

LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT): SUS APLICACIONES Y PRINCIPALES FUNDAMENTOS CONCEPTUALES, TEÓRICOS Y METODOLÓGICOS

César Rey¹

Universidad Católica de Colombia

ABSTRACT

In the last ten years the “verbal therapies”, a group of therapeutic alternatives coming from the radical behaviorism (the philosophical foundation of the experimental analysis of behavior), have received a wide diffusion. These therapies are distinguished clearly of the traditional techniques of behavior modification, which roots are too radical behaviorist, in aspects like the place in which they are applied and the means through which pursue their clinical purposes. The objective of this work is to carry out a review of the conceptual, theoretical and methodological foundations of one of these therapies: the Acceptance and Commitment Therapy (ACT), as well as the applications that this therapy has had. For this goal, the main existent differences between the radical behaviorism and the methodological behaviorism are presented first, especially differences regarding the clinical psychology area. Later this paper makes a brief description of conceptual and empirical advances in the complex human behavior area, which have allowed the development of the verbal therapies as the ACT, being carried out a general characterization of these therapies. Finally the conceptual and methodological foundations of ACT are presented, together with a review of its applications.

Key words: *Acceptance and Commitment Therapy, ACT, radical behaviorism, behavior modification.*

1 Correspondencia: Universidad Católica de Colombia, Facultad de Psicología, Cra. 13 # 47-49, Bogotá, D.C., Colombia. Correo electrónico: crey@ucatolica.edu.co

RESUMEN

En los últimos diez años han recibido una amplia difusión las llamadas “terapias verbales”, un conjunto de alternativas terapéuticas de enfoque conductista radical, la fundamentación filosófica del análisis experimental del comportamiento. Estas terapias se distinguen claramente de las técnicas tradicionales de modificación del comportamiento, de raigambre conductista radical también, en aspectos como el lugar en el cual se aplican y los medios a través de los cuales persiguen sus propósitos clínicos. El objetivo de este trabajo es realizar una revisión de los fundamentos conceptuales, teóricos y metodológicos de una de estas terapias: la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), así como una reseña de las aplicaciones que ha tenido dicha terapia desde su aparición. Para ello, en primer lugar, se presentan las principales diferencias existentes entre el conductismo radical y el conductismo metodológico, especialmente en lo referente al área psicológica clínica. Posteriormente se realiza una breve descripción de los avances conceptuales y empíricos en el área de la conducta humana compleja, que han permitido el desarrollo de las terapias verbales como la ACT, así como una caracterización general de dichas terapias. Finalmente se presentan los fundamentos conceptuales y metodológicos de la ACT y una reseña de los estudios en los cuales se ha implementado.

Palabras clave: *Terapia de Aceptación y Compromiso, ACT, conductismo radical, modificación del comportamiento.*

Con el advenimiento de las terapias cognoscitivas hacia comienzos de los años sesenta y setenta del siglo anterior (vg., Ellis, 1962; Beck, 1970; D’Zurilla & Goldfried, 1971; Meichenbaum, 1975), muchos terapeutas de formación conductual vislumbraron la oportunidad de abordar la conducta disfuncional tanto en sus aspectos puramente “conductuales”, como en sus aspectos “cognoscitivos”, asumiendo en esta intervención un enfoque conocido como “metodológico”. Aunque la mayoría de los psicólogos clínicos que se han formado desde una orientación conductista han asu-

mido este enfoque metodológico (Hayes & Hayes, 1992), los últimos diez años han sido testigos del desarrollo de una serie de terapias fundamentadas en el enfoque conductista radical, la perspectiva filosófica del análisis experimental del comportamiento cimentado por Skinner (1973). Estas terapias se han convertido en una alternativa para los psicólogos clínicos que no desean utilizar un enfoque cognoscitivo conductual para el tratamiento de las dificultades comportamentales, sino que anhelan conservar un enfoque conductista radical en su comprensión y modificación.

El objetivo de este trabajo es realizar una revisión de los fundamentos, principales características y aplicaciones de una de estas terapias: la Terapia de Aceptación y Compromiso, más conocida como ACT por su nombre originario en inglés: *Acceptance and Commitment Therapy* (Hayes & Wilson, 1994; Hayes, Strosahl & Wilson, 1999). Para ello en primer lugar se presentan las características y diferencias del conductismo metodológico y del conductismo radical; en segundo lugar se realiza una breve descripción de los avances conceptuales y empíricos en el área de la conducta humana compleja, que han permitido el desarrollo de estas terapias; posteriormente se lleva a cabo una caracterización de dichas terapias y se describe la terapia en mención a nivel conceptual, teórico y metodológico; finalmente se realiza una reseña de las aplicaciones que ha tenido dicha terapia con base en varios estudios publicados en revistas internacionales.

DIFERENCIAS ENTRE EL CONDUCTISMO METODOLÓGICO Y EL CONDUCTISMO RADICAL

El conductismo metodológico y el conductismo radical son dos perspectivas filosóficas sobre el estudio del comportamiento, que reflejan dos formas distintas de explicarlo y de modificarlo con propósitos aplicados y que difieren en sus orígenes y metodología de investigación.

Mientras que el conductismo metodológico tiene sustento en los planteamientos neo conductistas, es-

pecialmente los delineados por Edward Tolman (1938), el conductismo radical se cimenta en los planteamientos analítico funcionales de B.F. Skinner (1973; 1979). Para comprender el comportamiento, las posiciones neoconductistas como la de Tolman claman por la consideración de variables que se ubican al interior del organismo y que intervienen en la relación entre estímulo y respuesta, especialmente variables de tipo cognoscitivo. Por el contrario, la perspectiva funcional analítica prefiere el análisis del comportamiento en relación con el ambiente, de cara a desentrañar la funcionalidad que tiene la conducta para el individuo. Por consiguiente, para el enfoque conductista metodológico, la modificación del comportamiento pasa por la alteración de las variables intervinientes en mención, mientras que para el enfoque conductista radical dicha modificación implica la alteración de la funcionalidad que tiene la conducta para el individuo (Arias, Fernández & Perona, 2000; Hayes & Hayes, 1992; Gómez, García, Pérez, Bohórquez & Gutiérrez, 2002).

En el terreno de la psicología clínica, para el enfoque conductista metodológico es posible inferir la incidencia de una variable interviniente sobre la conducta disfuncional, si su alteración se manifiesta en una modificación sobre dicha conducta. Para ello propende por el diseño de protocolos de tratamiento replicables experimentalmente que en teoría alteren dichas variables, evaluando la efec-

tividad de los mismos por medio de definiciones operacionales de las conductas que pretenden modificar, basadas en la frecuencia, la intensidad y otras características topográficas que podrían dar cuenta del efecto de la intervención sobre las variables intervinientes en cuestión. Por el contrario, al enfoque radical le interesa las intervenciones que explícitamente busquen una modificación de la funcionalidad de la conducta para el individuo, que altere concomitantemente dicha conducta (Carrascoso, 1999).

En el ámbito de la investigación, desde el enfoque conductista metodológico se ha mostrado tradicionalmente una preferencia por los diseños de investigación de comparación de grupos y por el uso de pruebas estadísticas, mientras que desde la perspectiva conductista radical se ha preferido consuetudinariamente el uso de diseños de investigación de caso único o en los que participen pocos sujetos, tales como los diseños reversibles y los de línea de base múltiple.

Una diferencia crucial entre los dos enfoques radica en la consideración de los eventos internos: mientras que para el conductismo metodológico los eventos internos causan la conducta visible, para el conductismo radical, estos eventos no difieren en su naturaleza a los eventos que ocurren fuera de la piel del individuo y constituyen otras respuestas que emite el individuo en relación con su ambiente. Por ello, para este último enfoque,

también es posible analizar estos eventos internos de manera funcional (Gómez et al., 2002).

Los tratamientos terapéuticos desarrollados bajo un enfoque metodológico, por otro lado, tienden a implementar técnicas que van dirigidos a los “tres canales de respuesta”, motor, fisiológico y cognoscitivo, para lo cual disponen del *armamentarium* de técnicas psicoterapéuticas cobijadas bajo los rótulos de “modificación del comportamiento” (por ejemplo, las técnicas operantes), “terapia de conducta” (por ejemplo, la inundación, el entrenamiento en relajación y la desensibilización sistemática) y “terapia cognoscitiva” (por ejemplo, la reestructuración cognoscitiva), respectivamente. Todos los tratamientos combinados que utilizan, bajo un enfoque metodológico, los tres tipos de técnicas mencionados, se conocen comúnmente como “cognoscitivo conductuales”.

LOS AVANCES EN LA COMPRENSIÓN DE LA CONDUCTA HUMANA COMPLEJA Y LA PRÁCTICA CLÍNICA

Es probable que la gran acogida que tuvieron las terapias cognoscitivas entre los psicoterapeutas formados desde un enfoque conductista, agregándose dentro del *armamentarium* propio de los tratamientos cognoscitivo conductuales, se debió a que los planteamientos teóricos que respaldaban dichas terapias permitieron suplir los vacíos de ese tipo que existían hasta hace dos décadas sobre el tema de la

cognición. Sin embargo, los avances que se han dado en ese terreno tanto a nivel conceptual como empírico, han permitido la formulación de alternativas terapéuticas que, sin abandonar una posición conductista radical, han podido abordar el tema de la cognición dentro de la evaluación y terapia psicológica. Dentro de estos avances tenemos el control mediante claves contextuales, las relaciones condicionales, la conducta gobernada por reglas, la conducta verbal y la equivalencia de estímulos, los cuales se reseñarán a continuación.

1. *Control contextual y relaciones condicionales.* Aunque la investigación sobre el comportamiento a nivel básico ha utilizado tradicionalmente estímulos discretos para examinar el control de los estímulos sobre la conducta, tales como una luz, un estímulo visual, entre otros, la evidencia experimental que se ha recolectado al respecto en los últimos quince años muestra que los animales, además del estímulo discreto al cual deben responder, aprenden cuáles son los otros estímulos que proporcionan el contexto en el cual se presentará la consecuencia generada por la respuesta, tales como los estímulos visuales y olfativos presentes durante la exposición del estímulo discriminativo. El control sobre la conducta ejercido por estos estímulos que proporcionan la pauta para que el individuo muestre la respuesta ante un estímulo discriminativo, se conoce como control contextual o “control mediante

claves contextuales” (Domjan, 1998, p. 242).

El control contextual fue descrito inicialmente por Sidman (1986), al plantear la posibilidad de que un estímulo adicional (“estímulo contextual”) pudiese controlar una discriminación condicional, en la cual un individuo aprende a elegir un estímulo de dos o más estímulos de comparación, si se le refuerza positivamente por seleccionar aquel estímulo que corresponde a un estímulo muestra presentado inicialmente. Según Sidman, si se enseña otro estímulo junto con el estímulo muestra, dicho estímulo constituye un contexto que le brinda información al individuo sobre la viabilidad de recibir refuerzo por la respuesta en cuestión, no ejecutándose dicha respuesta en su ausencia. Este planteamiento ha recibido soporte empírico fruto de varias investigaciones (Pérez-González, 1998).

El control mediante claves contextuales es un ejemplo de una relación condicional. Una relación condicional ocurre cuando la relación entre dos sucesos (respuesta y estímulo reforzante, en el caso del condicionamiento operante y estímulo condicionado y estímulo incondicionado, en el caso del condicionamiento clásico), está determinada por la presencia de otro suceso (*vg.*, estímulo) (Domjan, 1998). Un ejemplo de una relación condicional es el mismo aprendizaje discriminativo simple en el condicionamiento instrumental: el estímulo discriminativo informa al organismo que puede llevar a cabo la

respuesta que permite acceder a la consecuencia deseada, es decir, el estímulo discriminativo condiciona la relación que el organismo establece entre la respuesta y el estímulo reforzante (*vg.*, consecuente).

2. *Conducta gobernada por reglas y conducta verbal*. Una regla es un enunciado verbal que hace referencia a una conducta y que especifica las consecuencias que resultarán de la misma y las condiciones en las que debe ejecutarse dicha conducta para obtener tales consecuencias. En otras palabras, una regla es cualquier enunciado en el que se hace referencia a una relación de contingencia (Pierce & Epling, 1995; Powell, Symbaluk & Macdonald, 2002). Las reglas pueden surgir de dos fuentes fundamentales: a) de las mismas personas, a través de las contingencias a las que han estado expuestas, y b) de la comunidad verbal que rodea al individuo. De acuerdo con Skinner (1979), quien desarrolló el concepto de conducta gobernada por reglas, el entorno ofrece una gran cantidad de reglas para el individuo, incluyendo proverbios, máximas y códigos éticos y legales.

Se ha hecho la distinción entre la 'conducta moldeada por las contingencias', cuya probabilidad de ocurrencia depende de las contingencias reales a las que está expuesto el individuo, y la 'conducta gobernada por reglas', cuando la regla hace las veces del estímulo discriminativo de dicha conducta, ya sea porque la misma persona emite la regla o porque ésta ha sido extraída de su comunidad verbal

(Pierce & Epling, 1995). Sin embargo, varios experimentos que han utilizado programas de reforzamiento intermitente, han encontrado que las reglas pueden hacer insensible a una persona a las contingencias reales, si ésta recibe una regla que le indica que responda de manera contraria a la disponibilidad de reforzamiento establecida previamente por el programa de reforzamiento (Pierce & Epling, 1995; Pérez, 1996).

El concepto de conducta gobernada por reglas ha permitido el análisis funcional del pensamiento, en términos del concepto de "control autoinstruccional". Este término hace referencia al hecho de que las personas pueden dirigir su comportamiento por medio de las instrucciones que adquiere de su comunidad verbal, las cuales hacen las veces de reglas que gobiernan su propia conducta (Pérez, 1996).

Skinner pudo desarrollar el concepto de regla ya que había realizado una aproximación materialista al lenguaje en su libro de 1957 titulado *Verbal behavior* ("Conducta verbal"). Los planteamientos formulados por Skinner en ese libro claman, a *grosso modo*, por un análisis contingencial de lo que la gente dice, en términos de los estímulos antecedentes y consecuentes de una respuesta, con el fin de analizar las condiciones ambientales que le brindan funcionalidad a la conducta verbal del individuo.

3. *Equivalencia de estímulos y relaciones derivadas de estímulos*. Varios experimentos realizados con seres humanos con capacidad verbal (por

ejemplo, Cowley, Green & Braunling-McMorrow, 1992; de Rose, de Souza & Hanna, 1996; Hayes, Kohlenberg & Hayes, 1991; Green, Sigurdardottir & Saunders, 1991; Lynch & Cuvo, 1995; Sidman, Kirk & Willson-Morris, 1985), han mostrado que, tras haber aprendido a llevar a cabo una respuesta ante un estímulo determinado con el fin de acceder a un reforzador, un individuo puede aprender a llevar a cabo la misma respuesta ante un estímulo físicamente distinto, sin que se le haya reforzado previamente por ello. Se dice, entonces, que este último estímulo se volvió funcionalmente equivalente al inicial, pues generó la misma respuesta que se ofrecía al primer estímulo (Pérez-González, 1998).

El concepto de equivalencia de estímulos fue propuesto inicialmente por Sidman (1971) al hallar relaciones entre estímulos auditivos y visuales no entrenados previamente, en dos procedimientos de discriminación condicionada utilizando el paradigma de igualación a la muestra (véase Pérez-González, 1998, para una descripción detallada de este paradigma).

De acuerdo con Sidman y Tailby (1982) el fenómeno de equivalencia exige que el individuo exhiba tres propiedades en el marco de dos entrenamientos de discriminación condicional relacionados (AB y luego BC) : a) la flexibilidad, que consiste fundamentalmente que ante cualquier pareja de estímulos de comparación nuevos, el individuo seleccione sistemáticamente aquel que es físicamente idéntico a la muestra, b) la

simetría, que consiste en que, por ejemplo, dado un entrenamiento de discriminación condicional entre el estímulo A (muestra) y el estímulo B (de comparación), si al individuo se le enseña B como el estímulo de muestra es capaz de seleccionar A si éste se le presenta como estímulo de comparación y c) la transitividad, en la cual, dado el entrenamiento de igualación entre un estímulo de muestra A y un estímulo de comparación B, y dado el entrenamiento de igualación entre el mismo estímulo B ofrecido como estímulo de muestra y un estímulo C de comparación, el individuo es capaz de seleccionar a C si se le presenta A como muestra. Para que se considere que existe equivalencia se exige, finalmente, que el individuo pueda seleccionar A si se le presenta C como estímulo muestra.

La equivalencia de estímulo se considera una relación derivada de estímulos, ya que implica una relación que ha surgido entre dos estímulos si que haya habido un entrenamiento previo de apareamiento entre dichos estímulos. Esta derivación arbitraria entre estímulos explicaría porqué las personas asocian diferentes eventos entre sí sin que hayan mediado experiencias que les permitiera relacionarlos previamente (Hayes, Gifford & Hayes, 1999).

Todos estos avances empíricos y conceptuales señalan que es posible analizar funcionalmente la conducta compleja de un consultante en el mismo consultorio psicológico. Por un lado, permiten comprender que el con-

sultorio constituye un contexto que puede inhibir o facilitar determinadas conductas del consultante, de acuerdo con las claves contextuales que se generen a lo largo de la relación terapéutica. Por otro lado, facilitan el análisis de las conductas verbales del consultante, de cara a dilucidar tanto las reglas que inciden negativamente sobre su conducta en la vida cotidiana, como las contingencias a las que ha estado expuesto a lo largo de su vida. El concepto de relaciones derivadas de estímulos permite comprender, asimismo, que desde el motivo de consulta hasta lo que el consultante siente y recuerda durante la sesión, son el resultado de las relaciones funcionales que el cliente ha establecido entre diversos estímulos y las conductas por las cuales ha solicitado ayuda terapéutica.

Dado que, a la luz del concepto anterior, el individuo puede aprender “indirectamente”, es posible que el consultorio se constituya en un entorno facilitador de aprendizajes positivos para el individuo, que éste transfiera a su entorno natural sin tener que influir directamente sobre el mismo, como ocurre con la mayoría de las técnicas de modificación del comportamiento. El terapeuta, además, puede favorecer (especialmente con su propia conducta verbal) que el consultante modifique reglas que han estado afectando negativamente su vida y moldear su conducta en una dirección terapéuticamente deseada. Ya que el conductismo radical asume que los individuos aprenden a emitir

“clases” de respuestas (y no sólo respuestas específicas) ante “clases” de estímulos (no solamente ante un estímulo particular), estos aprendizajes positivos fomentados en el mismo consultorio, podrían generalizarse al entorno natural del consultante. Ello marca una gran diferencia con las técnicas clásicas de modificación del comportamiento basadas en la triple relación de contingencias, ya que en estas técnicas se promueve dicha modificación en el mismo ambiente natural. (En la tabla 1 pág. 255, se indican algunas otras diferencias entre estas técnicas y las terapias que han surgido recientemente con base en los avances empíricos y conceptuales reseñados previamente).

Debido a que el principal vehículo de cambio de las terapias que se han desarrollado con este trasfondo empírico y conceptual, es la conducta verbal, a este tipo de terapias se les ha designado con el nombre de “terapias verbales”. Las dos terapias de este corte más reconocidas son la Psicoterapia Funcional Analítica, desarrollada por Kohlenberg y Tsai (1991) y la Terapia de Aceptación y Compromiso, desarrollada por el equipo de investigadores de la Universidad de Nevada liderado por Steven Hayes (Hayes & Wilson, 1994; Hayes, Strosahl & Wilson, 1999).

A continuación se realizará una caracterización de dichas terapias, con el fin de profundizar en las bases conceptuales, teóricas y metodológicas de la Terapia de Aceptación y Compromiso y sus aplicaciones.

Tabla 1. Diferencias entre las terapias verbales y las técnicas tradicionales de modificación del comportamiento

	Terapias verbales	Modificación del comportamiento
Objetivo	Modificar directa e indirectamente la funcionalidad de la conducta problemática.	Modificar directamente la funcionalidad de la conducta problemática.
Medio y lugar	1. Manejo de contingencias en el mismo consultorio.	Manejo de contingencias en el ambiente natural.
	2. Modificación de reglas que gobiernan maladaptativamente la conducta y de los contextos sociales verbales que mantienen la conducta problemática, a través del intercambio social-verbal entre el consultante y el terapeuta.	

CARACTERÍSTICAS DE LAS TERAPIAS VERBALES

Al fundamentarse en el conductismo radical, estas terapias comparten los siguientes rasgos (Hayes & Hayes, 1992; Pérez, 1996; Rey, 2002):

1. Analizan el comportamiento a la luz del contexto en el que se ocurre, ya que parten de la base de que un análisis descontextualizado y aislado de la conducta no permite descubrir su funcionalidad. Por ejemplo, “Ir al supermercado a comprar víveres” y “Caminar de la casa al supermercado”, si bien son dos conductas que poseen los mismos componentes motrices, son distintas en cuanto a su funcionalidad y el contexto en el que se presentan (Hayes & Hayes, 1992).

2. No examinan el comportamiento de manera ahistórica, sino como un continuo. Por ello, la historia del individuo junto con su entorno de desarrollo, se consideran aspectos fundamentales en la interpretación de dicho comportamiento.

3. No trazan una distinción entre la conducta observable y la privada. Los eventos privados, como las emociones, los sentimientos y los pensamientos del individuo, se analizan también a la luz de su funcionalidad, así como las conductas que constituyen los problemas psicológicos por los cuales se consulta.

4. Parten de la base de que los “problemas” psicológicos tienen su origen en el contexto social verbal en el que se desenvuelve el consultante, el cual dictamina lo que es “normal” o “anormal”. Este contexto social verbal también tiende a considerar que los pensamientos, las emociones y otros eventos internos, son la causa de dichos problemas, por lo que es común que las personas tiendan a tratar de controlar sus conductas problemáticas controlando dichos eventos internos (como cuando alguien trata de controlar la ansiedad para no sentir temor hacia algo). Como se dijo previamente, estos eventos internos se analizan

de igual manera que la conducta observable, ya que para estas terapias no se consideran la causa de dichos problemas psicológicos.

5. Se centran en la interacción que se da entre el terapeuta y el usuario dentro de la propia consulta, entendida como interacción social, y por lo tanto, contexto social-verbal. A través del intercambio verbal y no verbal entre ellos dos, el terapeuta busca cambiar la funcionalidad de las conductas que constituyen los problemas motivos de consulta.

CARACTERÍSTICAS DE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO

La Terapia de Aceptación y Compromiso o ACT, en particular, posee las siguientes características (Pérez, 1996):

1. Análisis de los problemas psicológicos. En esta terapia se examina los problemas psicológicos a la luz de las prácticas sociales, específicamente, de las reglas que circulan en la comunidad verbal y que gobiernan maladaptativamente la conducta de los individuos. Como ya se mencionó, experimentalmente se ha encontrado que las reglas pueden hacer insensible a las personas a las contingencias reales, sobre todo cuando dichas reglas provienen de otras personas (Pierce & Epling, 1995). Esto tiene una gran importancia de cara al análisis que se hace en la ACT de las conductas problemáticas, ya que un individuo puede seguir una regla proveniente del entorno sociocultural

a pesar de que le acarrea efectos adversos.

2. Análisis del contexto social verbal. Al partir de la premisa de que el contexto social verbal favorece el mantenimiento de los problemas psicológicos, en la ACT se analiza el papel del mismo en las conductas problemáticas que presenta el consultante.

En el marco del concepto de relaciones derivadas de estímulos, Hayes y Hayes (1992) han identificado cuatro contextos verbales que pueden favorecer los problemas psicológicos:

El contexto del significado literal. Debido a las relaciones derivadas de estímulos, las palabras adquieren funciones de estímulo para muchas respuestas no entrenadas originalmente. Por ejemplo, las actitudes que una persona tiene hacia una palabra como “humillación” pueden transmitirse hacia una palabra nueva, como, por ejemplo, “degradación”, si alguien le dice a esta persona que degradación es un sinónimo de humillación. Las funciones psicológicas que tenía la palabra “humillación”, como su capacidad de evocar determinadas imágenes y experiencias, también se pueden transmitir a esta palabra nueva, debido a que esta última adquiere equivalencia funcional en relación con la primera. Gracias a esto, la gente puede comprender el significado convencional de las frases o términos que escucha en su comunidad verbal. Sin embargo, esto también genera que las personas no dimensionen las pa-

labras con los tintes que, por las relaciones derivadas de estímulo, ha asociado a las mismas. Este contexto del significado convencional permite entender los otros tres contextos favorecedores de problemas psicológicos.

El contexto de la evaluación. La comunidad verbal acuerda lo que es “malo” y lo que es “bueno” y valora como “normal” o “anormal” la conducta. De ahí que un “problema psicológico” pueda originarse por la valoración social que tiene la conducta en cuestión. Por ejemplo, una pareja de esposos podría consultar por sus prácticas sexuales, a pesar de que éstas son muy satisfactorias para ellos, ya que su grupo social las califica como “aberrantes”.

El contexto de la explicación. La comunidad verbal también ofrece explicaciones para los eventos del mundo real, incluyendo la conducta de la gente. Es común que dicha comunidad explique la conducta anormal con base en explicaciones mentalistas. Por ejemplo, los accesos de tristeza repetidos se explican porque la persona “es depresiva” y la conducta sexual no tradicional porque la persona tiene una “aberración sexual”. Aunque las palabras “depresiva” y “aberración sexual” son solamente rótulos verbales que la comunidad brinda a unas experiencias privadas, la misma comunidad da a entender de esa manera que estas experiencias son provocadas por estados subjetivos subyacentes.

El contexto del control emocional. Es frecuente que la conducta anor-

mal sea explicada, dentro de la comunidad verbal, como el resultado de eventos internos tales como las emociones o los pensamientos. Ello conlleva a que la gente piense que, para controlar su conducta problemática, se debe controlar los eventos internos que la causan. Así, por ejemplo, si una persona aprende de su comunidad verbal que la causa del temor a hablar en público es la ansiedad o los pensamientos negativos, trataría de controlar dicha emoción y dichos pensamientos con el fin de controlar ese temor.

3. La responsabilidad sobre la propia conducta. En la ACT se hace ver al consultante que es capaz de responsabilizarse tanto de su conducta manifiesta, como de los eventos internos (emociones, pensamientos, etc.) que, por efecto de los contextos mencionados anteriormente, cree que causan dicha conducta. Fiel a su visión conductista radical, en esta terapia no se considera que las emociones o los pensamientos ocasionan la conducta (tal como se vería en un modelo mediacional), sino que estos eventos son también reacciones del individuo que el consultante puede ver con “cabeza fría”, mediante el distanciamiento comprensivo de su problemática. De esta manera se busca que el consultante gane control sobre sus reacciones, en vez de verlas como lo que “ocasiona” su problema.

4. Aceptación y cambio. El proceso de cambio conductual es entendido en esta terapia como un balance de *aceptación y cambio*. Así, por ejem-

plo, el cambio pasaría no por eliminar la ansiedad o la tristeza, o pensar en positivo, sino en encarar o aceptar la ansiedad y la tristeza tal y como son, estableciendo un compromiso para actuar pese a ellas. El caso abordado por Velasco y Quiroga (2001) permite ejemplificar este proceso. Estos autores ayudaron por medio de la ACT a que una persona que abusaba del consumo de bebidas alcohólicas, aceptara que sus problemas radicaban en que dicho consumo le generaba tantos beneficios como los que le generaría la abstinencia. Tras ello, estos autores promovieron en el cliente la elección de abandonar dicho consumo, a pesar de los problemas que le acarrearía dicho abandono.

Como se puede dilucidar, este proceso de aceptación y cambio no implica resignarse a lo negativo, sino actuar de acuerdo con una dirección elegida por el mismo usuario, coherente con sus metas y valores.

A continuación ahondaremos en los aspectos teóricos que dan base a esta terapia y en sus aspectos puramente metodológicos.

Fundamentación teórica de la Terapia de aceptación y compromiso. El fundamento teórico de la ACT recae en la “Teoría de los marcos relacionales” (*Relational Frame Theory*), una aproximación explicativa de la equivalencia de estímulos y de las relaciones de estímulos en general, planteada por Hayes y su equipo (véanse Hayes, Barnes-Holmes & Roche, 2001).

De acuerdo con esta teoría, la equivalencia de estímulos es un ejemplo de las posibles relaciones derivadas de estímulos que los seres humanos verbales pueden establecer, entendiendo dicha equivalencia como un marco de relación basado en la relación “Igual que”. Otros marcos de relación entre estímulos pueden involucrar relaciones distintas, tales como “Mayor que”, “Menor que”, “Opuesto a”, etc. En sí, un marco de relación no hace referencia a una entidad mental, sino a una operante generalizada llamada “Responder relacional” (*Relational responding*) que por su carácter de operante es aprendida y por su rasgo de generalizada puede aplicarse arbitrariamente entre dos o más estímulos (Hayes, Gifford & Hayes, 1998).

Se puede hablar de un marco de relación si se cumplen los siguientes requisitos (Hayes, Gifford & Hayes, 1998):

1. Implicación mutua entre los dos estímulos relacionados (si A entonces B y si B entonces A). La ya descrita simetría es una forma de implicación mutua basada en la relación “Igual que”. Sin embargo, se pueden dar relaciones mutuamente implicatorias que no involucran simetría, como en la relación A es mayor que B (pues B no es mayor que A).

2. La implicación combinatoria, la cual describe la facultad de las respuestas relacionales de combinarse. Sus exponentes presentan el siguiente ejemplo, en ese sentido:

Si A está relacionado con B de una forma particular en un contexto específico y si B está también relacionado con C en una forma particular en ese contexto específico, entonces hay una relación implicada entre A y C y entre C y A. Por ejemplo, si a uno le dicen que un trabajo A paga más que un trabajo B, y que ese trabajo B paga más [sic] que un trabajo C, la relación derivada está implicada combinatoriamente. El trabajo A paga más que el trabajo C y el trabajo C paga menos que el trabajo A (Hayes, Gifford & Hayes, 1998, p. 508).

3. La transferencia o transformación de funciones. Una vez que se ha establecido algún tipo de relación entre dos estímulos, ante las claves contextuales indicadas, las funciones psicológicas que tenía el primer estímulo no sólo se transfieren al segundo, sino que se pueden transformar en virtud del marco de relación en cuestión. Por ejemplo, si a un persona que sufre de fobia a las tarántulas se le dice que las arañas X son más venenosas que las tarántulas, probablemente no sólo transferirá el temor que le ocasionan las primeras a las segundas, sino que además exhibirá un temor mucho mayor al segundo tipo de arañas en razón del tipo de relación establecido entre los estímulos ("Mayor que") y los indicios contextuales presentados (en este caso, "venenosas").

La teoría permite entender porqué los seres humanos continuamente exhiben las mismas respuestas ante estímulos distintos a aquéllos ligados

directamente por la experiencia. En el caso de los desordenes psicológicos, dicha teoría permite vislumbrar porqué muchas reacciones emocionales y afectivas disfuncionales son controladas por estímulos aparentemente no relacionados, pero que se encuentran en un marco de relación aplicable arbitrariamente con los estímulos originalmente asociados con dichas reacciones (véanse en ese sentido, Friman, Hayes & Wilson, 1998). La teoría también permite entender porqué los contextos del significado literal, de la evaluación, de la explicación y del control emocional, descritos previamente, involucran marcos de relación que originan problemas psicológicos.

Es importante resaltar que el análisis de las relaciones derivadas entre estímulos, la amplían los autores de esa teoría a eventos internos que pueden analizarse en términos de estímulos o de respuestas, tales como pensamientos, imágenes y las reacciones mencionadas.

Fundamentación metodológica de la Terapia de Aceptación y Compromiso. La ACT se desarrolla por medio de cinco metas sucesivas, cuyo cumplimiento abarca alrededor de dieciséis sesiones terapéuticas. Tal como se enunció previamente, estas metas buscan primordialmente generar un estado de distanciamiento comprensivo de los problemas, con el fin de ayudar al usuario a aceptarlos y a comprometerse a elegir una opción de vida, a pesar de los mismos (Pérez, 1996). Para ello es común el uso de metáforas por parte del terapeuta (Velasco & Quiroga, 2001).

A continuación se reseña cada una de estas metas (Pérez, 1996):

1. Establecer un estado de desesperanza creadora. Debido al contexto de la explicación, los consultantes comúnmente consideran que la solución de sus problemas psicológicos, pasa por la supresión de los eventos internos (*vg.*, ansiedad, pensamientos obsesivos, etc.), que cree causan dichas dificultades. En esta meta inicial, se le hace ver al consultante que no es posible eliminar estos eventos internos, buscándose así generar un estado de desesperanza que motive al consultante a cambiar de enfoque con respecto a sus dificultades.

2. Hacer ver el control como problema. El contexto del control emocional conlleva a que las personas piensen que el control de sus problemas radica en la intervención de los eventos internos que los “causan”. En esta meta, se intenta hacer ver al consultante que estos eventos internos no son la causa de su problema sino parte del mismo. Por consiguiente, su regulación (por ejemplo, no pensar negativamente, controlar la ansiedad, etc.) no soluciona el problema sino que de hecho ayuda a que se mantenga. En ese sentido es importante detectar las reglas que buscan el control emocional y que el consultante ha adquirido primordialmente por medio de su comunidad verbal (por ejemplo, “No pienses en eso”, “Piensa positivo”, etc.), que en la ACT se consideran autodestructivas ya que buscan suprimir reacciones del mismo individuo.

3. Diferenciar entre el yo y la conducta. En esta meta se busca que el consultante aprenda que sus pensamientos, emociones, sentimientos, imágenes y los demás eventos internos que considera gobiernan su conducta problema, no son acontecimientos con autonomía propia desligados de su yo. De esta manera se busca que el consultante se haga “responsable” tanto de dicha conducta como de estos eventos internos. En el caso del temor a hablar en público, por ejemplo, se podría hacer ver al consultante que una cosa es verse como víctima de la ansiedad y otra distinta asumir que la misma es una reacción suya, no algo desligado de sí mismo.

4. Abandono de la lucha contra los síntomas. Luchar contra los eventos internos es prácticamente igual que luchar contra sí mismo. Se ayuda al consultante a asumir definitivamente sus síntomas como otras respuestas con una funcionalidad, que radica en las contingencias a las cuales ha estado expuesto y no como la causa de sus problemas. Los usos lingüísticos son importantes en ese sentido. Por ejemplo, se puede enseñar que una cosa es decir “Saldría *pero* tengo miedo” y otra “Saldría *y* tengo miedo”.

Para el logro de esta meta se invita al consultante a sentir sus síntomas, sin evitarlos o luchar contra su presencia, pudiéndose en ese sentido utilizar técnicas propias de la confrontación con el estímulo, como la exposición en vivo y la inundación, u otras actividades experienciales.

5. Establecer el compromiso de actuar. La meta final de la terapia es que el consultante asuma sus reacciones problemáticas, es decir, las acepte y se responsabilice de las mismas y establezca un compromiso en relación con su vida, a pesar de las mismas. Como ya se indicó, esto no implica la resignación ante aquello que preocupa, sino el compromiso de actuar en una dirección elegida por el mismo consultante, de acuerdo con sus metas y valores personales.

Para el logro de esta última meta es conveniente que el terapeuta incentive repertorios de conducta no evitativos, coherentes con el compromiso que el mismo consultante ha establecido.

APLICACIONES DE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO

La revisión de las aplicaciones que ha tenido esta terapia, publicadas en artículos de revistas científicas internacionales, revela que ha sido implementada con un amplio número de problemas psicológicos y con adultos y adolescentes que muestran una capacidad verbal normal, dado su carácter de terapia verbal. Sin embargo, la ACT se ha considerado especialmente apropiada para el tratamiento de las dificultades psicológicas donde es visible la evitación emocional (como, por ejemplo, los trastornos por ansiedad), ya que ayuda a los clientes a vivenciar, aceptar y comprometerse con las reacciones emocionales que siempre han evitado y rechazado (Pérez, 1996).

Bajo el anterior presupuesto, Carrasco (1999) implementó la ACT con una persona que presentaba trastorno de angustia con agorafobia y Luciano y Gutiérrez (2001) la utilizaron para el tratamiento de una persona con problemas de ansiedad. López (1999), por su parte, la utilizó para el tratamiento de una persona con desorden de pánico con agorafobia, mientras que Zaldívar y Hernández la utilizaron en un caso de agorafobia. Huerta, Gómez, Molina y Luciano (1998), finalmente, la implementaron en un caso de ansiedad generalizada.

Zettle (2003), en la misma línea, trató individualmente a 24 estudiantes universitarios que presentaban ansiedad ante las matemáticas, con ACT en unos casos y con desensibilización sistemática, en otros. Los dos tratamientos mostraron reducciones en una prueba de ansiedad y en mediciones de autoinforme, ganancias que se mantuvieron a los dos meses, según las medidas de seguimiento realizadas.

Bach y Hayes (2002), por otra parte, asignaron aleatoriamente a 80 pacientes hospitalizados con rasgos psicóticos positivos, a un tratamiento con ACT, a un tratamiento estándar o a una combinación de estas dos intervenciones, mostrando los pacientes tratados con ACT una tasa de rehospitalización equivalente a la mitad de la alcanzada por los pacientes que recibieron el tratamiento estándar, a los cuatro meses de haberse realizado el tratamiento.

Paul, Marx y Orsillo (1999), mientras tanto, trataron durante 12 con re-

sultados positivos meses a un exhibicionista remitido por la Corte, tanto con ACT como con la Psicoterapia Funcional Analítica, mientras que Bond y Bunce (2000) compararon la ACT con un tratamiento conductual estándar para reducir el estrés y la ansiedad en el lugar de trabajo, mostrando la primera opción mayores resultados que la segunda.

Otras problemáticas tratadas con ACT o con sus componentes principales son: abuso de bebidas alcohólicas (Velasco & Quiroga, 2001; Luciano, Gómez, Hernández & Cabello, 2001), duelo complicado (Luciano & Cabello, 2001), depresión (Dougher & Hackbert, 1994; Zettle & Raines, 1989), síntomas psicóticos (García y Pérez, 2001), tolerancia al dolor (Hayes et al., 1999; Luciano, Visdómine, Gutiérrez & Montesinos, 2001) y la conducta sexual de alto riesgo de los adolescentes (Metzler, Biglan, Noell, Ary & Ochs, 2000).

CONCLUSIONES

La ACT se ha mostrado hasta ahora como una alternativa terapéutica de enfoque conductista radical, efectiva para el tratamiento de los desórdenes psicológicos en los que se ha aplicado, especialmente en aquellos que implican la evitación activa de experiencias que se han asociado con dolor emocional (por ejemplo, ansiedad, depresión, duelo), debido tal vez al componente de aceptación involucrado en la misma. También ha mostrado ser

apropiada para intervenir sobre conductas que ponen en riesgo la salud, como las conductas sexuales de riesgo y el consumo de bebidas alcohólicas, probablemente por el componente de compromiso personal inherente a la misma.

Tal efectividad tal vez radica en que cuenta con sólidas bases conceptuales y empíricas provenientes de la investigación sobre la conducta compleja humana. Su fundamento teórico en la teoría de los marcos relacionales, constituye una invitación a fortalecer la investigación relacionada con los procesos de cambio terapéutico implicados en la misma.

REFERENCIAS

- Arias, M.F., Fernández, F. & Perona, S. (2000). Psicología básica, psicología aplicada y metodología de investigación: el caso paradigmático del análisis experimental y aplicado del comportamiento. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 32 (2), 277-300.
- Bach, P. & 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 (5), 1129.
- Beck, A. (1970). Cognitive therapy: nature and relation to behavior therapy. *Behavior Therapy*, 1, 184-200.
- Bond, F. W. & Bunce, D. (2000). Mediators of change in emotion-focused and problem-focused worksite stress management interventions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5, 156-163.
- Carrascoso, F.J. (1999). Terapia de aceptación y compromiso (ACT) en el trastorno de angustia con agorafobia: un estudio de caso. *Psicothema*, 11 (1), 1-12.
- Cowley, B.J., Green, G. & Braunling-McMorrow, D. (1992). Using stimulus equivalence procedures to teach name-face matching to adults with brain injuries. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 25, 461-475.

- De Rose, J.C., de Souza, D.G. & Hanna, E.S. (1996). Teaching reading and spelling: Exclusion and stimulus equivalence. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 29, 451-469.
- Domjan, M. (1998). *Principios de aprendizaje y conducta*. México: Thompson.
- Dougher, M.J. & Hackbert, L. (1994). A behavior-analytic account of depression and a case report using acceptance-based procedures. *The Behavior Analyst*, 17, 321-334.
- D'Zurilla, T. & Goldfried, M. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*, Lyle Stuart, Nueva Jersey.
- Friman, P.C., Hayes, S.C. & Wilson, K.G. (1998). Why behavior analysts should study emotion: The example of anxiety. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 31, 137-156.
- García, J.M. & Pérez, M. (2001). ACT as a treatment for psychotic symptoms. The case of auditory hallucinations. *Análisis y modificación de conducta*, 27, 113, 455-472.
- Gómez, J., García, A., Pérez, V., Bohórquez, C. & Gutiérrez, M.T. (2002). Los hechos internos de una ciencia natural: conductismo radical y eventos privados. *Apuntes de Psicología*, 20(1), 119-134.
- Green, G., Sigurdardottir, Z.G. & Saunders, R.R. (1991). The role of instructions in the transfer of ordinal functions through equivalence classes. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 55, 287-304.
- Hayes, S.C., Barnes-Holmes, D. & Roche, B. (Eds.). (2001). *Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian account of human language and cognition*, Plenum Press, New York.
- Hayes, S.C., Bissett, R., Korn, Z., Zettle, R.D., Rosenfarb, I., Cooper, L. & Grundt, A. (1999). The impact of acceptance versus control rationales on pain tolerance. *The Psychological Record*, 49, 33-47.
- Hayes, S., Gifford, E. & Hayes, S. (1998). Una aproximación relacional a los eventos verbales. En R. Ardila, W. López, A. Pérez-Acosta, R. Quiñones, y F. Reyes (Comp.), *Manual de análisis experimental del comportamiento* (pp. 499-517), Biblioteca Nueva, Madrid.
- Hayes, S.C. & Hayes, L.J. (1992). Some clinical implications of contextualistic behaviorism: the example of cognition. *Behavior Therapy*, 23, 225-249.
- Hayes, S.C., Kohlenberg, B.S. & Hayes, L.J. (1991). The transfer of specific and general consequential functions through simple and conditional equivalence relations. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 56, 119-137.
- Hayes, S.C.; Strosahl, K.D. & Wilson, K.D. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy. An Experimental Approach to Behavior Change*, Guildford, Nueva York.
- Hayes, S.C. & Wilson, K.G. (1993). Some Applied Implications of a Contemporary Behavior-Analytic Account of Verbal Events. *The Behavior Analyst*, 16, 283-301.
- Hayes, S.C. & Wilson, K.G. (1994). Acceptance and Commitment Therapy: Altering the Verbal Support for Experimental Avoidance. *The Behavior Analyst*, 17, 289-303.
- Huerta, F., Gómez, S., Molina, A.M & Luciano, M.C. (1998). Generalized anxiety: A case study. *Análisis y modificación de conducta*, 24, 751-766.
- Kohlenberg, R.J. & Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy*, Plenum, Nueva York.
- López, F.J.C. (1999). Acceptance and commitment therapy (ACT) in panic disorder with agoraphobia: A case study. *Psicothema*, 11, 1-12.
- Luciano, C. & Cabello, F. (2001). Bereavement and Acceptance and Commitment Therapy (ACT). *Análisis y Modificación de Conducta*, 27, 113, 399-424.
- Luciano, C., Gómez, S., Hernández, M. & Cabello, F. (2001). Alcoholism, experiential avoidance, and Acceptance and Commitment Therapy (ACT). *Análisis y modificación de conducta*, 27, 113, 333-372.
- Luciano, C. & Gutierrez, O. (2001). Anxiety and Acceptance and Commitment Therapy (ACT). *Análisis y modificación de conducta*, 27, 113, 373-398.
- Luciano, C., Visdómine, J.C., Gutiérrez, O. & Montesinos, F. (2001). ACT (Acceptance and Commitment Therapy) and chronic pain. *Análisis y modificación de conducta*, 27, 113, 473-502.
- Lynch, D.C. & Cuvo, A.J. (1995). Stimulus equivalence instruction of fraction - decimal relations. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 28, 115-126.

- Meichenbaum, D. (1975). Self-instructional methods. En F. Kanfer & A. Goldstein (Eds.), *Helping people change*, Pergamon, Nueva York.
- Metzler, C.W., Biglan, A., Noell, J., Ary, D. & Ochs, L. (2000). A randomized controlled trial of a behavioral intervention to reduce high-risk sexual behavior among adolescents in STD clinics. *Behavior Therapy*, 31, 27-54.
- Paul, R.H., Marx, B.P. & Orsillo, S.M. (1999). Acceptance-based psychotherapy in the treatment of an adjudicated exhibitionist: A case example. *Behavior Therapy*, 30(1), 149-163.
- Pérez-González, L.A. (1998). Discriminaciones condicionales y equivalencia de estímulos. En R. Ardila, W. López, A. Pérez-Acosta, R. Quiñones & F. Reyes (Comp.), *Manual de análisis experimental del comportamiento* (pp. 519-556), Biblioteca Nueva, Madrid.
- Pérez, M. (1996). *La psicoterapia desde el punto de vista conductista*, Biblioteca Nueva, Madrid.
- Pierce, D. & Epling, F. (1995). *Behavior analysis and learning*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- Powell, R., Symbaluk, D. & Macdonald, S. (2002). *Introduction to learning and behavior*. Pacify Grove: Wadsworth.
- Rey, C. (2002, julio). *Aportes del conductismo contextualista a la psicología clínica comportamental*. Ponencia presentada en el Tercer Congreso Iberoamericano de Psicología, Bogotá.
- Sidman, M. (1971). Reading and auditory-visual equivalences. *Journal of Speech and Hearing Research*, 14, 5-13.
- Sidman, M. (1986). Functional analysis of emergent verbal classes. En T. Thompson & M.D. Zeiler (Eds.), *Analysis and integration of behavior units* (pp. 213-245). Hillsdale, Lawrence Erlbaum, New Jersey.
- Sidman, M., Kirk, B. & Willson-Morris, M. (1985). Six-member stimulus classes generated by conditional-discrimination procedures. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 43, 21-42.
- Sidman, M. & Tailby, W. (1982). Conditional discrimination versus matching to sample. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 37, 5-22.
- Skinner, B.F. (1957). *Verbal behavior*. Englewood Cliffs, Prentice Hall, Nueva Jersey.
- Skinner, B.F. (1973). Qué es el AEC, en R. Ulrich, T. Stachnick, y J. Mabry (Comp.), *Control de la conducta humana* (pp. 18-36), Trillas, México.
- Skinner, B.F. (1979). *Contingencias de reforzamiento*, Trillas, México.
- Tolman, E.C. (1938). The determiners of behavior at a choice point. *Psychological Reviews*, 45, 1-41.
- Velasco, J.A. & Quiroga, E. (2001). Formulación y solución de un caso de abuso de alcohol en términos de aceptación y compromiso. *Psicothema*, 13(1), 50-56.
- Zaldívar, F. & Hernández, M. (2001). Acceptance and Commitment Therapy (ACT): Application to an experiential avoidance with agoraphobic form. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27, 113, 425-454.
- Zettle, R.D. & Raines, J.C. (1989). Group cognitive and contextual therapies in treatment of depression. *Journal of Clinical Psychology*, 45, 438-445.
- Zettle, R.D. (2003). Acceptance and commitment therapy (ACT) vs. system desensitization in treatment of mathematics anxiety. *The Psychological Record*, 53, 197-216.

Recibido el 28 de julio y aceptado el 9 de agosto de 2004