



# Psicoterapia Analítico-Funcional y Terapia de Aceptación y Compromiso: teoría, aplicaciones y continuidad con el análisis del comportamiento<sup>1</sup>

Robert J. Kohlenberg (*University of Washington, USA*),

Mavis Tsai (*University of Washington, USA*),

Rafael Ferro García (*Centro de Psicología CEDI de Granada, España*),

Luis Valero Aguayo (*Universidad de Málaga, España*),

Antonio Fernández Parra<sup>2</sup> (*Universidad de Granada, España*) y

Javier Virués-Ortega (*Complejo Hospitalario de Jaén, España*)

(Recibido 30 de julio 2004/ Received July 30, 2004)

(Aceptado 3 de septiembre 2004 / Accepted September 3, 2004)

**RESUMEN.** El análisis funcional del comportamiento verbal de tradición skinneriana ha encontrado desarrollos recientes en modelos de intervención conductual que son objeto de exposición y análisis en el presente estudio teórico. La Psicoterapia Analítico-Funcional (PAF) se fundamenta en el análisis y moldeamiento del comportamiento verbal del paciente en tiempo real durante las sesiones de intervención. En este caso, la relación terapéutica se considera un modelo de relación interpersonal a generalizar a la vida diaria del cliente. La PAF ofrece un análisis conductual de la relación tera-

---

<sup>1</sup> Las ponencias integradas en este artículo fueron presentadas en el I Curso Internacional sobre Psicoterapias Conductuales celebrado en Granada del 8 a 10 de julio de 2004 organizado por la asociación cultural Bahía Natur con la colaboración de la Facultad de Psicología de la Universidad de Granada y la Asociación Nacional de Psicólogos Internos Residentes. El apartado referente a psicoterapia analítico funcional en este documento fue preparado por Robert J. Kohlenberg y Mavis Tsai y traducido al castellano por Javier Virués Ortega. Rafael Ferro García y Luis Valero Aguayo son autores de la sección dedicada a terapia de aceptación y compromiso. La discusión sobre la continuidad entre estos modelos de intervención y el análisis funcional del comportamiento es obra de Antonio Fernández Parra. El último firmante del artículo integró estos documentos en el presente manuscrito y realizó la sección introductoria.

<sup>2</sup> Correspondencia: Facultad de Psicología. Campus Universitario de Cartuja. 18071 Granada (España). E-mail: afparra@ugr.es

peuta-paciente y de su importancia en el proceso clínico, así como un marco teórico para el análisis de los efectos sinérgicos derivados de su combinación con terapias cognitivas o cognitivo-conductuales tradicionales. Por otro lado, la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) aborda los trastornos del comportamiento y las emociones enfatizando el análisis de la evitación de eventos privados aversivos (por ejemplo, evitación experiencial) como función de una pluralidad de comportamientos de topografía «psicopatológica». Estos procesos pueden verse coadyuvados por el seguimiento de reglas verbales relativas al control estricto de emociones y cogniciones. La ACT ofrece varias herramientas clínicas para desmontar los procesos de evitación y de seguimiento de reglas asociados al problema del paciente. Finalmente, ambos modelos son analizados en términos de su continuidad teórica con el análisis funcional del comportamiento y el análisis de conducta tradicionales.

**PALABRAS CLAVE.** Psicoterapia Analítico-Funcional (PAF). Terapia de aceptación y compromiso (ACT). Relación terapéutica. Análisis de conducta clínica. Estudio teórico.

**ABSTRACT.** This theoretical study outlines and analyzes two therapeutic frameworks based on Skinner's early work on verbal behavior. The foundation of Functional-Analytic Psychotherapy (FAP) is the verbal shaping of patient's in vivo verbal responses during the therapeutic sessions. The client-therapist relationship is considered a model of interpersonal relationship to be generalized to the patient's daily-life. This model offers a behavioral analysis of the client-therapist relationship and outlines a theoretical framework to explain its relevance within the clinical process. The synergic effects of combining FAP with other traditional cognitive and cognitive-behavioral interventions are also discussed. On the other hand, Acceptance and Commitment Therapy (ACT) analyzes the avoidance of aversive private events (i.e., experiential avoidance) as a function for various «psychopathological» topographies. Certain rule-following behaviors may be adding to this phenomena by conveying the individual to control or change in different ways his emotions and cognitions. ACT depicts a number of clinical strategies in order to influence avoidance and rule-following phenomena that may be causing patient's distress. The likely continuity between this therapeutic frameworks and the traditional applied and functional analysis of behavior is discussed in the closing section of this manuscript.

**KEYWORDS.** Functional-Analytic Psychotherapy (FAP). Acceptance and Commitment Therapy (ACT). Client-therapist relationship. Rule-governed behavior. Functional analysis. Verbal behavior. Analysis of clinical behavior. Theoretical study.

**RESUMO.** A análise funcional do comportamento verbal de tradição skinneriana encontrou desenvolvimentos recentes em modelos de intervenção comportamental que são objecto de exposição e análise no presente estudo teórico. A Psicoterapia Analítico-Funcional (PAF) fundamenta-se na análise e moldagem do comportamento verbal do paciente em tempo real durante as sessões de intervenção. Neste caso, considera-se a relação terapêutica um modelo de relação interpessoal a generalizar à vida diária do cliente. A PAF oferece uma análise comportamental da relação terapeuta-paciente e da sua importância no

proceso clínico, assim como um marco teórico para análise dos efeitos sinérgicos derivados da sua combinação com terapias cognitivas ou cognitivo-comportamentais tradicionais. Por outro lado, a Terapia de Aceitação e Compromiso (ACT) aborda as perturbações do comportamento e as emoções enfatizando a análise do evitamento de acontecimentos privados aversivos (por exemplo, evitamento experiencial) como função de uma pluralidade de comportamentos de topografia «psicopatológica». Estes processos podem ver-se coadjuvados pelo seguimento de regras verbais relativas ao controlo restrito de emoções e cognições. A ACT oferece várias ferramentas clínicas para desmontar os processos de evitamento e de seguimento de regras associados ao problema do paciente. Finalmente, ambos os modelos são analisados em termos da sua continuidade teórica com a análise funcional do comportamento e análise de comportamento tradicionais.

**PALAVRAS CHAVE.** Psicoterapia Analítico-Funcional (PAF). Terapia de aceitação e compromisso (ACT). Relação terapêutica. Análise clínica do comportamento. Estudo teórico.

### Introducción

B. F. Skinner no estaba particularmente interesado en la psicoterapia como vía de modificación del comportamiento. La psicoterapia es un remedio para un mal ya existente, la clave estaría en la prevención y el diseño de pautas culturales más efectivas en las que el reforzamiento de topografías «psicopatológicas» no llegase a acontecer (Skinner, 1953/1970). La obra de Skinner (1957) *Verbal Behavior* (Conducta verbal) tuvo una aparición prematura en un momento en el que se iniciaban las aplicaciones más básicas del análisis del comportamiento a trastornos humanos (por ejemplo, Ayllon y Michael, 1959; Bijou, 1965; Lindsley, 1959). No obstante, algunos conductistas consideraron que *Verbal Behavior* aportaría las bases de nuevos modelos psicoterapéuticos. Entre estos estaba Robert J. Kohlenberg que «cansado de esperar» se decidió a presentar, junto con Mavis Tsai, su propio modelo (R.J. Kohlenberg, comunicación personal, 8 de julio de 2004): la psicoterapia analítico-funcional (PAF). Su propuesta, integrada con un análisis funcional tradicional en contextos clínicos (Ayllon, Haughton y Hughes, 1965; Ferster, 1973) tiene como aspecto más original el moldeamiento (por ejemplo, reforzamiento de aproximaciones gradualmente más próximas a un criterio) de la muestra de comportamientos disfuncionales que el paciente presenta durante la sesión clínica usando la relación terapéutica como modelo de relación interpersonal a generalizar. Steven C. Hayes, apoyándose en desarrollos recientes de la investigación conductual, tales como la equivalencia funcional y otras formas de respuesta derivada (Sidman, 1994), propone la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT<sup>3</sup>). Este modelo ha en-

---

<sup>3</sup> En inglés ACT «dicho como una palabra, no como letras individuales» (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999). Es incierto el uso del acrónimo en inglés o castellano. Dado que la versión inglesa se encuentra ampliamente difundida en textos castellanos y tiene una funcionalidad semántica en el contexto de la terapia (por ejemplo, actuar), mientras que el acrónimo en castellano puede conducir a confusiones con otros conceptos (por ejemplo, tomografía axial computerizada), usaremos la versión inglesa en este documento.

contrado un respaldo teórico posterior en los desarrollos de la llamada Teoría del Marco Relacional propuesta por el mismo grupo de autores (Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001). La continuidad con el análisis de conducta tradicional en el caso de la ACT ha sido más discutida, tal vez por ser una intervención hasta cierto punto «manualizada» y asumir la invarianza de las contingencias subyacentes a gran parte de las topografías problema, es decir, contingencias de evitación o escape de eventos privados (por ejemplo, evitación experiencial). Sea como fuere, el futuro de estos modelos parece tender a la combinación de elementos de PAF y ACT en intervenciones individualizadas (R.J. Kohlenberg, comunicación personal, 10 de julio de 2004; Kohlenberg, Kanter, Bolling, Parker y Tsai, 2002; C. Luciano, comunicación personal, 7 de julio de 2004). En el presente estudio teórico (Montero y León, 2005) se realizan sendas presentaciones de la PAF y de la ACT; en la sección de discusión se ofrece un análisis sobre la continuidad o discontinuidad de estos modelos de intervención con el análisis funcional del comportamiento y el análisis aplicado de la conducta.

### **Psicoterapia analítico-funcional: fundamentos y aplicaciones**

La psicoterapia analítico-funcional (PAF) es una forma de terapia de conducta que enfatiza el uso de la relación terapeuta-cliente a objeto de utilizar con toda su intensidad las oportunidades de aprendizaje que surgen en la sesión terapéutica (por ejemplo, intervención in vivo). Basada en el conductismo radical de B. F. Skinner (1953/1970, 1974/1975), la PAF produce el cambio a través de contingencias de reforzamiento naturales y curativas que suceden dentro de una relación terapeuta-cliente emocional, cercana y con un alto grado de implicación.

#### *Descripción del tratamiento*

Como psicólogos aplicados, R. J. Kohlenberg y M. Tsai hallaron que algunos de sus clientes tratados con técnicas de terapia cognitivo-conductual convencional experimentaban notables mejorías que iban más allá de los objetivos iniciales del tratamiento. En la búsqueda de las causas de este fenómeno, observaron que estos notables progresos sucedían en aquellos pacientes con los que se había establecido una relación terapéutica<sup>4</sup> intensa y comprometida. Estas relaciones no son establecidas a propósito como parte de la terapia, sino que, en determinadas ocasiones, aparecen de forma espontánea. Como resultado de esta experiencia, Kohlenberg y su grupo aplicaron conceptos conductuales para: a) explicar la conexión entre mejorías dramáticas y una intensa relación terapéutica, y b) delinear el procedimiento a seguir para facilitar estos vínculos intensos y potencialmente curativos (Kohlenberg y Tsai, 1995a). El resultado es la psicoterapia analítico-funcional (PAF) (Kohlenberg y Tsai, 1991), un nuevo tipo de terapia conductual en la que la relación terapéutica está en el núcleo del proceso de cambio. Concretamente, el clínico se centra en las oportunidades para el cambio te-

---

<sup>4</sup> *Client-therapist relationship* en inglés en el manuscrito original (N. del T.).

rapéutico que acontecen cuando parte de los problemas del cliente responsables de su petición de ayuda se manifiestan en la relación terapéutica.

Kohlenberg y Tsai (1994a, 1994b) afirmaron que la PAF, un poderoso tratamiento por sí mismo, es también una aproximación integradora que puede ser combinada con prácticamente cualquier otro tipo de terapia con resultados sinérgicos. Debe también destacarse que el énfasis en la relación terapéutica que hace la PAF basándose en la teoría conductual tiene algunas similitudes no buscadas con el concepto freudiano de transferencia, así como con la idea de que puede haber «significados ocultos» bajo la superficie de afirmaciones hechas por los pacientes en consulta (Kohlenberg, 2003a; Kohlenberg y Tsai, 1993).

### *Oportunidades de aprendizaje in-vivo*

La PAF valora enormemente las oportunidades de aprendizaje in-vivo, es decir, la aparición real de los problemas del paciente en su interacción con el terapeuta. Es una noción bien aceptada que el aprendizaje mejora enormemente cuando se realiza mediante ensayos in-vivo (por ejemplo, aprender a conducir conduciendo un coche con un instructor, frente a hacerlo mediante instrucciones verbales). La aparición in-vivo de los problemas del cliente debe ser distinguida de otras aplicaciones de la terapia de conducta tales como el ensayo conductual ó el repaso conductual<sup>5</sup>. Consideremos algunos ejemplos: a) una mujer, deprimida, principalmente porque no tiene amigos, evita el contacto ocular durante la consulta, contesta a las preguntas hablando prolongadamente de manera tangencial y dispersa, tiene una «crisis» detrás de otra, y se enfada con el terapeuta cuando éste no tiene todas las respuestas que ella espera; b) un hombre infeliz cuyo mayor problema es que evita involucrarse en relaciones amorosas, siempre decide con antelación sobre qué va a hablar durante la hora de terapia, mira el reloj durante la sesión a objeto de acabar justo a tiempo, explica que solo puede acudir a consulta quincenalmente por su precariedad financiera; sin embargo tiene un sueldo relativamente elevado, cancela la sesión siguiente después de haber hecho alguna revelación importante sobre sí mismo... En estos ejemplos el paciente está buscando tratamiento para problemas de la vida diaria, y al hacerlo actúa del mismo modo disfuncional en el contexto clínico. En la PAF estas apariciones in vivo (por ejemplo, a tiempo real) de los problemas del cliente son denominadas conductas clínicamente relevantes tipo 1 (CCR1). Por otra parte, conductas clínicamente relevantes tipo 2 (CCR2) son mejoras reales que suceden en la sesión. Por ejemplo, si la paciente del primer caso mencionado incrementa el contacto ocular y es más tolerante con la falta de omnisciencia del terapeuta, estaríamos frente a ejemplos de CCR2. A objeto de llevar a cabo la PAF, es fundamental que el terapeuta tenga un conocimiento de los CCR, sea capaz de reconocerlos en el momento en que aparezcan y sepa cómo fomentar el desarrollo de CCR2.

---

<sup>5</sup> *Behavioral rehearsal* en inglés en el manuscrito original (N. del T.).

### *Practicando la psicoterapia analítico-funcional (PAF)*

La PAF emplea varias estrategias terapéuticas. Las tres principales son: a) estar atento a la aparición de CCR, b) provocar CCR y c) reforzar CCR2.

- Estrategia 1: Atención a las conductas clínicamente relevantes (CCR). Esta estrategia es la más importante ya que por si sola conduce a un tratamiento más intenso y efectivo. Un terapeuta hábil en la detección de CCR tiende a tener también mayor facilidad para fomentar e incentivar naturalmente a los clientes a objeto de que abandonen patrones autoinculpatorios<sup>6</sup> que aparezcan in vivo y, por tanto, incrementar aproximaciones más productivas hacia la vida.
- Estrategia 2: Provocar CCR2. Ya que la ocurrencia de CCR está indicada para la realización de la PAF, ¿cómo puede el terapeuta favorecer su aparición? La reconstrucción de los problemas de conducta del cliente en un ensayo conductual, como se ha mencionado, no es igual a la aparición natural de CCR. Análogamente, fingir situaciones *ad hoc*, tales como llegar tarde a la consulta o enfadarse con un cliente, no son recomendables, pues es incongruente con la relación honesta y cercana que la PAF sugiere.
- Estrategia 3: Reforzar CCR2. El reforzamiento es un término técnico que en este contexto se refiere al cuidado y fortalecimiento que el terapeuta ejerce sobre las mejorías que se producen en la consulta. Es recomendable confiar en las reacciones naturales del terapeuta en lugar de usar oraciones estereotipadas como «¡eso es genial!» o «¡stupendo!», que pueden ser vistas por el cliente como faltas de sinceridad. Los terapeutas expertos en PAF son conscientes de la aparición de CCR2 en el momento en que suceden y son espontánea y genuinamente reforzantes. Una vía por la cual los terapeutas pueden volverse espontáneamente reforzadores potentes de las mejoras de sus clientes es haciendo buenos actos para otras personas en sus vidas personales.

Por otra parte, los terapeutas que no son conscientes de las CCR pueden castigar inadvertidamente los CCR2 (por ejemplo, progresos terapéuticos). Consideremos un caso de una paciente que busca ayuda por una depresión relacionada con la escasa asertividad que demuestra con su marido. El terapeuta al que acudió intentó enseñarla a ser más asertiva usando ensayos conductuales, un procedimiento común de terapia de conducta. La paciente dijo encontrarse incómoda con el ensayo conductual y preguntó si existía otra manera de aproximarse al problema. El terapeuta entonces sugirió a la paciente que resistirse al ensayo conductual era una muestra de evitación y la exhortó a que siguiera haciéndolo de todas maneras. El análisis PAF de este episodio indica que la negativa de la paciente a realizar los ensayos es una CCR2, toda vez que ha sido asertiva con el terapeuta al hacerlo, esto es, la misma habilidad de la vida real que él le estaba intentando enseñar. El terapeuta, por otra parte, no fomentó ni fortaleció esta asertividad, y puede que incluso la haya castigado inadvertidamente al acusarla de estar evitando e insistir en la realización del ensayo conductual. Si el terapeuta hubiera sido

---

<sup>6</sup> *Self-defeated* patterns en inglés en el manuscrito original (N. del T.).

consciente de que una CCR2 estaba ocurriendo (tal y como se indica en la regla 1), hubiera reconocido la oportunidad terapéutica y fomentado la asertividad destacando qué útil es para ella expresar sus sentimientos, y hallando finalmente otras vías de aproximación a su problema aparte del ensayo conductual.

### *El uso de PAF para mejorar la terapia cognitiva para la depresión*

La terapia cognitiva para la depresión, desarrollada en 1979 por Aaron Beck y sus colaboradores, ha mostrado ser un tratamiento efectivo para la depresión mayor; no obstante, como con cualquier tratamiento para la depresión, existe aun espacio para el avance. En particular, algunos clientes se resisten a aspectos del método y fundamento teórico de la terapia cognitiva arriesgando los resultados de la terapia, ello se conoce como disparidad teoría-cliente<sup>7</sup>. Ejemplos de esta disparidad pueden hallarse en clientes que experimentan que sus sentimientos gobiernan su conducta con independencia de sus pensamientos, en aquellos que buscan una forma de terapia interpersonal más intensa, y en los que persiguen comprender cómo sus problemas se relacionan con sus historias familiares. En un intento de responder más efectivamente a las diversas necesidades de los pacientes, reducir las disparidades teoría-cliente y retener el valor que la terapia cognitiva tiene para muchos pacientes, se ha desarrollado una forma combinada de PAF y terapia cognitiva (Kohlenberg *et al.*, 2002; Kohlenberg y Tsai, 1994b; Kohlenberg y Tsai, 2000). Este nuevo modelo de tratamiento es conocido como terapia cognitiva mejorada por PAF (TCMP). La TCMP implica dos avances sobre la terapia cognitiva convencional. En primer lugar, el fundamento general para las causas y tratamiento de la depresión está diversificado, incluyendo varias causas posibles además de la hipótesis cognitiva (por ejemplo, la depresión es el resultado de creencias y pensamientos irracionales). Así, a los clientes se les comunica que la depresión puede deberse a duelos personales no elaborados, a la familia nuclear o a la historia personal, a la falta de experiencias asociadas con sensaciones de dominio y placer, a sensaciones de ira dirigidas hacia uno mismo, a no tener acceso a relaciones de intimidad por un déficit de habilidades, etc. Esta diversificación del fundamento teórico permite ajustar con mayor precisión el tratamiento con el cliente. Un segundo avance sugerido por este enfoque es el uso de la relación terapéutica como una oportunidad a tiempo real para aprender nuevos patrones de pensamiento y crear mejores relaciones. A los clientes se les dice: «sería de ayuda para nosotros que nos concentremos en nuestra relación ya que si tienes problemas al relacionarte conmigo es posible que también los tengas con otros en tu vida diaria (familiares, compañeros de trabajo, pareja, etc.). Cuando uno expresa pensamientos, sentimientos y deseos de una manera auténtica y asertiva es menos probable estar deprimido».

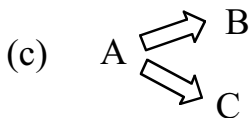
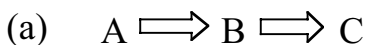
### *Bases teóricas*

La PAF se desarrolló en el marco del conductismo radical de B. F. Skinner. Muchos lectores pueden asociar erróneamente a Skinner con una teoría muy restringida, limi-

<sup>7</sup> *Rationale-client mismatch* en inglés en el manuscrito original (N. del T.).

tada a la explicación de la presión de palancas en ratas dentro de cajas experimentales. Por el contrario, Skinner intentó explicar la relevancia de las contingencias de reforzamiento en la comprensión de procesos humanos fundamentales como la percepción, la sensación de sí mismo, la identidad, las creencias, el lenguaje, la poesía, la felicidad, la personalidad, el amor y la creatividad (Skinner, 1953/1970, 1957).

**FIGURA 1.** Relaciones cognición-conducta de acuerdo al fundamento teórico expandido de la Terapia Cognitiva Mejorada con Psicoterapia Analítico-Funcional (TCMP). A = Evento antecedente; B = Creencia/cognición; C = Consecuencia (reacción emocional); (a) representa el modelo cognitivo tipo; (b) representa una situación en la que no hay cognición; (c) representa una situación en la que la cognición precede, pero no está causalmente relacionada con la respuesta.



Con la intención de ilustrar como funciona el conductismo radical, consideremos cómo aborda los pensamientos, las creencias y las cogniciones. La teoría cognitiva, frecuentemente considerada la antítesis del conductismo radical, establece que los pensamientos, creencias o actitudes determinan cómo reaccionamos ante los eventos del mundo. Ello es conocido como el paradigma A-B-C (apartado a en la Figura 1). Por el contrario, la posición del conductismo radical establece que los pensamientos en algunos casos determinan las reacciones posteriores de un individuo (apartado b en la Figura 1), añadiendo que, en otros casos, los pensamientos pueden no tener ninguna influencia en el modo en que reaccionamos (apartado c en la Figura 1). De hecho, uno puede tener reacciones sin que haya existido un pensamiento precedente (apartado b en la Figura 1). Según la posición del conductismo radical, distintos paradigmas son de aplicación según la historia de reforzamiento. Tomando un ejemplo de la vida corriente, todos hemos tenido pensamientos en forma de promesas que nos realizamos a nosotros mismos del tipo: «no comeré la tarta de crema que engorda tanto», cuando nos ofrecen un pedazo. En algunas ocasiones confirmaremos el paradigma (a) al no comer la tarta (hipótesis cognitiva); en otros casos, tendremos ese pensamiento, pero comeremos la tarta de todos modos no satisfaciendo la hipótesis cognitiva (apartado c en la Figura 1). Una ventaja de la visión del conductismo radical es que se acomoda a todas las posibilidades. La visión conductista radical admite un amplio rango de vías por las que la gente experimenta la relación entre pensamientos y acciones subsecuentes. Ello es parte de la ampliación de las bases teóricas que aducimos mejoran la terapia cognitiva.



La teoría subyacente a la PAF no afirma que otros tipos de intervenciones (por ejemplo, dar consejo, usar tareas, terapia cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales) no sean eficaces, simplemente se afirma que las intervenciones en tiempo real (in vivo) son más poderosas e incrementan la probabilidad de resultados terapéuticos positivos. No obstante, tal y como ha sugerido Kohlenberg (2003a, 2003b), las intervenciones cognitivo-conductuales pueden perder gran parte de su auge si la importancia de la relación terapéutica sigue siendo subestimada.

### *Estudios empíricos y otras aplicaciones*

Kohlenberg y Tsai presentan numerosos estudios de casos en su libro de 1991, *Functional Analytic Psychotherapy* (Psicoterapia analítico-funcional), apoyando la hipótesis de la intervención en tiempo real en el contexto de las sesiones terapéuticas como factor de mejora clínica. Desde entonces un número creciente de publicaciones ha puesto de manifiesto resultados positivos en una pluralidad de problemas conductuales, tanto aplicada unimodalmente como en conjunción con otras modalidades terapéuticas. En un estudio de casos, Kohlenberg y Tsai (1994b) mostraron como la PAF mejoraba el resultado de la terapia cognitiva de un varón deprimido de 35 años. El paciente informó que sus relaciones interpersonales mejoraron como consecuencia de la TCMP. En otro estudio de casos, R. H. Paul y sus colaboradores comunicaron beneficios adicionales derivados del uso de la PAF como complemento a otro tratamiento en un paciente diagnosticado de paidofilia (Paul, Marx y Orsillo, 1999). Un reciente estudio sobre TCMP (Kohlenberg *et al.*, 2002), demostró una mejora clínica aumentada, así como avances en las relaciones interpersonales derivadas de la combinación de terapia cognitiva con PAF. La PAF ha sido también combinada con terapia marital (Rabin, Tsai y Kohlenberg, 1996), tratamiento para pacientes con el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad (Kohlenberg y Tsai, 2000) y en pacientes diagnosticados de trastorno de estrés post-traumático (Kohlenberg y Tsai, 1998, en prensa). Varios estudios seminales han mostrado su compatibilidad con el uso de la aceptación (Cordova y Kohlenberg, 1994; Kohlenberg *et al.*, 2004).

Análogamente, los desarrollos de la PAF han resultado fructíferos a nivel teórico. Por ejemplo, Kohlenberg y Tsai (1991, 1995b) propusieron una teoría conductual del yo<sup>8</sup> que ha permitido obtener una medida del yo de base conductual que a su vez ofrece apoyo empírico al modelo (Kanter, Parker y Kohlenberg, 2001). Otras aplicaciones de la aproximación de la PAF incluyen propuestas para mejorar la estructura del eje II del sistema *DSM* (Koerner, Kohlenberg y Parker, 1996), así como datos que apoyan la posibilidad de que los terapeutas puedan «implantar» inadvertidamente en el paciente teorías sobre su problema mediante moldeamiento verbal de una manera similar a como se ha observado sucede con memorias ficticias de episodios de abuso (Kanter, Kohlenberg y Loftus, 2002, 2004).

---

<sup>8</sup> *Self* en inglés en el manuscrito original (N. del T.).

## Terapia de aceptación y compromiso: fundamentos y aplicaciones

La terapia de aceptación y compromiso (ACT) (Hayes *et al.*, 1999) surge desde el conductismo radical en la década de los años noventa. Aparece como una alternativa al trabajo psicoterapéutico con pacientes de consultas externas, con problemas graves de índole emocional y donde el terapeuta no tiene un control directo sobre el ambiente donde viven. Esta terapia se ha extendido y comenzado a utilizar en España, y así han aparecido distintas publicaciones desde las obras pioneras en castellano como las de Pérez Álvarez (1996a, 1996b), a otras aportaciones posteriores (Ferro y Valero, 1998; Luciano, 1999; 2001a; 2001b; Luciano y Hayes, 2001; Pérez Álvarez, 2001), y más recientemente un manual en castellano (Wilson y Luciano, 2002). Según Pérez Álvarez (2002), esta terapia aporta a la Psicología Clínica entre otras cosas: una filosofía de vida, una perspectiva cultural sobre la que entender y tratar los trastornos psicológicos, y una alternativa psicopatológica en el denominado Trastorno de Evitación Experiencial. A esto podría añadirse su poder heurístico, es decir, las nuevas posibilidades conceptuales y empíricas que se le abren al terapeuta (Carrascoso, 2001). Además, es una alternativa innovadora porque rompe con la tradición terapéutica existente, en el sentido de hacer un análisis no sintomático de los problemas psicológicos, sino funcional; y porque introduce una forma conductual de analizar las emociones, sentimientos, recuerdos y pensamientos de los clientes con problemas típicamente cognitivos. Sus bases experimentales parten de los estudios sobre relaciones de equivalencia y los estudios sobre conductas gobernadas por reglas verbales. Desde las relaciones de equivalencia, la Teoría del Marco Relacional (Hayes *et al.*, 2001), fundamenta la forma en que se relacionan los diferentes conceptos, palabras y recuerdos del individuo con los problemas; y desde los hallazgos sobre la conducta gobernada por reglas se fundamenta la forma de abordar la psicoterapia, sin instrucciones directas, donde el terapeuta sólo ayuda a evidenciar las propias reglas del cliente.

Desde un análisis funcional sobre el origen y mantenimiento de muchos problemas psicológicos, la evitación experiencial explicaría todos aquellos problemas donde el individuo no parece dispuesto a ponerse en contacto con experiencias privadas particulares (por ejemplo, sensaciones corporales, emocionales, pensamientos, recuerdos predisposiciones conductuales), y que siempre deliberadamente trata de evitar, alterar, cambiar la forma y la ocurrencia de esos eventos privados, así como el contexto que los ocasiona (Friman, Hayes y Wilson, 1998; Hayes, 1987; Hayes, Kohlenberg y Melancon, 1989; Hayes y Melancon, 1989; Hayes, Wilson, Gifford, Follette y Strosahl, 1996; Hayes *et al.*, 1999; Kohlenberg, Hayes y Tsai, 1993; Luciano y Hayes, 2001; Wilson y Luciano, 2002). Desde este análisis, las características formales de la psicopatología no serían un elemento fundamental (por ejemplo, un problema depresivo, obsesivo, adictivo, emocional, psicótico), sino la función que cumplen todas esas conductas que desarrolla el individuo para evitar sus eventos privados. Habría dos pilares fundamentales en esta terapia: a) el papel que juegan los eventos privados en las explicaciones de los problemas de las personas, y b) la importancia de la propia relación terapéutica (Hayes y Wilson, 1994; Kohlenberg, Tsai y Dougher, 1993). También habría varios aspectos del sistema cultural o socio/verbal, como los autores lo denominan, que contribuyen al establecimiento de un control indeseable de las conductas privadas: a) la

fusión cognitiva o el significado literal del lenguaje, b) la evaluación de los hechos y la auto-discriminación, c) la evitación y el escape de las conductas privadas y d) dar razones de nuestra conducta (Hayes *et al.*, 1999). Este contexto social enfatiza la idea de que se puede y se debe conseguir un control cognitivo y emocional para alcanzar una vida satisfactoria y, sin embargo, desde esta aproximación, esos intentos de control, de cambio cognitivo o emocional, son precisamente la base del problema (Hayes y Wilson, 1994; Kohlenberg *et al.*, 1993).

Para romper con esa situación continua que genera problemas, esta terapia propone como alternativa a la evitación, la aceptación. Este concepto no significa «resignación», sino tomar activamente un evento o una situación, implicando un proceso de sentir sentimientos como tales sentimientos, de pensar pensamientos como tales pensamientos (no lo que los genera) y de recordar recuerdos como tales recuerdos (no cómo afectan). En general, se podría decir que consiste en no evitar, controlar o cambiar los elementos que forman parte de la contingencia (Ferro, 1998). La Terapia de Aceptación y Compromiso trabaja entre la aceptación y el cambio. Entre aceptar lo que no se puede cambiar y comprometerse a cambiar lo que se puede cambiar y merece la pena para el paciente. Una característica también fundamental de esta psicoterapia es que no se puede considerar una intervención nomotética, ya que supone una forma de intervención muy individualizada. Se trata de un proceso general, unas orientaciones para el terapeuta, unas fases psicológicas por las que desarrollar la terapia, pero siempre ha de adaptarse a los clientes con los que se aplica, e incluso, ha de adaptarse a la experiencia y habilidades del terapeuta que la aplica.

Formalmente, los autores delimitan seis fases en el desarrollo de esta terapia, cada fase tendría sus objetivos, estrategias e intervenciones propias (Hayes *et al.*, 1999). La fase 1 es la denominada. Desesperanza Creativa, que pretende romper los repertorios de evitación que el cliente lleva tiempo aplicando para solucionar el problema y que constituyen parte del mantenimiento de ese mismo problema; también se pretende en esta fase eliminar el soporte verbal y social que mantiene esa evitación continua. La fase 2, denominada El control es el problema y no la solución, que pretende demostrarle al individuo que sus intentos de control son el propio problema y donde el terapeuta ha de moldear esta aproximación a su problema, para que deje activamente de hacer lo que hacía hasta ese momento. La fase 3, llamada Construyendo la Aceptación trata de dismantelar el lenguaje, las funciones del lenguaje y su relación con las emociones o los recuerdos del cliente, según los autores es un proceso de «desliteralización» del propio lenguaje y de tratar de proponer como alternativa a la evitación, la aceptación psicológica. En la fase 4, se establece el yo como contexto y no como contenido; se trata de situar verbalmente la construcción del yo como persona, como centro desde el que actuar y diferenciarlo de las emociones, pensamientos o recuerdos. En la fase 5, denominada Valorando, se trata de analizar los valores del cliente, los fundamentos desde los que actúa y también las bases verbales sobre las que se asientan esos valores y, a partir de ello, escoger y valorar una dirección propia. La fase final es denominada Estar dispuesto y el compromiso; con ella se pretende comprometer al individuo con el cambio de su conducta, no a través de instrucciones directas, sino valorando las

conclusiones y decisiones a las que llega el cliente al final de la terapia y que ya está dispuesto a adoptar cambios por sí mismo.

Dada su novedad, esta psicoterapia se encuentra actualmente en vías de expansión e investigación, tanto en su efectividad como en su eficacia. Se han publicado ya numerosos estudios de caso único, así como estudios de grupo comparativos con otras psicoterapias y diferentes tipos de problemas clínicos. Estos serían algunos de esos resultados. El «distanciamiento comprensivo» (como fue denominada la ACT en un primer momento) es más eficaz que la terapia de Beck en pacientes depresivos (Zettle y Rains, 1989). Intervenciones dirigidas hacia la aceptación son más eficaces en el dolor crónico que las que se dirigen al control del mismo (Hayes *et al.*, 1999). Los terapeutas entrenados en ACT son más eficaces que los que no lo han sido (Strosahl, Hayes, Bergan y Romano, 1998). También, la ACT es efectiva en el tratamiento del estrés laboral (Bond y Bunce, 2000, 2003) y de la ansiedad a las matemáticas (Zettle, 2003). Su aplicación junto al procedimiento típico mejora los resultados en el tratamiento de pacientes psicóticos (Bach y Hayes, 2002).

Dada su aproximación funcional, que no topográfica, a los trastornos psicopatológicos, ha sido aplicada a una pluralidad de entidades diagnósticas en estudios de caso único: agorafobia (Carrascoso, 1999; Zaldívar y Hernández, 2001), alcoholismo (Luciano, Gómez, Hernández y Cabello, 2001; Velasco y Quiroga, 2001), anorexia (Hayes y Pankey, 2002; Heffner, Sperry, Eifert y Detweiler, 2002; Orsillo y Batten, 2002; Wilson y Roberts, 2002), ansiedad (Luciano y Gutiérrez, 2001), ansiedad generalizada (Orsillo, Roemer y Barlow, 2003; Roemer y Orsillo, 2002), cáncer (Montesinos, Hernández y Luciano, 2001), depresión (Dougher y Hackbert, 1994; López y Arco, 2002), dolor crónico (Luciano, Visdómine, Gutiérrez y Montesinos, 2001), consumo de drogas (Forsyth, Parker y Finlay, 2003; Paul *et al.*, 1999), trastornos por duelo (Luciano y Cabello, 2001), obsesiones (Ferro, 2000), psicosis (García y Pérez-Alvarez, 2001; García, Luciano, Hernández, y Zaldívar, 2004; Pankey y Hayes, 2003) y trastornos sexuales (Montesinos, 2003; Paul *et al.*, 1999).

### **Discusión: PAF, ACT y su continuidad con el análisis funcional del comportamiento**

La PAF y la ACT son dos aproximaciones terapéuticas que hicieron su presentación en la sociedad científica y profesional en sendos capítulos incluidos en el libro publicado en 1987 por Jacobson sobre la actuación de los psicoterapeutas conductuales y cognitivos en la práctica clínica. En ese libro, Kohlenberg y Tsai (1987) desarrollaban los principios de la PAF, y Hayes (1987) hacía lo propio con la ACT, a la que presentaba como una terapia contextual. Más tarde, Kohlenberg y Tsai (1991) publicaron el primer libro sobre la PAF, mientras que Hayes y otros colaboradores iban desarrollando las características de la ACT en varios artículos y capítulos de libros (Hayes y Hayes, 1992; Hayes *et al.*, 1989; Hayes, Jacobson, Follette y Dougher, 1994; Hayes y Melancon, 1989). Aunque es cierto que el desarrollo posterior de ambas terapias ha sido relativamente independiente, la PAF y la ACT mantienen suficientes puntos de contacto como para que las dos se hayan ido encontrado a lo largo de los años (Kohlenberg *et al.*,

1993). El encuentro entre la PAF y la ACT ha sido, además, propiciado por la definición de un movimiento o perspectiva más amplia denominado Análisis de la Conducta Clínica (ACC). Dougher (1993) consideraba que desde esta perspectiva se «extiende la aplicación del análisis de la conducta a poblaciones clínicas y temas que han sido tradicionalmente descuidados por los analistas de conducta» y se «exploran las implicaciones de la investigación de orientación analítico-conductual, especialmente en el área de la conducta verbal, a temas clínicos» (p. 269). En este movimiento se han venido incluyendo a lo largo de los años tanto la PAF (Kohlenberg *et al.*, 1993; Kohlenberg y Tsai, 1994b) como la ACT (Hayes y Wilson, 1993, 1994) y sus derivaciones (Dougher, 2000; Dougher y Hackbert, 1994).

Por todo esto, no debe extrañar que la divulgación en España de ambas terapias también se haya producido de manera conjunta. Fue el trabajo de Pérez-Álvarez (1996a), y sobre todo su imprescindible libro para el lector hispano *La psicoterapia desde el punto de vista conductista* (Pérez-Álvarez, 1996b), los que alertaron en nuestros pagos de la existencia tanto de la PAF como de la ACT, y del movimiento conocido como ACC. También podemos resaltar la importante labor de Ferro y Valero (1998) en la divulgación de ambas terapias desde una perspectiva clínica y ejemplificadora, a la que han contribuido también diversos estudios de caso publicados (Ferro, 2000; Ferro, Valero y Vives, 2000; López, Ferro y Calvillo, 2002).

La claridad con la que la PAF y la ACT han sido expuestas en los textos originales anglosajones, y el rigor con el que los autores españoles antes citados y algunos otros (por ejemplo, Carrasco, 2001) la han desarrollado en nuestro país, dejan poco lugar a la duda sobre la naturaleza y fundamentos de ambas aproximaciones terapéuticas. Concretamente, Pérez-Álvarez (1996a, 1996b) ha puesto de manifiesto desde el principio cómo ambas terapias, y el movimiento del ACC en el que se integran, son un desarrollo de la tradición del análisis (funcional) de la conducta y suponen una superación de las limitaciones padecidas por la terapia de conducta tradicional. En otras palabras, se ha puesto de manifiesto con claridad que la PAF y la ACT suponen a la vez una continuación de la tradición del análisis de la conducta y una actualización en la medida que incluye las innovaciones procedentes de la moderna investigación sobre la conducta verbal o análisis funcional del lenguaje (ver también Pérez-Álvarez, 2004). No parece que nadie haya puesto en duda tales relaciones de continuidad o, al menos, no hemos podido detectar una crítica o discusión de estos aspectos formulada a través de los medios convencionales (revistas científicas y libros). Sin embargo, hemos sido testigos de como en determinados foros –reuniones, jornadas, y listas de discusión en internet– algunos analistas de conducta ponen de manifiesto su rechazo a este tipo de psicoterapias conductuales. En general, este rechazo parece fundamentarse en la negación de: a) el carácter conductual de la PAF y/o la ACT, y b) la continuidad existente entre ambas terapias y el análisis (funcional) de la conducta más tradicional.

En defensa de la continuidad de ambas terapias respecto del análisis de la conducta más tradicional se podría argumentar precisamente que ambas forman parte del ACC (Dougher, 1993, 1994a; Hayes y Bisset, 2000). Así, las señas de identidad del análisis de la conducta (por ejemplo, contextualismo, funcionalismo, monismo, no mentalismo,

no reduccionismo, métodos ideográficos), caracterizan también al análisis de la conducta clínica (Dougher, 1993; Dougher y Hayes, 2000). Tanto el análisis de la conducta tradicional como el ACC hacen uso de los principios del análisis experimental del comportamiento en contextos clínicos o aplicados (Dougher y Hayes, 2000). La principal diferencia entre ambos reside en que el ACC considera fundamental, junto a los principios tradicionales (por ejemplo, reforzamiento, castigo, control de estímulos, etc.), la investigación realizada sobre la conducta verbal, en lo que respecta a la función del lenguaje, la conducta gobernada por reglas o las relaciones de equivalencia (Hayes y Bissett, 2000; Hayes y Wilson, 1993; Kohlenberg *et al.*, 1993). La importancia concedida a la interacción verbal y el lenguaje, analizado en términos funcionales, puede suponer un cambio respecto a los objetivos y técnicas de intervención aplicados con otras poblaciones y en situaciones institucionales más tradicionales. Sin embargo, cuando el ACC considera que el análisis funcional de la conducta verbal mejora nuestra comprensión de ciertos fenómenos clínicos o juega un papel central en el proceso terapéutico (Hayes y Ju, 1998; Wilson y Balckledge, 2000), no está haciendo sino actualizar sus objetivos y procedimientos terapéuticos en base a los principios investigados desde el análisis experimental del comportamiento humano.

Ciertamente, aún admitiendo que el ACC es una continuación del análisis de la conducta más tradicional, y una actualización, se podría poner en duda que los principios, fundamentos, objetivos o técnicas concretas de la PAF o la ACT estén realmente relacionados con esa tradición analítico conductual. Demostrar esta relación de continuidad requeriría el análisis de cada una de estas dos opciones terapéuticas, que vamos a realizar en el limitado espacio disponible. Señalan Kohlenberg y Tsai (1991) que la PAF se deriva «quizás inesperadamente» del análisis funcional de la conducta (skinneriano) y capitaliza la claridad, lógica y definiciones precisas del conductismo radical. En este sentido, lo inesperado se produce cuando se aplica el análisis funcional, incluido el análisis funcional del lenguaje, a la relación terapéutica (Kohlenberg, Tsai y Kohlenberg, 1996). Este es un tratamiento conductual radical (Hayes y Ju, 1998; Pérez-Álvarez, 1996a, 1996b) en el que la relación cliente-terapeuta es el centro del proceso del cambio, y donde la psicoterapia se entiende como un proceso de moldeamiento de la conducta que ocurre en sesión. Los fundamentos de la PAF son (Kohlenberg y Tsai, 1991, 1995a): las contingencias de reforzamiento en la sesión terapéutica (incluyendo el uso del reforzamiento natural), la generalización del cambio en la medida que se produce una similitud funcional entre la sesión y la vida diaria, el moldeamiento de la conducta a lo largo de las sesiones, y el trabajo centrado en la conducta verbal del paciente y el terapeuta. Kohlenberg y Tsai (1991) toman en consideración no sólo la conducta abierta, especialmente verbal, que se produce en sesión, sino que analizan las emociones, memorias, cogniciones, creencias, y el yo en términos conductuales y en base a los principios identificados por la investigación experimental básica. Desde estos planteamientos conductuales se ofrece incluso un análisis funcional de la terapia cognitiva aplicada a la depresión y del paradigma cognitivo A-B-C (Kohlenberg y Tsai, 1991, 1994b; Kohlenberg *et al.*, 1996). La PAF define tanto los problemas clínicos como las metas y objetivos terapéuticos en términos conductuales (conductas clínicamente relevantes durante la sesión), considera la conducta en términos funcionales, y entiende



como fundamental la observación y análisis de la conducta durante la terapia. Las técnicas o procedimientos propuestos por Kohlenberg y Tsai (1991, 1995a) para el cambio terapéutico implican el análisis de la conducta en la situación terapéutica (observar conductas clínicamente relevantes o efectos reforzantes de la conducta del terapeuta) y la manipulación de factores antecedentes (evocar conductas, formulación de reglas más efectivas) y consecuentes (reforzar mejorías). En resumen, la PAF se basa en principios conductuales, se centra en problemas clínicos definidos y analizados funcionalmente, y propone procedimientos o técnicas de intervención derivados también del análisis funcional de la conducta.

El principal punto de divergencia de la PAF respecto al análisis de la conducta más tradicional es también su principal aportación: considerar la relación terapéutica como el centro del proceso terapéutico (Kohlenberg y Tsai, 1991). Esto puede ser una «conclusión inesperada» de la interpretación conductual radical de la psicoterapia realizada por Kohlenberg y Tsai (1991, p. 169), pero como destaca Pérez-Álvarez (2004) es totalmente coherente con la lógica del aprendizaje. Sinceramente, resulta difícil entender que se pueda cuestionar el carácter conductual de la PAF, sobre todo cuando se consideran los avances ocurridos las últimas décadas respecto al análisis funcional de la conducta verbal.

El caso de la ACT puede ser algo más complicado. En diferentes trabajos Hayes ha defendido la vinculación de esta terapia con el contextualismo funcional (Hayes y Bissett, 2000; Hayes y Ju, 1998), variante del conductismo radical que suele considerarse el fundamento filosófico del análisis funcional de la conducta (véase Pérez-Álvarez, 2004). Además, Hayes y Bissett (2000) también advierten que la ACT se basa en el análisis de conducta contemporáneo. En este sentido, cabe recordar que según reconocen los propios autores (Hayes y Bissett, 2000; Hayes y Ju, 1998; Hayes *et al.*, 1999) la ACT se fundamenta en los principios derivados de los estudios actuales sobre: conducta gobernada por reglas, relaciones estimulares derivadas (relaciones de equivalencia) y el análisis funcional conductual del lenguaje. La relación entre estos fenómenos verbales es analizada desde la «teoría del marco relacional». Es difícil definir en términos conductuales simples el objetivo de la ACT, tanto las conductas problema a las que se dirige como su objetivo terapéutico o conductas blanco. De forma plenamente coherente con el análisis funcional de la conducta, los autores optan por definir las conductas problema funcionalmente. Para ello se prescinde de definiciones topográficas, de contenido, o en base a constructos (por ejemplo, trastornos) y se establece como objeto de intervención la evitación experiencial (véase Hayes *et al.*, 1999; Luciano y Hayes, 2001). Desde esta terapia se asume que la evitación experiencial puede tener efectos destructivos cuando no puede funcionar (Hayes *et al.*, 1999). Mediante la ACT se pretende alterar la función de los eventos privados en su relación con la conducta abierta (Hayes *et al.*, 1999), socavar y transformar el control que las reglas ejercen sobre la conducta (Hayes y Ju, 1998), de tal manera que el individuo entre en contacto con esos eventos que evita y las reacciones que resultan de ese contacto, lo que se denomina «aceptación» (véase también Hayes, 1994). La aceptación sería uno de los objetivos terapéuticos, junto con el compromiso para «ACTuar». Aceptar puede ser entendido también como acto o conducta, algo que uno hace (Dougher, 1994b). En

cualquier caso, aceptar es un objetivo terapéutico sólo en aquellos contextos en los que supone un beneficio para el individuo que no intente evitar, controlar o cambiar las contingencias relevantes que operan en ese momento.

Con la ACT no se pretende cambiar las reacciones del individuo (la topografía o el contenido) sino la función de los eventos privados (Hayes, 1994; Hayes y Ju, 1998). Como señala Pérez-Álvarez (1996b) su objetivo no es cambiar la conducta, sino el problema, cambiando el contexto en el que se dan las conductas y problemas. Para ello se propone una serie de técnicas u operaciones conductuales de tipo experiencial y metafórico (véanse los manuales: Hayes, McCurry, Afari y Wilson, 1995; Hayes *et al.*, 1999; Wilson y Luciano, 2002), dirigidas a debilitar el control ejercido sobre la conducta del individuo por ciertas reglas de control emocional y cognitivo (Hayes y Ju, 1998). Con estas técnicas fundamentalmente verbales y experienciales se intenta desmantelar el contexto social y verbal bajo el que se producen los intentos ineficaces de control de la conducta a través de eventos privados (como destaca Pérez-Álvarez, 1996a, 1996b, 2004). Naturalmente, esto sí supone un cambio importante respecto de la tradición terapéutica representada no sólo por el análisis funcional de la conducta, sino también por la terapia de conducta. Las técnicas u operaciones terapéuticas tradicionales suelen ir dirigidas al cambio o control de la conducta, de su forma o contenido y de su frecuencia, o del control estimular por el que se produce. Para ello el terapeuta realiza manipulaciones ambientales en relación con la conducta del paciente a nivel de sus antecedentes o consecuencias. La ACT por el contrario no se centra en el cambio de las conductas supuestamente problemáticas, eventos privados o conductas abiertas, sino que intenta alterar la relación funcional entre ambas: la función de los eventos privados respecto a la conducta abierta, de las palabras, de las reglas ineficaces sobre el control emocional o cognitivo (Hayes y Ju, 1998). Y para alterar esa función controladora del lenguaje y de las reglas ineficaces se proponen procedimientos que en absoluto son convencionales ni se derivan directamente de la investigación básica experimental sobre el comportamiento humano. En este sentido, el proceder de la ACT sí que se aleja de forma significativa de lo que hasta el momento ha sido la tradición del análisis funcional de la conducta.

En cualquier caso, a un analista de conducta clásico tanto la PAF como, sobre todo, la ACT pueden plantearle problemas teóricos y conceptuales que dificulten su aceptación o justifiquen su rechazo. No parece, en cualquier caso, que un analista de conducta al día de los avances sobre al análisis experimental de la conducta verbal pueda tener problemas con el uso y comprensión de conceptos relacionados con la función del lenguaje, la conducta gobernada por reglas o la relaciones de equivalencia. Tampoco creemos que las legítimas dudas que plantea la teoría del marco relacional puedan ser determinantes en el rechazo o aceptación de la ACT. Por último, y aunque convertir la relación terapéutica en una verdadera relación terapéutica como propone la PAF (Pérez-Álvarez, 2004) suponga un cambio para muchos analistas de conducta, tampoco parece que esto pueda suponer una ruptura con los principios fundamentales que inspiran el análisis de la conducta. Sin embargo, desde un punto de vista conceptual, un analista de conducta clásico sí puede experimentar dificultades por la utilización de términos ajenos a su tradición experimental y teórica: psicoterapia, yo, acep-



tación, interpretación, desesperanza creadora, paradojas, metáforas, etc. El hecho de que estas palabras puedan ser utilizadas también por otras terapias contrarias a la tradición del análisis funcional de la conducta, sin duda ha causado una enorme perplejidad. Pese a todo, no deben preocupar tanto las palabras usadas como el uso que se hace de ellas. En este sentido, podría criticarse a la ACT la ausencia de una definición precisa de muchos de los términos que utiliza. No es que los intentos de definición no se produzcan, sino que en ocasiones no termina de haber un acuerdo entre autores, ni satisfacción por la forma como se abordan conceptos fundamentales como el de aceptación (véase Ferro, 1998, para una discusión). Es ilustrativo en este sentido el mayor o menor desacuerdo sobre la aceptación y su naturaleza que expresan diversos autores a lo largo del texto de Hayes *et al.* (1994) *Acceptance and Change: Content and Context in Psychotherapy* (Aceptación y cambio: contenido y contexto en psicoterapia) (véase por ejemplo, Cordova y Kohlenberg, 1994; Dougher, 1994b; Haas, 1994; Hayes, 1994; McCurry, 1994; Zettle, 1994). Algo parecido sucede con el concepto de evitación experiencial (véase Ferro, 2000; Hayes *et al.*, 1996; Hayes *et al.*, 1999; Luciano y Hayes, 2001; Wilson y Luciano, 2002). Pero estas divergencias no invalidan ni el interés de la terapia ni sus aportaciones, aunque una definición más precisa de estos fenómenos siga siendo un reto que sus autores no deben abandonar.

Para un analista de conducta clásico, al igual que para cualquier terapeuta de conducta, puede suponer un reto aún mayor el cambio de perspectiva sobre los problemas psicológicos que supone la ACT. Esto es, el cambio de una terapia dirigida al contenido a otra dirigida al contexto de los problemas, y el considerar que en ocasiones el problema puede ser precisamente los intentos de solución que se potencian desde las mismas terapias tradicionales. En este sentido, la ACT es una terapia paradójica con la lógica clínica más aceptada (Pérez-Álvarez, 2004). Precisamente este cambio de perspectiva, al trasladar el énfasis del contenido de la conducta a su función, acentúa uno de los aspectos más definitorios del análisis funcional de la conducta. Se puede estar en desacuerdo con la justificación para este cambio (véase Hayes *et al.*, 1999), pero difícilmente puede negarse el carácter funcional y radical del mismo.

Por último, las estrategias y procedimientos terapéuticos propuestos desde la ACT, probablemente también han resultado difíciles de comprender y aceptar. Puede que los intentos de algunos autores por resaltar afinidades entre la PAF o la ACT y otras tradiciones terapéuticas (Carrascoso, 2001; Kohlenberg y Tsai, 1991; Pérez-Álvarez, 1996a, 1996b, 2001) hayan creado una relación de equivalencia entre ellas que explique el rechazo de algún veterano analista de conducta. Pero estos análisis de afinidades, semejanzas y diferencias pueden resultar enormemente instructivos y necesarios para otros. Lo realmente sustancial son las estrategias y procedimientos terapéuticos que la ACT propone. En este sentido, nuevamente la terminología utilizada en los manuales terapéuticos (Hayes *et al.*, 1995; Hayes *et al.*, 1999; Wilson y Luciano, 2002), y no el contenido expuesto en los mismos, puede ser el responsable de ciertas incomprensiones y rechazos. El problema puede ser superado por el analista de conducta reticente si centra su atención en la descripción de las técnicas y fundamentos conceptuales y empíricos de las mismas. También sería de ayuda que en el futuro se realizaran estudios empíricos sobre los fundamentos de esas técnicas o, si se quiere, de los mecanismos responsables del cambio funcional que se pretende con su utilización.

En conclusión, tanto la PAF como la ACT, deben ser consideradas como terapias conductuales, inmersas en el movimiento del Análisis de la Conducta Clínica. Suponen una continuación y actualización del análisis funcional de la conducta dirigido a problemas que se dan en el contexto poco controlado de la relación terapéutica clásica. La continuidad entre estas terapias se observa en sus fundamentos conceptuales y empíricos, en el énfasis puesto en la conducta y su función, y en la forma como se interviene frente a los problemas clínicos. A su vez, ambas terapias suponen un avance y actualización de planteamientos más clásicos, e incluso una superación de ciertas limitaciones que impedirían una evolución realmente «funcional» de la terapia de conducta.

### Referencias

- Ayllon, T., Haughton, E. y Hughes, H. B. (1965). Interpretation of symptoms: Fact or fiction? *Behaviour, Research and Therapy*, 3, 1-7.
- Ayllon, T. y Michael, J. (1959). The psychiatric nurse as a behavioral engineer. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 1, 323-334.
- Bach, P. y Hayes, S. C. (2002). The use of Acceptance and Commitment Therapy to prevention rehospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1129-1139.
- Bijou, S. W. (1965). Experimental studies of child behavior, normal and deviant. En L. Krasner y L. P. Ullman (Eds.), *Research in Behavior Modification* (pp. 56-81). Nueva York: Holt, Rinehart, & Winston.
- 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, 156-161.
- Bond, F. W. y Bunce, D. (2003). The role of acceptance and job control in mental health, job satisfaction, and work performance. *Journal of Applied Psychology*, 88, 1057-1067.
- Carrascoso, F. J. (1999). Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el trastorno de Angustia con Agorafobia: un estudio de caso. *Psicothema*, 11, 1-12.
- Carrascoso, F. J. (2001). Algunas implicaciones derivadas y peculiaridades de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). *Apuntes de Psicología*, 19, 327-360.
- Cordova, J. V. y Kohlenberg, R. J. (1994). Acceptance and the therapeutic relationship. En S.C. Hayes, N.S. Jacobson, V.M. Follette y M.J. Dougher (Eds.), *Acceptance and Change: Content and Context in Psychotherapy* (pp. 125-142). Reno: Context Press.
- Dougher, M. J. (1993). Clinical behavior analysis. Introduction. *The Behavior Analyst*, 16, 269-270.
- Dougher, M. J. (1994a). Clinical behavior analysis. *The Behavior Analyst*, 17, 287.
- Dougher, M. J. (1994b). The act of acceptance. En S.C. Hayes, N.S. Jacobson, V.M. Follette y M.J. Dougher (Eds.), *Acceptance and Change: Content and Context in Psychotherapy* (pp. 46-50). Reno: Context Press.
- Dougher, M. J. (2000). *Clinical Behavior Analysis*. Reno: Context Press.
- Dougher, M. J. y Hackbert, L. (1994). A behavior-analytic account of depression and a case report using acceptance-based procedures. *The Behavior Analyst*, 17, 321-334.
- Dougher, M. J. y Hayes, S. C. (2000). Clinical behavior analysis. En M.J. Dougher (Ed.), *Clinical Behavior Analysis* (pp. 11-25). Reno: Context Press.
- Ferro, R. (1998). La aceptación y la terapia de conducta. *Análisis y Modificación de Conducta*, 24, 217-237.

- Ferro, R. (2000). Aplicación de la terapia de aceptación y compromiso en un ejemplo de evitación experiencial. *Psicothema*, *12*, 445-450.
- Ferro, R. y Valero, L. (1998). Psicoterapias conductistas: nuevos enfoques clínicos. *Psicologemas*, *12*, 31-62.
- Ferro, R., Valero, L. y Vives, M. C. (2000). Aplicación de la Psicoterapia Analítico Funcional. Un análisis clínico de un trastorno depresivo. *Análisis y Modificación de Conducta*, *26*, 291-317.
- Ferster, C. B. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist*, *33*, 857-870.
- Forsyth, J. P., Parker, J. D. y Finlay, C. G. (2003). Anxiety sensitivity, controllability, and experiential avoidance and their relation to drug of choice and addiction severity in a residential sample of substance-abusing veterans. *Addictive Behaviors*, *28*, 851-870.
- Friman, P. C., Hayes, S. C. y Wilson, K. G. (1998). Why behavior analysts should study emotion: The example of anxiety. *Journal of Applied Behavior Analysis*, *31*, 137-156.
- García, J. M., Luciano, M. C., Hernández, M. y Zaldívar, F. (2004). Aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) a sintomatología delirante: un estudio de caso. *Psicothema*, *16*, 117-124.
- García, J. M. y Pérez Álvarez, M. (2001). ACT como tratamiento de síntomas psicóticos. El caso de las alucinaciones auditivas. *Análisis y Modificación de Conducta*, *27*, 455-472.
- Haas, J. R. (1994). The elusive nature of acceptance. En S. C. Hayes, N. S. Jacobson, V. M. Follette y M. J. Dougher (Eds.), *Acceptance and Change: Content and Context in Psychotherapy* (pp. 33-35). Reno: Context Press.
- Hayes, S. C. (1987). A contextual approach to therapeutic change. En N. Jacobson (Ed.), *Psychotherapists in clinical practice: Cognitive and behavioral perspectives* (pp. 327-387). Nueva York: Guilford Press.
- Hayes, S. C. (1994). Content, context, and the types of psychological acceptance. En S.C. Hayes, N.S. Jacobson, V.M. Follette y M.J. Dougher (Eds.), *Acceptance and Change: Content and Context in Psychotherapy* (pp. 13-35). Reno: Context Press.
- 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.
- Hayes, S. C. y Bissett, R. T. (2000). Behavioral psychotherapy and the rise of clinical behavior analysis. En J. Austin y J. E. Carr (Eds.), *Handbook of applied behavior analysis* (pp. 231-245). Reno: Context Press.
- Hayes, S. C. y Hayes, L. J. (1992). Verbal relations and the evolution of behavior analysis. *American Psychologist*, *47*, 1383-1395.
- Hayes, S. C., Jacobson, N. S., Follette, V. M. y Dougher, M. J. (1994). *Acceptance and Change: Content and Context in Psychotherapy*. Reno: Context Press.
- Hayes, S. C. y Ju, W. (1998). The applied implications of rule-governed behavior. En W. O'Donahue (Ed.), *Learning and behavior therapy* (pp. 374-391). Boston: Allyn and Bacon.
- Hayes, S. C., Kohlenberg, B. S. y Melancon, S. M. (1989). Avoiding and altering rule-control as a strategy of clinical intervention. En S. C. Hayes (Ed.), *Rule-Governed Behavior: Cognition, Contingencies, and Instructional Control* (pp. 359-384). Nueva York: Plenum Press.
- Hayes, S. C., McCurry, S. M., Afari, N. y Wilson, K. G. (1995). *Acceptance and Commitment therapy (ACT). A therapy manual for the treatment of emotional avoidance*. Reno: Context Press.
- Hayes, S. C. y Melancon, S. M. (1989). Comprehensive distancing, paradox, and the treatment of emotional avoidance. En L.M. Asher (Ed.), *Therapeutic Paradox* (pp. 184-218). Nueva York: Guilford Press.
- Hayes, S. C. y Pankey, J. (2002). Experiential avoidance, cognitive fusion, and an ACT approach to anorexia nervosa. *Cognitive and Behavioral Practice*, *9*, 243-247.

- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy. An Experiential Approach to Behavior Change*. Nueva York: Guilford Press.
- Hayes, S. C. y Wilson, K. G. (1993). Some applied implications of a contemporary behavior-analytic account of verbal events. *The Behavior Analyst*, *16*, 283-301.
- Hayes, S. C. y Wilson, K. G. (1994). Acceptance and Commitment Therapy: Altering the verbal support for experiential avoidance. *The Behavior Analyst*, *17*, 289-303.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M. y Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*, 1152-1168.
- Heffner, M., Sperry, J., Eifert, G. H. y Detweiler, M. (2002). Acceptance and Commitment Therapy in the treatment of an adolescent female with anorexia nervosa: A case example. *Cognitive and Behavioral Practice*, *9*, 232-236.
- Kanter, J. W., Kohlenberg, R. J. y Loftus, E. F. (2002). Demand characteristics, treatment rationales, and cognitive therapy for depression. Recuperado el 15 de junio de 2004 de <http://journals.apa.org/prevention/volume5/pre0050041c.html>.
- Kanter, J. W., Kohlenberg, R. J. y Loftus, E. F. (2004). Experimental and psychotherapeutic demand characteristics and the cognitive therapy rationale: An analogue study. *Cognitive Therapy and Research*, *28*, 229-239.
- Kanter, J., Parker, C. y Kohlenberg, R. J. (2001). Finding the self: A behavioral measure and its clinical implications. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *38*, 198-211.
- Koerner, K., Kohlenberg, R. J. y Parker, C. (1996). Diagnosis of personality disorder: A radical behavioral alternative. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*, 1169-76.
- Kohlenberg, R. J. (2003a). AABT, human misery and transference: A response to Arnold Lazarus. *The Behavior Therapist*, *26*, 7.
- Kohlenberg, R. J. (2003b). AABT: On the precipice of becoming dysfunctional. *The Behavior Therapist*, *26*, 284-286.
- Kohlenberg, R. J., Hayes, S. C. y Tsai, M. (1993). Radical Behavioral Psychotherapy: Two contemporary examples. *Clinical Psychology Review*, *13*, 579-592.
- Kohlenberg, R. J., Kanter, J., Bolling, M., Parker, C. y Tsai, M. (2002). Enhancing cognitive therapy for depression with Functional Analytic Psychotherapy: Treatment guidelines and empirical findings. *Cognitive and Behavioral Practice*, *9*, 213-229.
- Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Bolling, M., Wexner, R., Parker, C. y Tsai, M. (2004). Functional Analytic Psychotherapy, cognitive therapy, and acceptance. En S. C. Hayes, V. M. Follette, y M. Linehan (Eds.), *The new behavior therapies: Expanding the cognitive behavioral tradition* (pp. 96-119). Nueva York: Guilford Press.
- Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. (1987). Functional analytic psychotherapy. En N. Jacobson (Ed.), *Psychotherapists in clinical practice: Cognitive and behavioral perspectives* (pp. 388-443). Nueva York: Guilford Press.
- Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. (1991). *Functional Analytic Psychotherapy: A guide for creating intense and curative therapeutic relationships*. Nueva York: Plenum.
- Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. (1993). Hidden meaning: A behavioral approach. *The Behavior Therapist*, *16*, 80-82.
- Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. (1994a). Functional Analytic Psychotherapy: A behavioral approach to treatment and integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, *4*, 175-201.
- Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. (1994b). Improving cognitive therapy for depression with functional analytic psychotherapy: Theory and case study. *The Behavior Analyst*, *17*, 305-320.
- Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. (1995a). Functional analytic psychotherapy: A behavioral approach to intensive treatment. En W. O'Donohue y L. Krasner (Ed.), *Theories of behavior therapy* (pp. 637-658). Washington: American Psychological Association.

- Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. (1995b). I speak, therefore I am: A behavioral approach to understanding the self. *The Behavior Therapist*, 18, 113-116.
- Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. (1998). Healing interpersonal trauma with the intimacy of the therapeutic relationship. En V. M. Follete, J. I. Ruzek y F. R. Abueg (Eds.), *Cognitive Behavioral Therapies for Trauma* (pp. 305-320). Nueva York: Guildford.
- Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. (2000). Some radical behavioral help for Katrina. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 486-489.
- Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. (en prensa). Using the therapist-client relationship: A behavioral treatment for complex PTSD. En A. Boos (Ed.), *Die beiden Seiten der Bewältigung: Psychotherapeutische und juristische Aspekte schwerer Traumatisierungen*.
- Kohlenberg, R. J., Tsai, M. y Dougher, M. J. (1993). The dimensions of Clinical Behavior Analysis. *The Behavior Analyst*, 16, 271-282.
- Kohlenberg, R.J., Tsai, M. y Kohlenberg, B.S. (1996). Functional analysis in behavior therapy. En M. Hersen, R.M. Eisler y P.M. Miller (Eds.), *Progress in Behavior Modification* (pp. 1-24). Newbury Park: Sage Publications.
- Lindsley, O. R. (1959). Reduction in rate of vocal psychotic symptoms by differential positive reinforcement. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 2, 269.
- López, M. A., Ferro, R. y Calvillo, M. (2002). Una aplicación de la psicoterapia analítica funcional en un trastorno de angustia sin agorafobia. *Análisis y Modificación de Conducta*, 28, 553-583.
- López, S. y Arco, J.L. (2002). ACT como alternativa terapéutica a pacientes que no responden a tratamientos tradicionales: un estudio de caso. *Análisis y Modificación de Conducta*, 28, 585-616.
- Luciano, M. C. (1999). Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y Psicoterapia Analítica Funcional (FAP). Fundamentos, características y precauciones. *Análisis y Modificación de Conducta*, 25, 497-584.
- Luciano, M. C. (2001a). Sobre el Trastorno de Evitación Experiencial (TEE) y la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). *Análisis y Modificación de Conducta*, 27, 317-332.
- Luciano, M. C. (2001b). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Libro de casos*. Valencia: Promolibro.
- Luciano, M. C. y Cabello, F. (2001). Trastorno de Duelo y Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). *Análisis y Modificación de Conducta*, 27, 399-424.
- Luciano, M. C., Gómez, S., Hernández, M. y Cabello, F. (2001). Alcoholismo, Evitación Experiencial y Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). *Análisis y Modificación de Conducta*, 27, 333-371.
- Luciano, M. C. y Gutiérrez, O. (2001). Ansiedad y Terapia de Aceptación y Compromiso. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27, 373-398.
- Luciano, M. C. y Hayes, S. C. (2001). Trastorno de evitación experiencial. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 109-157.
- Luciano, M.C., Visdómine, J.C., Gutierrez, O. y Montesinos, F. (2001). ACT (Terapia de Aceptación y Compromiso) y Dolor Crónico. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27, 473-498.
- McCurry, C. (1994). Discussion of Kohlenberg's Acceptance and the therapeutic relationship. En S. C. Hayes, N. S. Jacobson, V. M. Follette y M. J. Dougher (Eds.), *Acceptance and Change: Content and Context in Psychotherapy* (pp. 143-146). Reno: Context Press.
- Montero, I. y León, O.G. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en Psicología. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 115-127.

- Montesinos, F. (2003). ACT, orientación del deseo sexual y trastorno de la erección. Un estudio de caso. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29, 291-320.
- Montesinos, F., Hernández, B. y Luciano, M. C. (2001). Aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso en pacientes enfermos de cáncer. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27, 503-523.
- Orsillo, S. M. y Batten, S. J. (2002). ACT as treatment of a disorder of excessive control: Anorexia. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 253-259.
- Orsillo, S. M., Roemer, L. y Barlow, D. H. (2003). Intregrating acceptance and mindfulness into existing cognitive-behavioral treatment for GAD: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10, 223-230.
- Pankey, J. y Hayes, S. C. (2003). Acceptance and Commitment Therapy for Psychosis. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3, 311-328.
- Paul, R. H., Marx, B. P. y Orsillo, S. M. (1999). Acceptance based psychotherapy in the treatment of an adjudicated exhibitionist: A case example. *Behavior Therapy* 30, 149-162.
- Pérez-Álvarez, M. (1996a). *Tratamientos Psicológicos*. Madrid: Editorial Universitat.
- Pérez-Álvarez, M. (1996b). *La Psicoterapia desde el punto de vista conductista*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Pérez-Álvarez, M. (2001). Afinidades entre las nuevas terapias de conducta y las terapias tradicionales con otras orientaciones. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 15-33.
- Pérez-Álvarez, M. (2002). Prefacio. En K.G. Wilson y M.C. Luciano (Eds.), *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento orientado a los valores* (pp. 19-20). Madrid: Pirámide.
- Pérez-Álvarez, M. (2004). *Contingencia y drama. La psicología según el conductismo*. Madrid: Minerva Ediciones.
- Rabin, C., Tsai, M. y Kohlenberg, R. J. (1996). Targeting sex-role and power issues with a functional analytic approach: Gender patterns in behavioral marital therapy. *Journal of Feminist Family Therapy*, 8, 1-24.
- Roemer, E. y Orsillo, S. (2002). Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder: Integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive-behavioral models. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 54-68.
- Sidman, M. (1994). Stimulus equivalence relationship: A research history. Boston: Authors cooperative.
- Skinner, B. F. (1957). *Verbal behavior*. New Jersey: Appleton-Century-Crofts.
- Skinner, B. F. (1970). *Ciencia y conducta humana*. Barcelona: Fontanella (documento original publicado en 1953).
- Skinner, B. F. (1975). *Sobre el conductismo*. Barcelona: Fontanella (documento original publicado en 1974).
- Strosahl, K. D., Hayes, S. C., Bergan, J. y Romano, P. (1998). Assessing the field effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy: An example of the manipulated training research method. *Behavior Therapy*, 29, 35-64.
- Velasco, J. A. y Quiroga, E. (2001). Formulación y solución de un caso de abuso de alcohol en términos de aceptación y compromiso. *Psicothema*, 13, 50-56.
- Wilson, K. G. y Blackledge, J. T. (2000). Recent developments in the behavior analysis of language: Making sense of clinical phenomena. En M.J. Dougher (Ed.), *Clinical Behavior Analysis* (pp. 27-46). Reno: Context Press.
- Wilson, K. G. y Luciano, M. C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.



- Wilson, K. G. y Roberts, M. (2002). Core principles in Acceptance and Commitment Therapy: An application to anorexia. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 237-243.
- Zaldívar, F. y Hernández, M. (2001). Terapia de Aceptación y Compromiso: aplicación a un trastorno de evitación experiencial con topografía agorafóbica. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27, 425-454.
- Zettle, R. D. (1994). Discussion of Dougher. On the use of acceptable language. En S.C. Hayes, N.S. Jacobson, V.M. Follette y M.J. Dougher (Eds.), *Acceptance and Change: Content and Context in Psychotherapy* (pp. 46-50). Reno: Context Press.
- Zettle, R. D. (2003). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) vs. Systematic Dsensitization in treatment of mathematics anxiety. *The Psychological Record*, 53, 197-215.
- Zettle, R. D. y Rains, J. C. (1989). Group cognitive and contextual therapies in treatment of depression. *Journal of Clinical Psychology*, 45, 436-445.