. F. (1953): *Science and Human Behavior*. Nueva York: Macmillan.

- (1957): *Verbal Behavior*. Nueva York: Appleton-Century-Crofts.
- (1969): *Contingencies of reinforcement: A theoretical analysis*. Nueva York: Appleton-Century-Crofts.
- WILSON, K. G.; HAYES, S. C., y BYRD, M. R. (2000): Exploring compatibilities between acceptance and commitment therapy and 12-step treatment for substance abuse. *Journal of Rational Emotive and Cognitive Behavior Therapy*, 18, 207-232.
- WILSON, K. G., y LUCIANO, C. (2002): *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.
- ZETTLE, R. D., y 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., y RAINES, J. C. (1989): «Group cognitive and contextual therapies in treatment of depression», *Journal of Clinical Psychology*, 45, 438-445.

[Aprobado para su publicación en septiembre de 2007]

