

TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT): CARACTERÍSTICAS, TÉCNICAS CLÍNICAS BÁSICAS Y HALLAZGOS EMPÍRICOS

Francisco Javier Carrascoso López

Unidad de Rehabilitación de Área «Virgen Macarena», Granada (España)

Resumen

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) ha sido una de las terapias de conducta de tercera generación que mayor atención ha recibido en las últimas décadas. La ACT ha adoptado un modelo inductivo de desarrollo del tratamiento, guiado por un conjunto bien explicitado de asunciones filosóficas, tratando de construir una tecnología de cambio conductual basada en procesos de cambio que se fomentan mediante técnicas concretas (metáforas, paradojas y ejercicios experienciales), en el contexto del trabajo con el cliente en la clarificación de sus valores personales, constituyendo un modelo funcional y contextual de intervención clínica. La evidencia disponible hasta la fecha es más sólida en el campo de los estudios experimentales y correlacionales sobre los procesos de cambio presu- puestos por la ACT que en el campo de la eficacia, aunque en esta área se han encontrado datos muy prometedores en multitud de problemas clínicos tratados con protocolos ACT, tanto en formatos de intervención breves como extensos. Se revisan algunas líneas de trabajo conceptual y empírico que la ACT aún tiene pendientes.

PALABRAS CLAVE: Terapia de aceptación y compromiso, teoría del marco relacional, procesos de cambio.

Abstract

Acceptance and Commitment Therapy (ACT) is one of the third generation behavior therapies which has attracted most attention in recent years. ACT adopted an inductive model of treatment development guided by clearly stated philosophical assumptions. Its goal focuses on a behavioral change technology based on behavioral change processes, promoted by specific techniques (metaphors, paradox and experiential exercises), in a context of work with clients in order to clarify personal values. ACT is a contextual and functional model of

clinical intervention. Up to now the strongest empirical evidence for this therapy has been obtained from correlational and experimental studies about behavioural change processes assumed by ACT. Regarding its effectiveness research, there is preliminary but very promising evidence in many clinical problems treated with ACT protocols. Some future lines of conceptual and empirical work to be solved by ACT are also revised.

KEY WORDS: *Acceptance and Commitment Therapy, relational frame theory, change processes.*

Introducción

La terapia de aceptación y compromiso (léase ACT, no como sigla) constituye una de las novedades en la terapia de conducta que más atención está recibiendo de investigadores y profesionales en los últimos tiempos. Su peculiar modo de entender la intervención clínica y su énfasis en la relación con la investigación básica sobre el lenguaje y la cognición humana, han constituido potentes señales de identidad, de modo que algunos autores han señalado su valor heurístico para la terapia de conducta, no ya sólo por lo que de potencial innovador pueda tener (Carrascoso López, 2001), si no también porque su teoría subyacente relaciona a la ACT con terapias psicológicas tradicionales. Quizá uno de sus mayores atractivos radica precisamente en el énfasis de los autores de la ACT en retomar el análisis de la conducta como filosofía para la terapia de conducta, planteando alternativas conceptuales, empíricas y técnicas a la terapia cognitiva y a los híbridos cognitivo-conductuales actualmente imperantes en el campo de la psicología clínica.

En nuestro país, la ACT es una recién llegada a la terapia de conducta y, como aúna tradición con modernidad, no es la primera vez que encontramos profesionales que se preguntan qué hay de nuevo en ella, o que comentan que sus intervenciones características (las metáforas, las paradojas y los ejercicios experienciales) ya estaban inventadas. En suma, que difícilmente puede encontrarse algo realmente nuevo en el ya trillado panorama de la terapia de conducta. No deja de ser chocante por ello que Hayes (2004) hable ya de la terapia de conducta de tercera generación, un término acuñado previamente por O'Donohue (1998).

En este contexto, el propósito de este trabajo es resaltar, en primer lugar, aquellas características de la ACT que la diferencian de otras formas de terapia dentro de la psicología clínica conductual; en segundo lugar, describir las principales características funcionales de sus técnicas de intervención; y, en tercer lugar, revisar la evidencia empírica disponible sobre sus resultados con poblaciones clínicas, así como sobre los procesos de cambio presupuestos por su teoría subyacente.

Características diferenciales de la ACT

Recientemente, Hayes, Strosahl, Bunting, Twohig y Wilson (2004) definieron la ACT como una intervención de naturaleza contextual y funcional, basada en la teoría del marco relacional (TMR), que contempla el sufrimiento humano como el pro-

ducto de la inflexibilidad psicológica producida por procesos de fusión cognitiva y de evitación experiencial. Según esta definición, el gran objetivo de la ACT consiste en fomentar en los clientes una mayor flexibilidad psicológica mediante el trabajo en procesos de cambio, tales como la aceptación de los contenidos de la propia experiencia, el distanciamiento respecto a dichos contenidos, el establecimiento de un sentido del yo que trasciende los contenidos de la experiencia, el estar presente, la clarificación de los valores personales y la expansión de los repertorios de comportamiento vinculados a dichos valores.

Esta definición formal resume las que consideramos las principales características diferenciales de la ACT con respecto a los modelos de intervención tradicionales en la psicología clínica conductual: a) su énfasis en la clarificación del marco filosófico subyacente; b) su origen en el desarrollo de un programa de investigación básica sobre el lenguaje y la cognición humana; y c) el esfuerzo realizado para detectar e investigar procesos de cambio conductual que permitan posteriormente desarrollar y seleccionar técnicas de intervención concreta orientadas a la modificación de dichos procesos.

El papel del marco filosófico en el desarrollo de las tecnologías de cambio conductual

A diferencia de la tradición mayoritaria en la psicología clínica conductual, para la ACT el esfuerzo de clarificación de la filosofía subyacente resulta especialmente importante, dado que este trabajo es el que permite seleccionar metas analíticas (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999). Si reparamos en la naturaleza del conocimiento científico, éste consiste, en esencia, en conjuntos organizados de proposiciones (datos, artículos, libros, páginas web, etc.). Dichos conjuntos de proposiciones pueden describirse como afirmaciones con alcance, precisión, organización y profundidad (Hayes, 1991). Por «alcance» se quiere decir que una proposición cuenta con un amplio rango de aplicabilidad. Por ejemplo, la proposición «la cerveza se fabrica con lúpulo, cebada y agua» posee un mayor alcance que «una vez hecho el sofrito, añadir la carne y un litro de cerveza y cocer a fuego lento». La cerveza se puede fabricar con los mencionados ingredientes en cualquier lugar donde contemos con ellos, pero para cocinar la receta de caldereta, sólo si disponemos de cerveza podremos emplearla como ingrediente: simplemente, esta receta no nos dice cómo fabricar cerveza.

Siguiendo con nuestro ejemplo, la receta de caldereta es más rica en precisión que la proposición que enuncia los ingredientes básicos imprescindibles para la fabricación de cerveza. La precisión no consiste más que en la especificación de las condiciones y modo de empleo de un procedimiento.

La organización y la profundidad son consecuencias del alcance y la precisión. Si sabemos qué ingredientes emplear (alcance) y los procedimientos para fabricar cerveza (precisión), podemos obtener cerveza de modo fiable en cualquier fábrica en cualquier lugar del mundo (organización), y podremos hacernos preguntas sobre

qué procesos químicos intervienen en la producción de cerveza dados determinados ingredientes y condiciones de fabricación, preguntas que trascienden las condiciones concretas de su producción (profundidad).

Para la ACT, el desarrollo de nuevas tecnologías de cambio conductual requiere de este trabajo de clarificación filosófica, que equivale al alcance. Con proposiciones ricas en precisión pero pobres en alcance, es imposible desarrollar nuevos procedimientos, sistematizar datos ya existentes, y tratar problemas de relevancia para clientes y profesionales. Simplemente es imposible en base a la receta de caldereta, fabricar cerveza o cocinar una paella. Pero entre la caldereta y la paella además no hay ningún nexo de unión (organización), y poco tienen que decir sobre la vida en los lugares en las que se la cocina (profundidad): constituyen recetas diferentes con ingredientes distintos. El lenguaje rico en precisión pero pobre en alcance no permite detectar procesos funcionalmente equivalentes para la preparación de recetas (la preparación de la base o sofrito, los tiempos de cocción, el proceso mismo de cocción y como regularlo, etc.), y por consiguiente, constituye un obstáculo para alcanzar organización y profundidad.

En su desarrollo, la ACT ha sido coherente con la importancia que le concede al trabajo de clarificación de la filosofía subyacente. En la tradición de la terapia cognitiva, por ejemplo, el proceso de desarrollo de tratamientos se ha iniciado con el diseño del procedimiento y las técnicas de intervención, y la realización de ensayos clínicos. Sólo después se ha pasado al desmantelamiento de los tratamientos para aislar sus ingredientes clave para, por último, investigar procesos de cambio. La ACT ha seguido justamente el camino inverso (Zettle, 2005).

Iniciado un programa de investigación básica sobre la taxonomía de la conducta verbal de Skinner (1981), y su distinción entre la conducta gobernada por reglas y la conducta moldeada por las contingencias (Skinner, 1979), se desarrolló la TMR, lo que obligó a mejorar, depurar y acuñar nuevos conceptos que pudieran capturar las propiedades del lenguaje y la cognición humana, reconocidos como claves en la psicología clínica (Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001), y a clarificar el marco filosófico del análisis de la conducta (Gifford y Hayes, 1999; Hayes, Hayes, Reese y Sarbin, 1993). Este programa de investigación, junto a datos preliminares sobre la eficacia de la primera versión publicada de la ACT (distanciamiento comprensivo; Hayes, 1987; Zettle y Hayes, 1986), permitieron identificar procesos de cambio conductual diferentes a los hipotetizados por la terapia cognitiva, lo que llevó a depurar la ACT sucesivamente, añadiendo intervenciones nuevas (nuevas metáforas y ejercicios experienciales, así como las técnicas de mindfulness). Sólo tras la publicación de su primer manual (Hayes *et al.* 1999), comenzó la aparición de protocolos de tratamiento con múltiples poblaciones, estudios de caso, ensayos clínicos y estudios de eficacia. Entre los primeros pasos dados y el primer manual transcurrieron 13 años.

Desde la ACT se entiende la filosofía y la teoría no como razones verbales que justifican una técnica, sino como proposiciones que seleccionan las variables a explorar para generar técnicas y condiciones de aplicación con la máxima eficacia, efectividad y eficiencia posibles. Es decir, que la filosofía y la teoría permiten seleccionar metas analíticas como prerequisites imprescindibles para la innovación

conceptual y tecnológica, teniendo en cuenta que, de forma coherente con el contextualismo funcional, el criterio de verdad aplicado es que dichas metas hayan sido alcanzadas con éxito.

La vinculación de las tecnologías de cambio conductual con la investigación básica

Desde la ACT se considera que el desarrollo de nuevas tecnologías de cambio conductual debe estar vinculado siempre a la investigación básica. Por investigación básica, la ACT no entiende investigación sobre, por ejemplo, el papel de los pensamientos en los estados de ánimo. Más bien, el concepto de investigación básica que se tiene en ACT, se refiere a la investigación experimental de laboratorio orientada a aislar relaciones funcionales entre variables que muestren control contextual, y, por tanto, de amplia generalidad.

A diferencia de otras terapias dentro de la tradición de la psicología clínica conductual, la ACT defiende un modelo de interés mutuo de vinculación entre la ciencia básica y el desarrollo tecnológico (Hayes, 1998). El modelo de interés mutuo simplemente defiende que la ciencia básica y el desarrollo tecnológico, pese a seguir caminos diferentes, se alimentan mutuamente proporcionándose cuestiones y problemas de investigación que permiten el avance conceptual y empírico de ambas empresas científicas. De hecho el lenguaje rico en precisión de la tecnología no puede constituir una fuente de novedad per se dado que, por su propia naturaleza, queda restringido a la descripción de situaciones delimitadas y con escasa generalidad empírica. Por ejemplo, una descripción de la desensibilización sistemática basada en el procedimiento y otra basada en las relaciones funcionales en las que se basa no tienen el mismo alcance o generalidad. La segunda descripción permite vincular a la ciencia básica y al desarrollo tecnológico entre sí, proporcionándose, como ya se ha dicho, nuevos problemas de investigación. La primera no, puesto que se limita a describir las particularidades de la aplicación de la técnica.

Un ejemplo muy claro de las implicaciones del modelo de interés mutuo entre la ciencia básica y el desarrollo tecnológico lo constituye la técnica de la parada del pensamiento. Habitualmente se asume que la parada del pensamiento es una técnica indicada ante la presencia de pensamientos repetitivos, de naturaleza irracional, y que generan un importante malestar. Se la considera una técnica relativamente eficaz (Lozano Oyola, Rubio Zarzuela y Pérez San Gregorio, 1999). Formalmente suele considerarse que la parada del pensamiento constituye una técnica de distracción o un castigo positivo.

Sin embargo, la investigación de laboratorio sobre la supresión del pensamiento y sus efectos, empleando el paradigma del oso blanco desarrollado por Wegner y colaboradores con población general y clínica (Wegner, 1994), ha cuestionado el valor de las estrategias de supresión. Wegner y su equipo han mostrado, por ejemplo, que la supresión hace hiperaccesibles los pensamientos suprimidos (Wegner y Erber, 1992), que la relajación bajo condiciones de estrés aumenta los niveles de éste (Wegner, Broome y Blumberg, 1997), y que los pensamientos suprimidos pueden retornar en los sueños (Wegner, Wenzlaff y Kozak, 2004).

Por tanto, no podemos considerar a la parada del pensamiento como un procedimiento de cambio conductual de eficacia establecida. No fue sintetizada a partir de procesos psicológicos; desconocemos qué procesos de cambio puedan estar implicados en sus efectos; los trabajos experimentales sobre la supresión del pensamiento muestran de modo uniforme su escasa utilidad general a medio y largo plazo, y los efectos adversos que puede generar. El resultado es que contamos con un procedimiento descrito con relativa precisión, pero con escaso alcance, organización y profundidad, y por consiguiente, cuyos efectos no se encuentran bien documentados.

Es en este sentido que la ciencia básica constituye una de las principales fuentes de innovación en la psicología clínica empírica (Hayes, 2005): permite aislar relaciones funcionales entre variables manipulables que por tanto, poseen una amplia generalidad. El aislamiento de dichas relaciones funcionales permite diseñar procedimientos y técnicas que, una vez probadas y aplicadas, pueden a su vez identificar nuevos problemas de investigación para la ciencia básica. De este modo, la psicología clínica conductual mantiene vínculos constantes con la ciencia básica: logra un amplio alcance sin sacrificar la precisión, consiguiendo de paso mayor organización y profundidad.

La investigación sobre procesos de cambio conductual

A diferencia de otras terapias de la tradición de la psicología clínica conductual, que una vez desarrolladas comenzaron por testar su eficacia, la ACT desde sus orígenes como distanciamiento comprensivo, se interesó muy especialmente por los procesos responsables de los cambios conductuales observados.

En su forma inicial, la ACT surgió como un tratamiento conductista radical para la depresión. Los datos de los primeros estudios de eficacia (Zettle y Hayes, 1986; Zettle y Raines, 1989) mostraron que podía funcionar mediante procesos de cambio diferentes de los hipotetizados por la terapia cognitiva de Beck. Concretamente, se observó que las medidas empleadas de credibilidad en los pensamientos automáticos disminuían significativamente más en el grupo de distanciamiento comprensivo que en el grupo de terapia cognitiva de Beck, tanto en línea base, como en el alta y especialmente en el seguimiento, y todo ello pese a que los sujetos de ambos grupos informaban reducciones similares en la frecuencia de pensamientos negativos. Una vez encontrada esta evidencia preliminar de un proceso de cambio diferente, los esfuerzos de desarrollo de la ACT se centraron en especificar el marco conceptual y filosófico necesario y la TMR, de cara a identificar relaciones funcionales subyacentes a diversos procesos de cambio relevantes. Sólo tras la especificación de dichos procesos de cambio conductual, se seleccionaron procedimientos y se fue desarrollando el modelo de tratamiento de la ACT, su teoría del cambio, y su modelo de psicopatología.

En este sentido la ACT no puede describirse adecuadamente como un conjunto de técnicas aisladas. Es un todo funcional que trata precisamente de modificar

relaciones (dis)funcionales que atrapan a una persona en un círculo vicioso. Son los procesos de cambio identificados empíricamente lo que permite seleccionar técnicas específicas. En la terapia cognitiva se procedió justo al revés. La investigación posterior de los procesos responsables de los cambios observados en los ensayos clínicos, no ha permitido identificar los procesos presupuestos por la teoría cognitiva, como pone de manifiesto en el ámbito de la depresión la reciente revisión de Segal, Teasdale y Williams (2004). De hecho, la terapia cognitiva comienza a introducir técnicas de mindfulness en diversas áreas como el tratamiento de la depresión Segal, Williams y Teasdale (2002) o del malestar generado por los síntomas psicóticos (Chadwick, 2006).

Desde la perspectiva de la ACT es la investigación sobre procesos de cambio la que debe permitir el desarrollo de técnicas, dado que la descripción de un proceso de cambio posee mayor generalidad empírica y por ello, debe ser ampliamente aplicable a diversas relaciones funcionales entre variables capturadas en su definición operacional. Hacer que los manuales de tratamiento enfatizen la descripción de dichos procesos, aumenta la flexibilidad de aplicación de los tratamientos al quedar estos definidos funcionalmente, no, como viene siendo el caso, como una correspondencia unívoca problema-técnica.

Asimismo, la investigación sobre los procesos de cambio, junto a la ciencia básica proporcionada por la TMR ha permitido comenzar a desarrollar alternativas a los micromodelos teóricos sobre la psicopatología basados en las categorías del DSM. La alternativa de explicación psicológica de la psicopatología propuesta por la ACT, sintetizada en el concepto de evitación experiencial (Hayes, Wilson, Gifford, Follette y Strosahl, 1996; Wilson, Hayes, Gregg y Zettle, 2001), supone la ventaja de que especifica operacionalmente conductas clínicamente importantes del cliente, permite hacer lo mismo con las del profesional, y por su naturaleza funcional, posee un amplio grado de generalidad empírica.

Resumen

Podemos decir en conclusión, que a nivel teórico la ACT puede describirse por las siguientes características:

1. Enfatiza la necesidad de explicitar con claridad la perspectiva filosófica que se adopte al tratar de describir, comprender, predecir e influenciar los eventos psicológicos, dado que esta perspectiva permite la selección de metas analíticas.
2. Mantiene una estrecha vinculación con la ciencia básica, que identifica relaciones funcionales de amplia generalidad que permiten identificar procesos disfuncionales y procesos de cambio relevantes.
3. Debe ser descrita y practicada siempre en referencia a procesos de cambio, nunca como una correspondencia puntual problema-técnica. Por ello constituye una intervención clínica de naturaleza contextual y funcional.

La intervención clínica desde la perspectiva de la ACT

Como terapia y, sobre todo, *modelo de intervención y cambio*, la ACT también posee características diferenciales respecto a las terapias cognitivas y cognitivo-conductuales. Dichas características, derivadas de la teoría de la ACT (su modelo filosófico y la TMR), se resumen en su eminente *carácter funcional*. Para un terapeuta ACT lo importante no son los síntomas o topografías de respuesta que el cliente narra o muestra en sesión, si no las funciones de las que dichos síntomas constituyen instancias. Por ejemplo, el contenido de un pensamiento negativo no es lo que importa. Lo crucial es qué hace el cliente con dicho pensamiento, al servicio de qué está el afrontamiento que el cliente efectúa. En este sentido, la ACT no emplea técnicas de cuestionamiento de los pensamientos negativos, ni ninguna otra técnica dirigida al cambio directo. Lo que el terapeuta ACT trata de hacer constantemente, es que el cliente afronte los eventos privados dolorosos (pensamientos, sentimientos, sensaciones físicas, recuerdos, etc.) mientras, concurrentemente, dedica cada vez más esfuerzo, no a librarse de dichos eventos privados, si no a comportarse de modos congruentes con las metas y valores que desea alcanzar en su vida. Es decir, que vaya en la dirección que desea darle a su vida. Dicho en otras palabras, no son los pensamientos negativos (o los sentimientos, o los recuerdos dolorosos, o las sensaciones físicas atemorizantes) el problema del cliente. Su problema es el enorme esfuerzo que realiza para verse libre de estos eventos privados (siguiendo la premisa de primero sentirse bien para actuar), un esfuerzo que le impide implicarse en comportamientos congruentes con lo que valora realmente en su vida, es decir, con sus horizontes y proyectos vitales.

En consecuencia, la intervención ACT, genéricamente hablando, adopta una perspectiva existencial al centrarse en clarificar los valores del cliente, tratando de que éste tome distancia respecto a sus eventos privados, haciéndole aparente cómo es la lucha contra los síntomas lo que le aparta de las direcciones valiosas que le importan. Por ejemplo, lo importante en una intervención ACT no es que el cliente genere alternativas a un pensamiento negativo, si no que pueda notar esos pensamientos negativos sin que le merezcan mayor credibilidad. Se trata de pasar del «es cierto que soy mala persona.....cómo demonios va a ser eso, si no, cómo es que mi jefe me valora tanto», al «estoy pensando que soy mala persona», y seguir realizando su trabajo o el quehacer que sea, *con* la experiencia de haber pensado algo desagradable sobre uno/a mismo/a.

Este carácter funcional de la ACT se aprecia en sus premisas fundamentales, en los procesos de cambio, y en el estilo de intervención y en las técnicas básicas.

Las premisas fundamentales de la ACT

Hablando de de forma muy sintética, la ACT sostiene dos premisas fundamentales:

1. *Lo más importante es que una persona se comporte de forma congruente con lo que de verdad le importa en su vida.* Sólo de ese modo puede encontrarse bien en determinados momentos, si bien en otros se sentirá mal. La experiencia cotidiana de cualquier persona proporciona múltiples ejemplos. Si es importante para alguien el bienestar de su familia y que ésta viva en el más íntimo contacto posible con la naturaleza, quizás una meta concreta sea vivir en el campo. Pero alcanzar esa meta conllevará múltiples dificultades (compra de terreno, hipotecas, discusiones con los constructores de la casa, aislamiento, lejanía de servicios sanitarios y de otro tipo, etc.). La pregunta que el terapeuta ACT le hace a cualquier cliente es «¿seguirás en esta dirección con TODO lo que la vida quiera darte?». De ahí que, en primer término, la ACT no trate de aliviar el malestar ocasionado por los síntomas, si no de poner en marcha al cliente en las direcciones que desea en su vida. De hecho, la ACT asume con claridad que el sufrimiento es parte normal de la vida (Hayes *et al.* 1999).

Esta premisa es la que hace que en la ACT, como ocurre con la terapia existencial, sea tan importante trabajar con los valores del cliente como fuente de motivación primordial (Dahl, Wilson, Luciano Soriano y Hayes, 2005; Wilson y Luciano Soriano, 2002). El trabajo en valores tiende a «sustituir» una motivación negativa («no quiero tener más estos pensamientos, sentimientos, recuerdos o sensaciones físicas») por una tendencia a actuar en dirección a valores profundamente personales.

2. *La principal fuente de una gran cantidad de sufrimiento humano radica en el dominio ejercido por los procesos verbales.* La investigación básica desde el marco de la TMR sobre el aprendizaje relacional (véase Hayes *et al.*, 2001 para una revisión), indica que la conducta verbal humana posee características sumamente relevantes e interesantes como herramientas para la solución de problemas cotidianos, pero que, al mismo tiempo, pueden provocar sufrimiento.

En primer lugar, las reglas pueden generar una importante insensibilidad a las contingencias directas. Tanto el paradigma experimental del oso blanco (Wegner, 1994), como el trabajo sobre el control verbal de la ejecución humana ante programas de reforzamiento (Catania, Shimoff y Matthews, 1989), indican que el seguimiento de instrucciones puede realizarse incluso a pesar de que los sujetos experimentales encuentren resultados contraproducentes en las tareas (pensar en osos blancos o ganar puntos intercambiables en programas IV).

Este seguimiento rígido de reglas nos indica que la conducta verbal puede ser seguida literalmente. Verbalmente un ser humano puede realizar actividades como describir, analizar, juzgar, comparar, etc. Sin embargo, el uso de la conducta verbal conlleva confundir constantemente el significante con el significado (si se nos permite la expresión). Por ejemplo, una expresión como «esta mesa marrón es fea» puede pasar perfectamente por una descripción. Sin embargo constituye una descripción (la mesa es de color marrón) unida a un juicio de valor sobre la mesa (es fea). El impacto que conllevan en ocasiones los pensamientos negativos sobre el estado de ánimo de una persona constituye un ejemplo de literalidad, sobre todo si tenemos en cuenta la bidireccionalidad que muestra el lenguaje humano: por ejemplo, mesa es a fea, como fea a mesa.

En segundo lugar, la conducta verbal permite la transformación de funciones de los eventos insertos en redes de conducta relacional. Así por ejemplo, en el caso de que una persona sea violada, tiempo después puede experimentar sentimientos de tensión, flashbacks y pánico, al encontrarse en una situación íntima. Pero además, el hecho de hablar de sus recuerdos sobre la violación puede generar un enorme sufrimiento. Asimismo, cualquier sensación de tensión, u olores, lugares y objetos particulares, puede dar a lugar a pensamientos de alerta y flashbacks, y a intentos desesperados de evitar o escapar de dichas señales. Es decir, determinados eventos, en principio no funcionales para esta persona, han transformado sus funciones verbalmente mediante su participación en redes relacionales (Wilson y Blackledge, 2000).

Estas características funcionales de la conducta verbal (bidireccionalidad y transformación de funciones) generan sufrimiento en la medida en que se encuentran bajo el control de contextos socioverbales, tales como controlar verbalmente los eventos privados molestos (Luciano Soriano, Rodríguez Valverde y Gutiérrez Martínez, 2004). Ejemplos de estos contextos son cotidianos: basta con ver anuncios de medicamentos u otros productos en la televisión, o la publicidad relacionada con el control de diversas patologías y dificultades en la vida (Blech, 2005). De ahí la importancia de intervenciones claves en la ACT, como aquellas orientadas al distanciamiento respecto a los eventos privados, el fortalecimiento del sentido del yo, o la exposición a eventos privados evitados sutilmente (Wilson y Luciano Soriano, 2002).

Los procesos de cambio fundamentales en la ACT

Teniendo en cuenta la importancia de los valores y las características funcionales de la conducta verbal como fuente de sufrimiento (bidireccionalidad y transformación de funciones), la ACT trabaja poniendo en marcha los 6 procesos de cambio recogidos a continuación en la tabla 1 (Strosahl, Hayes, Wilson y Gifford, 2004).

Es importante tener en cuenta que los clientes pueden mostrar perfiles diferentes de estos procesos de cambio, y que todos ellos son interdependientes. No es posible plantear una intervención ACT correcta «a partir del manual», en el sentido de que, por ejemplo, con algunos clientes es crítico trabajar en valores, mientras que para otros es importante centrar la intervención en el distanciamiento respecto a los contenidos de los eventos privados molestos, y para otros es necesario realizar este trabajo de distanciamiento en el contexto del trabajo de fortalecimiento del yo como contexto. De nuevo insistimos en la naturaleza funcional de la ACT.

Además de su naturaleza funcional y por ello, ampliamente aplicables, los procesos de cambio de la ACT no se orientan a la reducción o control de síntomas como objetivo principal, a diferencia de las terapias cognitivas y cognitivo-conductuales, cuyo objetivo principal de cambio es el control directo de los síntomas. Los síntomas pueden verse reducidos de forma indirecta, pero esa no es la cuestión principal. Si un síntoma desaparece, tanto mejor, pero también es cierto que a veces un síntoma

Tabla 1
Procesos de cambio de la ACT

Procesos de aceptación y mindfulness	
Proceso	Definición rápida
<i>Aceptación</i>	Literalmente significa «tomar lo que es ofrecido». La aceptación no es más que seguir comportándose en las direcciones importantes en la vida, <i>junto a</i> los eventos privados desagradables y otras ocurrencias de la vida cotidiana
<i>Distanciamiento</i>	Debilitar o romper las funciones de los eventos privados desagradables, de tal modo que un cliente pueda notarlos simplemente como pensamientos, sentimientos, recuerdos, etc.
<i>Yo como contexto</i>	Distinguir entre el yo tal y como lo conceptualiza el cliente, y el yo como un sentido de la propia vida (p.ej., «estoy pensando un pensamiento» versus «es imposible vivir pensando tanto en esto»)
Procesos de compromiso y cambio de comportamiento	
Proceso	Definición rápida
<i>Contacto con el momento presente</i>	Establecer un contacto más completo con el flujo continuo de la experiencia tal y como ésta tiene lugar en un momento y contexto dado (apreciar la misma ocurrencia de los pensamientos)
<i>Valores</i>	Identificación de direcciones valiosas a alcanzar a largo plazo, que puedan legitimar la experiencia de los malos momentos y los eventos privados desagradables
<i>Acción comprometida</i>	Todo patrón de acción dirigido sistemáticamente a la consecución de metas congruentes con los valores personales

persiste, pero el cliente *ya no lo ve como un obstáculo para seguir viviendo la vida que quiere*; es decir, el síntoma ya no constituye un problema. Simplemente, el problema que implicaba luchar contra el síntoma se ha desvanecido.

Los procedimientos típicos de la ACT tratan de ofrecer, precisamente por su propia naturaleza funcional, una definición operacional de estos procesos de cambio, teniendo en cuenta que en ellos están recogidos los comportamientos clínicamente relevantes del cliente y del terapeuta. Así por ejemplo, si se persigue que un cliente se de cuenta de que constantemente pone «peros» a las oportunidades para comportarse en dirección a lo que le importa, el terapeuta puede introducir el ejercicio de la revisión de convenciones lingüísticas haciendo que el cliente sustituya los «peros» por «y». Sin embargo y para ser coherente y ofrecer modelos adecuados, él mismo debe poner de manifiesto su uso de los «peros» y cómo se ve atrapados a

veces por ellos, por ejemplo, recurriendo a la autorevelación de sus sentimientos y pensamientos en sesión en ese preciso momento.

El objetivo final de poner en marcha estos procesos de cambio, es lograr que un cliente sustituya su funcionamiento diario basado en el algoritmo *Fusión-Evaluación-Evitación-Dar razones* (FEED; en inglés, *FEAR*), por otro basado en *Aceptar-Elegir-Actuar* (AEA; en inglés, *ACT*), lo que implica aumentar la flexibilidad psicológica. Explicitemos estos conceptos a continuación.

El algoritmo FEED (o FEAR), es un recordatorio de los procesos implicados en la evitación experiencial. Un cliente atrapado en este patrón de funcionamiento destructivo, tiende a: a) comprometerse en exceso con el contenido de los eventos privados, llevando a cabo cualquier esfuerzo razonable por librarse de ellos aun a costa de descuidar otras áreas de su vida, comprometiéndose con el pasado y el futuro (Fusión); b) realizar evaluaciones sobre uno mismo o el mundo en contextos en los que dichas evaluaciones no resultan de ayuda para resolver problemas,

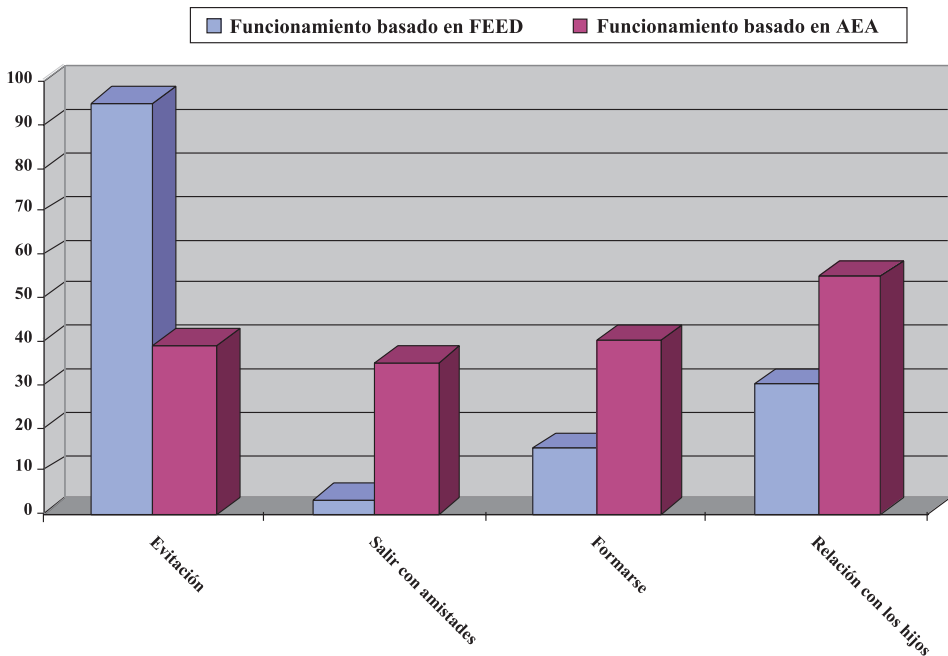


Figura 1

Datos hipotéticos sobre comportamientos de un cliente comparando la distribución de actividades guiadas por el algoritmo FEED versus el algoritmo AEA. La diferencia radica en que el comportamiento guiado por FEED es mucho más rígido, al concentrarse la mayor parte de las instancias de conducta en la evitación. En el algoritmo AEA, también se observa comportamiento de evitación, pero otras actividades relevantes para el hipotético cliente tienen lugar también con mucha frecuencia. La comparación entre estos modos de comportamiento constituye la definición de flexibilidad psicológica ofrecida por la ACT.

especialmente cuando dichas evaluaciones son tomadas literalmente como descripciones fidedignas (Evaluación); c) prevenir o acortar la ocurrencia de eventos privados desagradables aun a costa de pagar un excesivo precio por la pérdida de contacto con consecuencias valiosas (Evitación); y d) emplear justificaciones socialmente aceptables de las estrategias de afrontamiento impracticables puestas en marcha para combatir los eventos privados desagradables, aun a pesar de su escaso resultado a medio y largo plazo (Dar razones).

El algoritmo AEA (o ACT) no constituye más que un recordatorio breve de los procesos de cambio implicados en la ACT: a) un individuo tiende a aceptar los eventos privados desagradables como una parte más de su experiencia total en el proceso de vivir (Aceptar); b) un individuo tiende a elegir entre las alternativas que se le plantean, sin evitar posibles consecuencias negativas a corto, medio o largo plazo, siempre y cuando la elección efectuada vaya en el camino de lo que le importa (Elegir); y c) el individuo actúa sistemáticamente comportándose para alcanzar metas congruentes con sus valores (Actuar).

El concepto de flexibilidad psicológica implica lo siguiente. Cuando un cliente se ve atrapado en un patrón sistemático de evitación experiencial, parece que *la única forma* de afrontar momentos difíciles en su vida, consiste en evitar todo aquello que teme: situaciones, eventos privados, etc. Un patrón de comportamiento flexible, por el contrario, consiste en que el cliente pueda elegir entre evitar o escapar sistemáticamente y otras alternativas de acción (habitualmente, acciones comprometidas con metas congruentes con sus valores). Podemos ver un ejemplo imaginario de este patrón de cambio, representado en la figura 1.

Las técnicas típicas de la ACT

Como ya se ha dicho, la ACT no favorece las intervenciones directas cuyo objetivo consiste en la modificación del contenido de los eventos privados desagradables para el cliente, y se caracteriza por una visión eminentemente funcional de las conductas clínicamente relevantes del binomio terapeuta-cliente. En este sentido, la «atmósfera» de una intervención ACT no resulta didáctica. Las intervenciones del terapeuta se orientan constantemente a hacer que el cliente observe su propia experiencia y pueda contactar las relaciones funcionales contexto-comportamiento-consecuencias desde el momento presente aquí y ahora, no desde la perspectiva del allí-entonces. Operacionalmente hablando, se trata pues de que el terapeuta ACT fomente con sus intervenciones que el cliente no tome literalmente el contenido de sus eventos privados que, en esencia, es verbal (juicios, análisis, comparaciones, evaluaciones, etc.) (Carrasco López, 2003) y, por consiguiente, al establecer contacto directo con las relaciones funcionales contexto-comportamiento-consecuencia, pueda comprometerse en la realización de acciones dirigidas a metas congruentes con sus valores personales, teniendo en cuenta que los eventos privados desagradables no constituyen si no una parte de su experiencia total en el transcurso de su vivir.

Es por ello que las metáforas, las paradojas y los ejercicios experienciales ocupan un lugar tan destacado en la ACT, pudiendo emplearse también técnicas tradicionales, pero siempre en el contexto de los procesos de cambio que trata de poner en marcha para modificar el comportamiento del cliente. Funcionalmente hablando, las técnicas fundamentales empleadas en la ACT favorecen que el cliente no tome literalmente los contenidos de sus eventos privados desagradables, y que pueda establecer contacto directo con las contingencias presentes. Por parafrasear a Wittgenstein (1988), el significado del lenguaje radica en su uso en un contexto, dado por las reglas que rigen un determinado juego de lenguaje.

Las *metáforas* forman parte de la ACT desde sus orígenes como distanciamiento comprensivo. El uso del lenguaje metafórico con objetivos terapéuticos no es novedoso, encontrándose entre otras en la logoterapia de Frankl, en la terapia existencial, y en la programación neurolingüística. La metáfora ha atraído el interés de los estudiosos del lenguaje humano por su enorme poder evocador y su gran poder heurístico para generar nuevos significados en múltiples actividades humanas (p.ej., Lakoff y Johnson, 1991; Sevilla Fernández y Barrios Casares, 2000; Turbayne, 1974).

En la clínica, el lenguaje metafórico, así como los refranes, los proverbios y las fábulas constituyen desde antiguo un importante recurso lingüístico para los profesionales (Barker, 1996). McCurry y Hayes (1992) en una revisión de estudios experimentales sobre los efectos terapéuticos de las metáforas concluyeron que esta forma de hablar favorece discursos no literales por parte del paciente, lo que constituye una fuente de novedad conductual dentro del repertorio verbal del cliente, y por tanto, un modo de debilitar las funciones de los miembros de una red relacional. En este sentido, Wilson y Luciano Soriano (2002) apuntan que las metáforas, al favorecer modos de discurso menos literales, el contacto directo del cliente con su experiencia, y validar la sabiduría cotidiana de éste sin recurrir a razones socioculturalmente aceptables, permiten socavar la tendencia a la evitación experiencial.

Una de las propiedades técnicamente más interesantes de las metáforas la constituye su enorme flexibilidad de administración. Se pueden diseñar sobre la marcha, recurrir a historias ya conocidas, o se pueden administrar físicamente para aumentar su impacto. Por ejemplo, una metáfora típica de la ACT, como la metáfora de la lucha con el monstruo, se puede administrar físicamente, jugando el terapeuta y el cliente al tira y afloja sujetándose de las manos y tratando de tirar el uno del otro. Particularmente, nosotros preferimos diseñar metáforas sobre la marcha y administrarlas físicamente, tratando de aumentar el grado de contacto de las metáforas con los problemas del cliente con sus luchas por alcanzar el control, y su impacto. Independientemente de esa flexibilidad a la que nos referimos, es importante que las metáforas traten siempre de expresar de un modo genérico relaciones funcionales contexto-comportamiento-consecuencias.

Las *paradojas* constituyen otra técnica lingüística favorita en la ACT. Su función principal en el discurso del terapeuta ACT es mostrar o señalar al cliente los resultados paradójicos a los que le lleva el compromiso con un patrón de comportamiento de evitación experiencial. Una paradoja en forma de pregunta o de afirmación que

nosotros empleamos con cierta frecuencia es la siguiente: «¿Qué crees que sucedería si al hacer el amor con tu pareja consultaras a cada paso el kamasutra?» (o «lo que me cuentas es como si hicieras el amor consultando el kamasutra a cada paso»), o «¿Cuál sería el resultado de conducir tu coche mientras consultas el código de la circulación?», o «Esto me suena como si estuvieras en el teatro y quisieras ser actor y espectador de la función al mismo tiempo». Asimismo, cuando un cliente muestra signos de creer o tomar literalmente lo que se dice en sesión, una respuesta muy típica de un terapeuta ACT es decirle con toda seriedad «No creas ni una palabra de lo que te estoy diciendo». Hay una paradoja inherente en realizar todas estas actividades (hacer el amor, conducir un coche, ver una representación teatral, racionalizar un discurso) en el contexto de los problemas del cliente, tratando de llevar a cabo al mismo tiempo otra actividad incompatible (leer el kamasutra y el código de circulación, actuar en una obra teatral, y pensar que uno tiene que seguir su propia experiencia). Esa es la paradoja en la que está atrapado el cliente: evitar aquello que le resulta desagradable y al mismo tiempo desear hacer algo que le importa enormemente. Las paradojas simplemente tratan de señalar dónde la vida del cliente resulta paradójica.

Los *ejercicios experienciales* constituyen otra intervención clave en la ACT. Permiten establecer contacto directo con los eventos privados temidos por el cliente, constituyendo, por tanto, auténticos ejercicios de exposición in vivo que permiten al cliente contemplar cuál es la naturaleza de estos eventos, debilitando la evitación o el escape de los mismos. Las técnicas concretas que constituyen los ejercicios experienciales en la ACT son básicamente los procedimientos de mindfulness, que permiten al cliente observar la misma producción de los eventos privados y tomar conciencia de su naturaleza, así como desvincularse de los mismos, dado que en estas técnicas, se trata de entrenar al cliente en el papel de observador de su propia experiencia. Así por ejemplo, cuando se trabaja con el proceso «Yo como contexto» (ver tabla 1), un ejercicio experiencial como «El ejercicio del observador» resulta especialmente adecuado, dado que permite al cliente contactar directamente con la experiencia de observar el flujo de sus eventos privados mientras adopta el papel de observador/a. En lugar de adoptar un estilo didáctico de exposición, el terapeuta ACT intenta constantemente que el cliente establezca contacto directo con su propia experiencia.

Las técnicas fundamentales de la ACT tratan de poner en marcha, como ya se ha dicho más arriba, procesos de cambio que sustituyan un funcionamiento FEED por otro AEA. Como también se ha comentado ya, los procesos de cambio son interdependientes entre sí. Por ello, una sesión ACT debe tratar en mayor o menor medida, cuatro grandes temas (Wilson y Luciano Soriano, 2002), teniendo siempre en cuenta el análisis funcional de la problemática del cliente:

a) *Valores del cliente*. Constantemente el terapeuta ACT debe tratar que el cliente clarifique sus propios valores, es decir, aquello que de verdad le importa en su vida. Debe tenerse en cuenta que la función motivacional de los valores nunca es de tipo negativo. No se trata de evitar la evitación, si no de, incluso evitando, tratar de hacer lo que de verdad le importa, es decir, comprometerse con unas metas guiadas por los valores. Continuamente el terapeuta ayuda al cliente a preguntarse

cuál es la función de determinados comportamientos, cuáles son los resultados obtenidos hasta ahora y dónde quisiera estar en su vida.

b) *Exposición a los eventos privados*. La exposición a estos eventos, ya sea mediante ejercicios experienciales, técnicas clásicas de exposición, o bien mediante paradojas, ayuda al cliente a establecer contacto directo con los eventos privados temidos, lo que favorece el trabajo de desactivación de sus funciones (por ejemplo, pérdida de credibilidad de los pensamientos negativos).

c) *Desactivación de funciones y distanciamiento respecto al contenido de los eventos privados*. Se trata de debilitar el dominio verbal de todas las áreas de la vida del cliente a través de dos vías. Por un lado, debilitando la literalidad de la conducta verbal y subrayando la flexibilidad conductual que supone. Por otro, entrenando al cliente en la perspectiva de la experiencia del yo como contexto en el que ocurre el contenido de cualquier evento privado. Esto supone debilitar las barreras que sirven como razones para no actuar en las direcciones valiosas en la vida del cliente.

d) *Fortalecimiento*. Es decir, fomentar que el cliente, ocurra lo que ocurra, actúe tratando de alcanzar metas en dirección a sus valores. El terapeuta ACT trata de fomentar que el cliente intente realizar cualquier comportamiento relevante en esa dirección, aumentando la frecuencia de comportamientos comprometidos con los valores personales.

Estos temas básicos de la ACT deben implementarse en una relación de trabajo gobernada por el respeto a la experiencia del cliente. La relación terapéutica en la ACT tiene la función de un contexto que ayuda a moldear y modelar el comportamiento del cliente. En este sentido, el terapeuta debe dejar siempre claro al cliente que entre ellos no hay ninguna diferencia esencial motivada por los roles que cada uno ocupa. Asimismo no es el cliente quien está desesperado, si no la estrategia que hasta ahora ha empleado tratando de resolver sus dificultades. Con su comportamiento en las sesiones, el terapeuta debe dejar claro al cliente que acepta su experiencia tal y como es, y que a veces puede sentirse atascado e inútil. El humor y la ironía también tienen su papel en las sesiones como modo de fomentar el distanciamiento del cliente (y el terapeuta) con respecto a la propia experiencia. Asimismo, el lenguaje empleado por el terapeuta puede adoptar cualquier estilo, recomendándose que no se empleen términos técnicos, si no más bien el lenguaje cotidiano empleado por el propio cliente.

La relación terapéutica, puede tener en sí misma funciones terapéuticas. La Psicoterapia analítico-funcional (FAP; Kohlenberg y Tsai, 1991) ha reconocido esto desde hace tiempo, y diversos autores han comentado que no existe ningún obstáculo en esencia que impida integrar la ACT y la FAP en su aplicación (Callaghan, Gregg, Marx, Kohlenberg y Gifford, 2004; Luciano Soriano, 1999). De hecho una aplicación consistente de la ACT requiere que el terapeuta esté constantemente alerta del comportamiento del cliente en sesión (y del suyo propio) para aplicar adecuadamente las técnicas. Por ejemplo, no es una aplicación coherente aplicar la metáfora del tablero de ajedrez porque está programado en la sesión de hoy, o porque sea necesaria para trabajar el Yo como contexto. Esta metáfora, como cualquier otra, debe aplicarse en respuesta a un comportamiento relevante del cliente durante la sesión. El Yo como contexto debe trabajarse en respuesta a los compor-

tamientos del cliente en la sesión, no como parte de una agenda programada a priori.

Evidencia empírica de la ACT

Tras la publicación del manual de Hayes *et al.* (1999), ha aparecido una auténtica explosión de estudios empíricos sobre la ACT. La naturaleza funcional de la ACT y su énfasis en los procesos de cambio han motivado la aparición de múltiples protocolos de tratamiento, que se encuentran en diversas fases de desarrollo en el momento actual (puede verse un muestrario en Hayes y Strosahl, 2004): para la intervención en trastornos psicóticos, trastorno obsesivo-compulsivo, tricotilomanía, fracaso académico, tabaquismo, abuso y dependencia de sustancias, trastornos afectivos, trastornos por ansiedad, dolor crónico, duelo, ira, estrés laboral, entre otros ejemplos. Pero los protocolos de tratamiento y la investigación sobre sus resultados son sólo una cara de la moneda empírica de la ACT. Asimismo están apareciendo múltiples estudios sobre los procesos de cambio presupuestos por la ACT. En este trabajo por razones de espacio no presentaremos en detalle los datos disponibles. Sólo ofreceremos una breve panorámica sobre la investigación empírica basada en la ACT, tratando de presentar las tendencias que nos resultan más llamativas de su corpus empírico.

Evidencia sobre los procesos de cambio de la ACT

La investigación sobre los procesos de cambio presupuestos por la ACT (véase la tabla 1) ha incluido estudios correlacionales, estudios análogos, estudios de desmantelamiento, así como estudios de psicopatología experimental. De momento la investigación publicada no ha cubierto todos los procesos presupuestos por la ACT, pero ofrece resultados preliminares prometedores sobre el impacto de la aceptación y el distanciamiento. Asimismo, desde otras tradiciones de investigación están apareciendo multitud de estudios sobre los procesos de supresión del pensamiento y sus efectos, que ofrecen apoyo empírico indirecto al concepto de evitación experiencial y al modelo de psicopatología ofrecido por la ACT, de los que una revisión reciente se puede encontrar en Wenzlaff y Wegner (2000).

Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis (2006) publicaron recientemente una revisión de la literatura empírica surgida directamente desde el modelo de la ACT. De esta revisión se desprende que los estudios que han tratado de correlacionar el Acceptance and Action Questionnaire (AAQ) (una medida de autoinforme de la evitación experiencial) con medidas de psicopatología y de calidad de vida arrojan correlaciones siempre positivas aunque modestas, que apoyan al modelo de psicopatología de la ACT. La escasa robustez de los resultados, sin embargo, a pesar de las propiedades psicométricas de la versión de 9 ítems del AAQ (Barraca Mairal, 2004; Hayes *et al.*, 2004), sugiere que esta medida de la evitación experiencial

debe mejorar aún sustancialmente, y que sólo constituye un modelo preliminar de trabajo. De hecho ya se está trabajando en el AAQ-2, y se están llevando a cabo versiones paralelas. Además se están explorando las ramificaciones y relaciones del concepto de evitación experiencial con otros conceptos como el de tolerancia al estrés. El carácter de autoinforme del AAQ lo hace además una medida no excesivamente adecuada para capturar relaciones funcionales.

Más concluyentes y robustos nos parecen los resultados de los estudios experimentales. Muchos de estos estudios han tratado de verificar los efectos de técnicas de aceptación versus técnicas de control directo de eventos privados ante tareas experimentales que provocan dolor, como la inmersión de una mano en un tanque de agua helada. Por ejemplo, Hayes *et al.* (1999) y Gutiérrez, Luciano Soriano y Fink (2004), encontraron en sus respectivos trabajos cómo pequeños protocolos formados por técnicas de la ACT dirigidas a fomentar la aceptación y el distanciamiento respecto a los contenidos de los eventos privados, así como el comportamiento dirigido por los valores, lograban que los sujetos del grupo experimental de aceptación, lograran mayores niveles de tolerancia al dolor, así como que consintieran participar en una segunda exposición a la tarea experimental. Los efectos se obtuvieron con protocolos de aceptación de entre 90 (el estudio de Hayes *et al.*) y 20 minutos (el estudio de Gutiérrez *et al.*). Estudios que han empleado como tarea experimental una exposición a aire enriquecido con CO₂ y una lógica experimental similar, empleando sujetos altamente ansiosos y con trastorno por ataques de pánico, han obtenido resultados similares con intervenciones de aceptación de entre 10 y 20 minutos de duración (p.ej., Eifert y Heffner, 2003; Feldner, Zvolensky, Eifert y Spira, 2003; Levitt, Brown, Orsillo y Barlow, 2004). Asimismo, otro estudio que empleó el ejercicio leche-leche de la ACT como técnica de distanciamiento respecto a los pensamientos negativos (Masuda, Hayes, Sackett y Twohig, 2004), obtuvo que los sujetos experimentales, en comparación a los controles, obtuvo menores niveles de incomodidad y credibilidad respecto a los pensamientos negativos.

Evidencia sobre los resultados de la ACT

Respecto a sus resultados, la evidencia de la ACT va creciendo desde el año 1999. Hayes, Masuda, Bissett, Luoma y Guerrero (2004) han revisado los resultados de los ensayos clínicos, estudios de eficiencia, y estudios de caso disponibles. Lo más llamativo es que estos estudios publicados cubren multitud de problemas en teoría diferentes según los criterios diagnósticos DSM y del Capítulo V de la CIE, y, sin embargo, obtienen resultados comparables. Asimismo, en aquellos estudios de resultados que han buscado evidencia de procesos de cambio diferentes en comparación al tratamiento de control, obtienen indicios de que la ACT parece actuar a través de procesos de cambio distintos. Estas múltiples aplicaciones a problemas topográficamente diferentes resultan razonables si tenemos en cuenta, de nuevo, que la ACT constituye una aproximación funcional a la intervención clínica.

Con respecto a los tratamientos de control, la eficacia de la ACT ha sido comparada con tratamiento empíricamente bien establecidos, como es el caso de la terapia cognitiva. De momento, la ACT no parece haberse mostrado superior a las condiciones de control en la finalización del tratamiento en la reducción total de los síntomas, pero sin embargo obtiene mejores resultados en los seguimientos que las condiciones de control en medidas como la credibilidad de los pensamientos negativos, las alucinaciones u otros síntomas, y en la evitación experiencial medida a través del AAQ, observándose que los sujetos con mayores puntuaciones en este cuestionario se benefician más de la ACT que los de las condiciones de control. Así se ha observado, por ejemplo, en los ensayos preliminares de Bach y Hayes (2002) y Gaudiano y Herbert (2006) sobre los síntomas psicóticos, en el de Gifford *et al.* (2004) en la aplicación de ACT en el abandono del tabaco, en el de Dahl, Wilson y Nilsson (2004) sobre el dolor crónico, y el de Hayes *et al.* (2004) sobre el abuso y dependencia de drogas. Asimismo, tanto en estos ensayos como en estudios preliminares sobre el tratamiento de síntomas del espectro obsesivo con ACT (Twohig, Hayes y Masuda, 2006, en prensa; Twohig y Woods, 2004), la ACT se ha mostrado una intervención aceptable para los clientes participantes.

En conjunto, este cuerpo de evidencia preliminar sobre la eficacia de la ACT, no permiten considerarla como un tratamiento bien establecido según los criterios de la Task force on promotion and dissemination of psychological procedures (1995), aunque sí un tratamiento de prometedor y en vías de validación, que parece actuar a través de procesos de cambio diferentes a los presupuestos por la terapia cognitiva.

Algunas posibles direcciones futuras de la ACT

La ACT de momento parece constituir un modelo de psicopatología y de tratamiento prometedor y de gran potencial heurístico. Justo en este momento, en el que está comenzando a aparecer evidencia empírica favorable, especialmente en lo que se refiere a procesos de cambio, cabría señalar algunas tareas pendientes de cara al futuro que a nosotros nos parecen importantes *como clínicos*. Desde nuestro punto de vista, y sin ánimo de ser exhaustivos por razones de espacio, es necesario un mayor trabajo en las áreas que detallamos a continuación.

Un problema importante de la ACT cuando se la compara a otros tratamientos de control bien establecidos, es la forma de medir el cambio. Habitualmente los ensayos de terapia cognitiva miden el cambio como una función de la reducción de síntomas medidas a través de inventarios como la SCL-90-R de Derogatis o el Inventario de Depresión de Beck. Estas medidas, basadas en topografías de respuesta, no permiten captar los aspectos funcionales de los síntomas. Sin embargo, el objetivo primordial de la ACT no es disminuir los síntomas, sino promover su aceptación y el comportamiento dirigido a valores personales. Medidas específicas de la ACT, como la medida de la evitación experiencial proporcionado por el AAQ, son poco robustas y quizás no permitan capturar adecuadamente las

características funcionales de la evitación experiencial tal y como son representadas por el algoritmo FEED.

Necesitamos medidas más poderosas, en el sentido de que puedan capturar las propiedades funcionales del comportamiento. Un posible modelo de un proceso de validación semejante, lo proporciona un estudio experimental de Wulfert, Greenway, Farkas, Hayes y Dougher (1994). En este trabajo, sujetos que habían puntuado alto en la Escala de Rigidez Personal de Rehfisch, mostraron una marcada insensibilidad a las contingencias ante programas de reforzamiento en condiciones de instrucciones imprecisas, y mayor resistencia a la extinción y perseveración al responder en condiciones de instrucciones precisas. Dicho estudio mostró que es factible desarrollar una tecnología de evaluación dinámica, y que una fuente de validación de los instrumentos de autoinforme puede ser su comparación con ejecuciones reales ante tareas experimentales continuas en tiempo real como los programas de reforzamiento.

Es necesario clarificar conceptual y empíricamente qué aproximación seleccionar al medir el cambio. Si una aproximación orientada a la reducción de síntomas, u otra dirigida a la aparición de patrones más flexibles de comportamiento. Si el concepto de flexibilidad psicológica es crucial en ACT (es el objetivo final que pretende alcanzar), y teniendo en cuenta que se define como la tendencia a comportarse para alcanzar metas orientadas por los valores personales, la medida de la flexibilidad psicológica es clave en ACT como índice de cambio. La importancia de los valores personales para la intervención psicológica y como variable dependiente que permite medir el cambio, ha sido enfatizada muy recientemente (Páez Blarrina, Gutiérrez Martínez, Valdivia Salas y Luciano-Soriano, 2006).

La actual versión de la ACT (Hayes *et al.*, 2004; Hayes, Strosahl, Luoma, Varra y Wilson, 2004; Strosahl *et al.*, 2004) presupone un total de 6 procesos de cambio diferentes pero íntimamente interrelacionados entre sí. De momento ha aparecido investigación empírica preliminar que muestra que la aceptación, el distanciamiento y los valores parecen procesos viables. Sin embargo, cabe preguntarse si esta subdivisión en 6 procesos interrelacionados no constituye una diferenciación arbitraria en la que diversos procesos se solapan entre sí, lo que indicaría que su definición resulta inadecuada. Clarificar esta cuestión requiere de futuros estudios experimentales.

El concepto de evitación experiencial se ha transformado en una piedra angular dentro de la teoría de la psicopatología de la ACT, y constituye una alternativa funcional a los sistemas de diagnóstico tradicionales tipo DSM o CIE. Sin embargo, debemos tener en cuenta que la evitación experiencial es un concepto funcional y dimensional. Por tanto, cabe preguntarnos si otros conceptos similares pueden ser posibles. Quizás la evitación experiencial está siendo excesivamente sobredimensionada en el modelo de la psicopatología de la ACT. Además, para calibrar su utilidad clínica real debemos cuestionarnos si este concepto funcional puede tener algún tipo de vinculación con otros conceptos en psicopatología, como el viejo concepto de psicosis única. Es decir, es necesaria investigación histórica que determine los antecedentes del concepto de evitación experiencial, y sus posibles vinculaciones con otras teorías y conceptos de la psicopatología donde, con mucha frecuencia,

encontramos que los orígenes de los términos y teorías se encuentran olvidados, lo que facilita que reediciones de viejos conceptos aparezcan como rabiosas novedades empíricamente fundamentadas (Pérez Álvarez, 2003). Asimismo, esta investigación podría hacer aún más explícitas las conexiones de la ACT con otras tradiciones terapéuticas y filosóficas y aumentar la riqueza y claridad del modelo teórico sobre la psicopatología y la intervención clínica que supone.

Por último, y a pesar de todo el entusiasmo que parece estar generando en los últimos años (y sus propios creadores están contribuyendo a esto), simplemente decir que en nuestra opinión la ACT no puede ni debe ser considerada como *la* respuesta a todos los problemas pendientes de la psicología clínica conductual. Sólo constituye un paso en la dirección de recapitular lo que deberíamos saber (y se dio por sabido) para, a partir de ahí, tratar de proponer soluciones alternativas y estimular a la psicología clínica conductual para salir del estancamiento conceptual y empírico en el que, paradójicamente, entró de manos de la auto-denominada «revolución cognitiva».

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.
- Barker, P. (1996). *Psychotherapeutic metaphors. A guide to theory and practice*. Nueva York: Bruner/Mazel.
- Barraca Mairal, J. (2004). Spanish adaptation of Acceptance and Action Questionnaire (AAQ). *Internacional Journal of Psychology and Psychological Therapy, 4*, 505-515.
- Blech, J. (2005). *Los inventores de enfermedades. Cómo nos convierten en pacientes*. Barcelona: Destino (Orig. 2003).
- Callaghan, G.M., Gregg, J.A., Marx, B.P., Kohlenberg, B.S. y Gifford, E. (2004). FACT: The utility of an integration of Functional Analytic Psychotherapy and Acceptance and Commitment Therapy to alleviate human suffering. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 41*, 195-207.
- Carrascoso López, F.J. (2001). Algunas peculiaridades e implicaciones derivadas de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). *Apuntes de Psicología, 19*, 327-360.
- Carrascoso López, F.J. (2003). Eventos privados: una reconstrucción conceptual. *Apuntes de Psicología, 21*, 157-176.
- Catania, A.Ch., Shimoff, E. y Matthews, B.A. (1989). An experimental analysis of rule-governed behavior. En S.C. Hayes (dir.). *Rule-governed behaviour: cognition, contingencies and instructional control* (pp. 119-150). Nueva York: Plenum.
- Chadwick, P. (2006). *Person-based cognitive therapy for distressing psychosis*. Chichester: Wiley.
- Dahl, J.C., Luciano Soriano, M.C., Wilson, K.G. y Hayes, S.C. (2005). *Acceptance and Commitment Therapy for chronic pain*. Reno: Context Press.
- Dahl, J.C., Wilson, K.G. y Nilsson, A. (2004). Acceptance and Commitment Therapy and the treatment of persons at risk for long-term disability resulting from stress and pain symptoms: a preliminary randomized trial. *Behavior Therapy, 35*, 785-801.

- 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.
- Feldner, M.T., Zvolensky, M.J., Eifert G.H. y Spira, A.P. (2003). Emotional avoidance: an experimental test of individual differences and response suppression using biological challenge. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 403-411.
- Gaudiano, B.A. y Herbert, J.D. (2006). Acute treatment of inpatients with psychotic symptoms using Acceptance and Commitment Therapy: pilot results. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 415-437.
- Gifford, E.V. y Hayes, S.C. (1999). Functional contextualism: a pragmatic philosophy for behavioural science. En W. O'Donohue y R. Kitchener (dirs.), *Handbook of behaviorism* (pp. 287-328). San Diego, CA: Academic Press.
- Gifford, E.V., Kohlenberg, B.S., Hayes, S.C., Antonuccio, D.O., Piasecki, M.M., Rasmussen-Hall, M.L., Palm, K.M. (2004). Acceptance-based treatment for smoking cessation. *Behavior Therapy*, 35, 689-705.
- Gutiérrez, O., Luciano Soriano, M.C. y Fink, B.C. (2004). Comparison between an acceptance-based and a cognitive-control-based protocol for coping with pain. *Behavior Therapy*, 35, 767-784.
- Hayes, S.C. (1987). A contextual approach to therapeutic change. En N.S. Jacobson (dir.). *Psychoterapists in clinical practice: cognitive and behavioral perspectives* (pp. 327-387). Nueva York: Guilford.
- Hayes, S.C. (1991). The limits of technological talk. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 24, 417-420.
- Hayes, S.C. (1998). Building a useful relationship between «applied» and «basic» science in behavior therapy. *The Behavior Therapist*, 21, 109-112.
- Hayes, S.C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy and the new behavior therapies: mindfulness, acceptance, and relationship. En S.C. Hayes, V.M. Follette y M.M. Linehan (dirs.). *Mindfulness and acceptance. Expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 1-29). Nueva York: Guilford.
- Hayes, S.C. (2005). Eleven rules for a most successful clinical psychology. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 1055-1060.
- Hayes, S.C., Barnes-Holmes, D. y Roche, B. (2001) (dirs.). *Relational frame theory. A post-skinnerian account of human language and cognition*. Nueva York: Kluwer Academic/Plenum.
- Hayes, S.C., Bissett, R.T., Korn, Z., Zettle, R.D., Rosenfarb, I.S., Cooper, L. y Grundt, A. (1999). The impact of acceptance versus control rationales on pain tolerance. *The Psychological Record*, 49, 33-47.
- Hayes, S.C., Hayes, L.J., Reese, H.W. y Sarbin, T. (2003). *Varieties of scientific contextualism*. Reno: Context Press.
- Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A. y Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Hayes, S.C., Masuda, A., Bissett, R., Luoma, J. y Guerrero, L.F. (2004). DBT, FAP, and ACT: how empirically oriented are the new behavior therapies technologies? *Behavior Therapy*, 35, 35-54.
- Hayes, S.C. y Strosahl, K.D. (2004) (dirs.). *A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy*. Nueva York: Springer.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., Bunting, K., Twohig, M. y Wilson, K.G. (2004). What is Acceptance and Commitment Therapy? En S.C. Hayes y K.D. Strosahl (dirs.). *A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy* (pp. 1-30). Nueva York: Springer.

- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., Luoma, J., Varra, A.A. y Wilson, K.G. (2004). ACT case formulation. En S.C. Hayes y K.D. Strosahl (dirs.), *A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy* (pp. 59-76). Nueva York: Springer.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D. y Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy. An experiential approach to behavior change*. Nueva York: Guilford.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., Wilson, K.G., Bissett, R.T., Pistorello, J., Toarmino, D., Polusny, M.A., Dykstra, Th. A., Batten, S.V., Stewart, S.H., Zvolensky, M.J., Eifert, G.H., Bond, F.W., Forsyth, J.P., Karekla, M. y McCurry, S.M. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record*, *54*, 553-578.
- Hayes, S.C., Wilson, K.G., Follette, V.M. y Strosahl, K.D. (1996). Experiential avoidance and behavior disorder: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*, 1152-1168.
- Hayes, S.C., Wilson, K.G., Gifford, E.V., Bissett, R., Piasecki, M., Batten, S.V., Byrd, M. y Gregg, J. (2004). A preliminary trial of twelve-step facilitation and acceptance and commitment therapy with polysubstance-abusing methadone-maintained opiate addicts. *Behavior Therapy*, *35*, 667-688.
- Kohlenberg, R.J. y Tsai, M. (1991). *Functional Analytic Psychotherapy. Creating intense and curative relationships*. Nueva York: Plenum.
- Lakoff, G. y Jonson, M. (1991). *Metáforas de la vida cotidiana*. Madrid: Cátedra (Orig., 1980).
- Levitt, J.T., Brown, T.A., Orsillo, S.M. y Barlow, D.H. (2004). The effects of acceptance versus suppression of emotion on subjective and psychophysiological response to carbon dioxide challenge in patients with panic disorder. *Behavior Therapy*, *35*, 747-766.
- Lozano Oyola, J.F., Rubio Zarzuela, E.M. y Pérez San Gregorio, M.A. (1999). Eficacia de la técnica de detención del pensamiento en diferentes trastornos psicopatológicos. *Psicología Conductual*, *7*, 471-499.
- Luciano Soriano, M.C. (1999). La Psicoterapia Analítico Funcional (FAP) y la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Fundamentos, características y precauciones. *Análisis y Modificación de Conducta*, *25*, 497-584.
- Luciano Soriano, M.C., Rodríguez Valverde, M. y Gutiérrez Martínez, O. (2004). A proposal for synthesizing verbal contexts in experiential avoidance disorder and acceptance and commitment therapy. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, *4*, 377-394.
- Masuda, A., Hayes, S.C., Sackett, C.F. y Twohig, M.P. (2004). Cognitive defusion and self-relevant negative thoughts: examining the impact of a ninety year old technique. *Behaviour Research and Therapy*, *42*, 477-485.
- McCurry, S. y Hayes, S.C. (1992). Clinical and experimental perspectives on metaphorical talk. *Clinical Psychology Review*, *12*, 763-785.
- O'Donohue, W. (1998). Conditioning and third-generation behavior therapy. En W. O'Donohue (dir.), *Learning and behavior therapy* (pp. 1-14). Needham Heights: Allyn and Bacon.
- Páez Blarrina, M., Gutiérrez Martínez, O., Valdivia Salas, S. y Luciano Soriano, M.C. (2006). ACT y la importancia de los valores personales en el contexto de la terapia psicológica. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, *6*, 1-20.
- Pérez Álvarez, M. (2003). *Las cuatro causas de los trastornos psicológicos*. Madrid: Universitas.
- Segal, Z.V., Teasdale, J.D. y Williams, M.G. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy: theoretical rationale and empirical status. En S.C. Hayes, V.M. Follette y M.M. Linehan (dirs.), *Mindfulness and acceptance. Expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 45-65). Nueva York: Guilford.

- Segal, Z.V., Williams, M.G. y Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression. A new approach to preventing relapse*. Nueva York: Guilford.
- Sevilla Fernández, J.M. y Barrios Casares, M. (2000) (dirs.). *Metáfora y discurso filosófico*. Madrid: Tecnos.
- Skinner, B.F. (1979). Un análisis operante de la solución de problemas. En B.F. Skinner (dir.), *Contingencias de reforzamiento. Un análisis teórico* (pp. 127-160). México D.F.: Trillas (Orig., 1969).
- Skinner, B.F. (1981). *Conducta verbal*. México D.F.: Trillas (Orig., 1957).
- Strosahl, K.D., Hayes, S.C., Wilson, K.G. y Gifford, E.V. (2004). An ACT primer: core therapy processes, intervention strategies, and therapist competencies. En S.C. Hayes y K.D. Strosahl (dirs.). *A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy* (pp. 31-58). Nueva York: Springer.
- Task force on promotion and dissemination of psychological procedures (1995). Training in and dissemination of empirically-validated psychological treatments: Report and recommendations. *The Clinical Psychologist*, 48, 3-23.
- Turbayne, C.M. (1974). *El mito de la metáfora*. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica (Orig., 1970).
- Twohig, M.P., Hayes, S.C. y Masuda, A. (2006). Increasing willingness to experience obsessions: Acceptance and Commitment Therapy as a treatment to obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy*, 37, 3-13.
- Twohig, M.P., Hayes, S.C. y Masuda, A. (en prensa). A preliminary investigation of acceptance and commitment therapy as a treatment for chronic skin picking. *Behavior Therapy*.
- Twohig, M.P. y Woods, D.W. (2004). A preliminary investigation of acceptance and commitment therapy and habit reversal as a treatment for trichotillomania. *Behavior Therapy*, 35, 803-820.
- Wegner, D.M. (1994). *White bears and other unwanted thoughts. Suppression, obsession, and the psychology of mental control (second edition)*. Nueva York: Guilford.
- Wegner, D.M., Broome, A. y Blumberg, S.J. (1997). Ironic effects of trying to relax under stress. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 11-21.
- Wegner, D.M. y Erber, R. (1992). The hyperaccessibility of suppressed thoughts. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 903-912.
- Wegner, D.M., Wenzlaff, R.M. y Kozak, M. (2004). Dream rebound: the return of suppressed thoughts in dreams. *Psychological Science*, 15, 232-236.
- Wenzlaff, R.M. y Wegner, D.M. (2000). Thought suppression. *Annual Review of Psychology*, 51, 59-91.
- Wilson, K.G. y Backledge, J.T. (2000). Recent developments in the behavioural analysis of language: making sense of clinical phenomena. En M.J. Dougher (dir.), *Clinical behavior analysis* (pp. 27-46). Reno: Context Press.
- Wilson, K.G., Hayes, S.C., Gregg, J. y Zettle, R.D. (2001). Psychopathology and psychotherapy. En S.C. Hayes, D. Barnes-Holmes y B. Roche (dirs.), *Relational frame theory. A post-skinnerian account of human language and cognition* (pp. 211-238). Nueva York: Kluwer Academic/Plenum.
- Wilson, K.G. y Luciano Soriano, C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.
- Wittgenstein, L. (1988). *Investigaciones filosóficas*. Barcelona: Crítica (Orig., 1953).
- Wulfert, E. Greenway, D.E., Farkas, P., Hayes, S.C. y Dougher, M.J. (1994). Correlation between self-reported rigidity and rule-governed insensitivity to operant contingencies. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 27, 659-671.

- Zettle, R.D. (2005). The evolution of a contextual approach to therapy: from comprehensive distancing to ACT. *International Journal of Behavioral and Consultation Therapy*, 1, 1-13.
- 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.