

Algunas implicaciones derivadas y peculiaridades de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)

Francisco Javier CARRASCOSO LÓPEZ
UNED. Centro Asociado de Sevilla

Resumen

En este trabajo se muestran algunas implicaciones *derivadas* y peculiaridades de la más reciente y acabada formulación verbal de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), así como de su práctica, que poseen un importante potencial heurístico para la psicología clínica conductual. En concreto, las peculiaridades de la ACT y las implicaciones que desde el punto de vista del autor parecen derivarse de su formulación verbal y de su práctica atañen a: a) la función de los fundamentos filosóficos y teóricos de un sistema de terapia; b) la naturaleza de la investigación básica y de las aplicaciones; c) la naturaleza del sufrimiento humano; d) el carácter fundamentalmente *estratégico* de toda intervención psicológica en el ámbito clínico; e) la naturaleza de la dimensión ética del ejercicio profesional.

Palabras clave: Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), psicología clínica conductual, conducta verbal.

Abstract

In this work we show some special features and derived implications of the most recent verbal formulation of Acceptance and Commitment Therapy (ACT), as well as your practice, that are, since our point of view, a relevant heuristic for clinical behavioral psychology. Specifically, the special features of ACT and derived implications of its verbal formulation and practice from the point of view of the author are: a) the function of philosophical and theoretical foundations in

Dirección del autor: cl Sta. María Magdalena, nº 2, 4º D. 41008, Sevilla. *Correo electrónico:* carrascoso@correo.cop.es

(*) Agradezco a José Labrador Freire, a Salvador Perona Garcelán, a la Dra. Elena Pita Calandre y a uno de los revisores anónimos, sus comentarios, que contribuyeron a mejorar sensiblemente el manuscrito original.

therapeutic system; b) the nature of basic research and applied work; c) the nature of human suffering; d) the fundamentally *strategic* character of psychological intervention in clinical psychology; e) the nature of ethical dimension of professional work.

Key words: Acceptance and Commitment Therapy (ACT), clinical behavioral psychology, verbal behavior.

Hace algunos años que la Terapia de Aceptación y Compromiso (en adelante ACT) suscita interés en nuestro país, reflejado en diversas publicaciones de carácter teórico (Pérez Álvarez, 1996 a, 1996 b) y aplicado (por ejemplo, Carrascoso López, 1999; Luciano Soriano, 1999). Un denominador común de estos trabajos y de las publicaciones más recientes de sus autores (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999) es el acuerdo en que la ACT, *técnicamente hablando*, no constituye una novedad *per se* en el tratamiento de conductas problemáticas complejas con adultos verbalmente competentes. Sus procedimientos típicos, fundamentalmente las metáforas, el habla paradójica y los ejercicios experienciales, mantienen un importante aire de familia con los desarrollados dentro de tradiciones como las de la terapia estratégica, la terapia existencial, la terapia gestalt, y el zen. Lo que se identifica como verdadera novedad de la ACT por sus autores y comentaristas es *el potencial heurístico* de los fundamentos filosóficos y teóricos de este sistema de terapia. Los principios filosóficos y teóricos que sustentan la ACT, a nivel de estrategia de intervención, quedan plasmados en su énfasis en las definiciones funcionales y en el objetivo de modificar los contextos que transforman en problemáti-

cas una serie de topografías conductuales (el contenido concreto de la conducta). Unas líneas estratégicas diferentes de las seguidas en la psicología clínica conductual¹. Resulta extraño que a un sistema terapéutico con procederes técnicos y estrategias tan divergentes de la psicología clínica conductual, le sea reconocido por autores diferentes un importante potencial heurístico a estas alturas.

Los psicólogos clínicos conductuales alrededor de 1970 comenzaron a abandonar peligrosamente los fundamentos teóricos y empíricos que suministraban las denominadas teorías del aprendizaje (O'Donohue, 1998). Diversos factores han contribuido a la fragmentación conceptual de la psicología clínica conductual y a restringir su alcance: a) la presión social para la resolución de diversos problemas conductuales; b) las dificultades de conceptualización de fenómenos conductuales complejos desde el marco de la teoría del condicionamiento; c) el propio éxito de las primeras demostraciones de eficacia de los procedimientos conductuales; d) la buena vecindad de las concepciones eliminativas del cambio conductual, propias de la psicología clínica conductual, con los modos culturalmente dominantes de conceptualizar los estados emocionales aversivos

1. Para evitar el empleo de múltiples términos diferentes en una misma frase (terapia de conducta, modificación de conducta, análisis conductual aplicado y terapia cognitivo-conductual), empleo el término "psicología clínica conductual", mucho más genérico y que, creo, recoge mejor los principios fundamentales comunes a la familia de las aplicaciones conductuales en el ámbito clínico.

como objetos indeseables que se tienen y deben eliminarse. Ejemplos de estas dificultades nos los proporcionan la paradójica convivencia de la psicología clínica conductual con el operacionismo fisicalista del diagnóstico psiquiátrico y su conceptualización del enfermar, dominante en la investigación y práctica actuales gracias al éxito de los sistemas DSM y CIE en sus recientes ediciones, así como la aparición de las auto-denominadas terapias cognitivo-conductuales como remedio de diversas insuficiencias de la teoría del condicionamiento. El actual estado de la psicología clínica conductual, que puede caracterizarse como un fuerte avance en lo referente a demostraciones de eficacia y versatilidad de aplicación de los procedimientos disponibles, concurrente a un fuerte retroceso en la riqueza y coherencia de sus principios filosóficos y teóricos, constituye el contexto que controla las afirmaciones que atribuyen un importante potencial heurístico a ACT.

En este contexto, mi objetivo aquí es doble. Primero, pretendo *mostrar* algunas de las contribuciones de la ACT a problemas como la función de los aspectos filosóficos y conceptuales del trabajo clínico, la interacción de la investigación básica con las aplicaciones clínicas, el concepto de sufrimiento, las líneas estratégicas generales del diseño de intervenciones, y la dimensión ética del quehacer clínico. Me interesan aquí las implicaciones *derivadas* de la formulación verbal de la ACT más acabada hasta la fecha (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999), que seguiré de cerca en todo momento como parte de mi metodología de trabajo, aunque no pretenda comen-

tar este libro en particular². Estas implicaciones derivadas, desde mi punto de vista constituyen el núcleo del potencial heurístico de la ACT, justamente porque problemas ya viejos como los recién mencionados, aparecen en una nueva perspectiva que permite contemplarlos de modo diferente. La estrategia que seguiré en todo momento será contrastar *las consecuencias* de la ACT con *las consecuencias* de las concepciones de la psicología clínica conductual estándar. Deseo dejar claro que al centrar mis argumentos en las consecuencias prácticas de un sistema de *asunciones*, es decir, sobre su aspecto gnoseológico, no pretendo tratarlo como verdadero o falso. Simplemente no tiene sentido tratar las asunciones filosóficas en base a su valor de verdad desde mi óptica particular.

Segundo, al mismo tiempo también trato de *mostrar* las peculiaridades de la ACT. En este momento la ACT, una recién llegada a la arena de la psicología clínica conductual en nuestro país, puede parecerle a más de un terapeuta una simple sustitución de los términos técnicos cognitivos del modelo A-B-C, por términos de sabor conductual como *conducta gobernada por reglas*. Un consuelo para algunos conductistas irredentos que así pueden seguir siéndolo de boquilla mientras practican la terapia cognitiva. Afirmaciones de Hayes y cols. en su citado texto, como la siguiente, generan confusión al tomarlas literalmente:

(...) *El contenido de esta teoría trata sobre la cognición y la emoción, aun cuando el modelo no es cognitivo en el sentido del procesamiento de la*

2. Por ello pido disculpas al lector por las reiteradas referencias que encontrará a lo largo del artículo a este libro.

información. Entonces, es razonable llamarla una terapia cognitivo-conductual" (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999, pág. 79).

La ACT comparte muchas cosas con las tradiciones genuinamente conductuales, la terapia gestalt o el zen. Es todas esas tradiciones y ninguna al mismo tiempo, en una suerte de docta ignorancia socrática. Pero el problema que supone la novedad de la ACT, dada nuestra costumbre de encasillar el pensar en nombres comunes, es real. Como un compañero me comentó recientemente: "el terapeuta ACT es un terapeuta cognitivo que no tiene conciencia de enfermedad". Creo que no es así, pero tengo que intentar mostrarlo.

La naturaleza funcional de los fundamentos filosóficos y teóricos

Existe un amplio acuerdo sobre la importancia de los fundamentos filosóficos y teóricos de la psicoterapia dentro de la psicología clínica conductual. Los terapeutas cognitivos y cognitivo-conductuales y los terapeutas ACT fácilmente coincidirían sobre este punto. Se reconoce que todo sistema terapéutico está conformado por un núcleo de fundamentos filosóficos y teóricos sobre la naturaleza del cambio conductual, y por una colección de procedimientos de cambio conductual supuestamente derivados de éstos.

Los fundamentos filosóficos y teóricos constituyen el verdadero núcleo de un sistema terapéutico: cumplen la función de justificación de los procedimientos de

cambio conductual, dotándoles de coherencia interna y externa. Por *coherencia interna* quiero decir la articulación armónica entre los conceptos básicos del sistema terapéutico, especialmente los referentes a los procesos responsables del cambio conductual. Dichos conceptos permiten seleccionar los objetivos generales y concretos de cambio conductual. Por *coherencia externa* me vengo a referir a la articulación entre los conceptos de proceso del sistema terapéutico y el corpus conceptual, metodológico y empírico de la ciencia básica de la que un sistema terapéutico pretende haberse derivado.

Los fundamentos filosóficos y teóricos de un sistema terapéutico constituyen un medio del análisis científico: *seleccionan qué debe cambiarse, cómo es aquello que debe cambiarse, y para qué debe cambiarse.*

Sin embargo, el acuerdo lo es sólo a nivel de discurso superficial. La diferencia radica en la concepción de la naturaleza de los fundamentos filosóficos y teóricos de un sistema terapéutico, generalmente denominados *esquemas conceptuales*³. Alford y Beck (1997) definen los esquemas conceptuales como estructuras cognitivas encargadas de la construcción del significado. Dichos esquemas son activados por situaciones características, y cumplen la función de *asignar significado* controlando así los procesos psicológicos necesarios para la adaptación del individuo a las exigencias de las diversas situaciones. La diferencia radica en *el uso* de la expresión "el esquema asigna significado". La segunda edición del *Diccionario de uso del*

3. Empleo este término, muy común entre los teóricos cognitivos y cognitivo-conductuales, por su amplio uso. Me permite contrastar mejor el modo de hablar sobre el desarrollo tecnológico y la práctica clínica de la psicología clínica conductual estándar, y el propio de la ACT.

español de María Moliner (1998), define "esquema" como:

"1. Dibujo hecho sin detalles para dar idea de una cosa. 2. *Representación gráfica y simbólica de cosas inmateriales*. 3. Programa de puntos que se van a tratar, de actos que se van a realizar, etc., sin detallarlos. "

Un esquema cognitivo *se activa*, en contacto con *las demandas concretas* de una situación dada, y *les asigna significado*. Parece como si se estuviera aplicando una plantilla preformada a algo exterior al sujeto. En esencia la expresión "asignar significado" es habla metafórica, que denomino *la metáfora de la plantilla*, similar al *a priori* kantiano. Al emplear "asignar significado" en el contexto de su definición de "esquema", Alford y Beck parecen estar utilizando esta metáfora como si fuera una expresión sobre hechos del tipo "el perro anda".

Esta "invasión de especies", empleando la expresión de Turbayne (1970) conlleva importantes implicaciones:

1. El programa de actos a realizar que constituye el esquema, parece un conjunto de acciones ejecutadas *desde fuera* del evento de interés. Entonces *el contenido concreto* de las acciones a ejecutar, tiene un especial interés. Si queremos estudiar el andar, por ejemplo, nos concentraríamos en la secuencia de movimientos concretos que tiene que ejecutar el organismo que anda. Dicha secuencia es interesante porque nos permite identificar el esquema subyacente al andar. A fin de cuentas, las plantillas son siem-

pre específicas de su aplicación. La naturaleza representacional de la metáfora de la plantilla se hace evidente.

2. Y segunda, al tratar el evento que nos interesa como observadores exteriores a él, nuestros esquemas conceptuales se transforman en juicios *a priori*. Surge entonces el problema de su fundamento, recurriendo a bases de datos exteriores al evento de interés: a) por un lado la base de datos de disciplinas ajenas, como la filosofía de la ciencia (en especial sus criterios formales); y b) la base de datos de la psicología básica, en concreto la proporcionada por sus procedimientos experimentales y conjuntos de datos. Así, en vez de constituir medios del análisis científico, los fundamentos filosóficos y teóricos se transforman en *resultados* del análisis. Las consecuencias de esta concepción de los esquemas conceptuales para su puesta en práctica en el quehacer clínico son importantes.

Por lo pronto, los fundamentos filosóficos y teóricos acaban transformándose en una justificación *ad hoc* de una práctica terapéutica concreta que necesita mostrar su *certificado de calidad* científica. En la estrategia actual de desarrollo de la psicología clínica conductual, el énfasis se sitúa en la generalización de los procedimientos de intervención disponibles en poblaciones para los que no fueron originalmente validados, y en su refinamiento y adaptación. Generalmente la estrategia que se ha seguido es tratar de extrapolar un procedimiento experimental de laboratorio a un problema concreto, refinar el procedimiento y sus

variantes, testar experimentalmente su eficacia para, después, proceder a desmantelar el procedimiento tratando de aislar sus ingredientes activos y proponer explicaciones de sus mecanismos de actuación. Sólo más tarde los investigadores suelen volver al principio, preocupándose de ofrecer un sistema de terapia coherente *en sus aspectos formales*. Esta estrategia de investigación interesada en los resultados enfatiza la predicción y el control como metas del análisis, adoptando lo que Hayes (1992) denomina la "perspectiva del observador". Dado que los fenómenos de interés clínico presentan una gran variabilidad de contenido, conceptos genéricos como "operante", "esquema" o "pensamientos automáticos", permiten garantizar la estabilidad descriptiva necesaria para alcanzar las metas de predicción y control de la conducta. Un ejemplo sobresaliente de esta estrategia lo constituye una vez más la terapia cognitiva desarrollada por Aaron Beck. Mientras que su más conocida formulación (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979) concreta con gran claridad la teoría cognitiva que se desarrolló paralelamente a la terapia, y se concentra en la especificación de sus múltiples procedimientos y la logística de su aplicación, sólo dieciocho años más tarde Beck volvió a la formalización de sus asunciones básicas (Alford y Beck, 1997), con el objetivo concreto de mostrar la proximidad de la terapia cognitiva al movimiento de integración en psicoterapia.

Pese a su indiscutible efectividad, los procedimientos de la terapia cognitiva no son (como ningún otro procedimiento de cambio conductual disponible) enteramente nuevos. Sólo lo parecen cuando se enfatiza la predicción y el control como metas analíticas en detrimento de la des-

cripción y la explicación. Son continuos con los procedimientos de control y autocontrol psicológico (lo que hoy denominaríamos estrategias de afrontamiento) desarrollados en el seno de tradiciones culturales (profesionales y profanas) que pueden rastrearse en la literatura (Pérez Álvarez, 1991). Por ejemplo, recientemente la terapia cognitiva, siguiendo el trabajo pionero de Beck (1952), está siendo extrapolada sistemáticamente al tratamiento de síntomas psicóticos como las ideas delirantes (por ejemplo, Chadwick, Birchwood y Trower, 1996).

Mojtabai (2000) ha mostrado cómo las concepciones actuales de las ideas delirantes en esencia son continuas con las de tres siglos atrás: la metáfora del error y el test de la realidad, visiones propias de los siglos XVIII y XIX (véase en este sentido, Foucault, 1963) que siguen permeando el estudio de este síntoma y su definición. El problema de esta continuidad radica en que las conexiones con los esquemas conceptuales del pasado quedan implícitas (es significativo que en los textos citados de Beck no hay ni una sola referencia histórica, y sólo raramente, filosófica). El énfasis en el procedimiento aislado de su contexto histórico y cultural (es decir, en la predicción y el control), limita el potencial para el desarrollo de nuevos procedimientos y de estrategias de aplicación. Así, ¿por qué no enseñar habilidades picarescas en vez de asertividad, si tenemos en cuenta la realidad social reciente en nuestro país? De este modo, la formalización de los fundamentos filosóficos y teóricos de un sistema terapéutico acaba derivando en habla autorreferente a la que se llega por necesidades del desarrollo del análisis científico. Se acaba transformando en *un resultado* del análisis científico, no en su medio. Como

una consecuencia encontramos las frecuentes lamentaciones sobre la escasa coherencia observada entre la investigación básica y las aplicaciones clínicas

Por contraste, en el momento de formalizar la ACT, Hayes, Strosahl y Wilson (1999), desde dentro del análisis experimental y aplicado de la conducta, han partido de la base de que es necesaria, en primer lugar, una cuidadosa explicitación de sus principios filosóficos y teóricos de partida, situados dentro de la tradición del contextualismo (véase Pepper, 1942). Hayes y cols. consideran que la ACT no puede ser descrita ni practicada de forma coherente como una colección de procedimientos. Desde su punto de vista, la actividad científica no es sino conducta verbal que tiene lugar en un contexto especializado. Entonces los principales productos del habla científica (hechos) lo constituyen proposiciones verbales: teorías, procedimientos, registros, datos, etc., que pueden describirse en cuatro dimensiones (Hayes, 1991a): *precisión, alcance, organización y profundidad*.

- a) Por *precisión* se entiende el número de construcciones verbales alternativas que se pueden generar sobre un evento dado. Así, una descripción del entrenamiento en relajación muscular progresiva, si tiene muchas alternativas descriptivas rivales posee una escasa precisión. Podría ser que describamos el diálogo socrático, la libre asociación, o la relajación muscular progresiva, sin que sepamos cuál de ellos describimos.
- b) El *alcance* lo constituye el número de eventos que pueden ser incorporados en una proposición. La pro-

posición “Dios está en todas partes”, posee un alcance enorme, mientras que “mi mesa está llena de libros en el momento que escribo esta línea”, no.

- c) La *organización* hace referencia al grado de sistematización y coherencia de un conjunto de proposiciones. Un texto de lógica matemática constituye un buen ejemplo de sistematización y coherencia dentro de un conjunto de proposiciones.
- d) La *profundidad* la constituye el grado de coherencia alcanzado entre proposiciones de niveles de análisis diferentes, pongo por caso, entre la neurociencia y la psicología.

De estas dimensiones, el habla tecnológica, es decir, las proposiciones descriptivas de procedimientos de cambio conductual es muy rica en precisión, pero pobre en alcance, organización y profundidad. Por ello, el habla tecnológica constituye una construcción verbal restringida que no puede adaptarse por sí misma a situaciones nuevas, ni crear procedimientos. Un clínico muy versado en procedimientos puede no ser un clínico coherente. Un clínico coherente lo es, no porque siga paso a paso las instrucciones del manual de aplicación de un procedimiento, algo reconocido en prácticamente todos los sistemas terapéuticos influyentes y por casi cualquier terapeuta experimentado, sino porque pueda adaptar el procedimiento a una situación nueva, o desarrollar su propio procedimiento de forma coherente con la problemática de su cliente y el contexto en el que vive. Para lograr esta coherencia se necesita explicitar de entrada las asunciones filosóficas (la visión del mundo) y los principios teóricos (la sistematización de

los modos de hablar sobre los eventos que nos interesan), como modo de lograr un discurso clínico con precisión, alcance, organización y profundidad.

Caracterizar la ciencia como conducta verbal que a su vez produce nueva conducta verbal tiene varias implicaciones:

1. El habla resulta ser conducta efectiva, no un reflejo de un mundo exterior. Los esquemas conceptuales de la ciencia (y de otros modos de conocimiento) no son sino prácticas verbales transmitidas por uso y costumbre (Fleck, 1935; Latour y Woolgar, 1986). Constituyen conducta verbal coordinada con otras conductas verbales y no verbales y que, por tanto, coordinan las prácticas que se llevan a cabo en diversos escenarios como el laboratorio o la clínica. Estas prácticas verbales contextualmente controladas en que consisten los esquemas conceptuales, obtienen resultados: permiten seleccionar y alcanzar metas. Desde este punto de vista pragmático no tiene sentido predicar de un esquema conceptual que sea verdadero o falso. Sería como decir que la Semana Santa o las romerías se fundamentan en ideas falsas; independientemente de las opiniones al respecto, ambas fiestas se siguen celebrando con éxito. Entonces, el criterio de verdad de los esquemas conceptuales es pragmático. La verdad de un esquema conceptual depende de su efectividad para permitirnos describir, comprender, predecir y controlar el evento que nos interesa.
2. Los esquemas conceptuales no pueden tratarse como exteriores al evento que nos interesa. *Forman parte del evento mismo*. Coherentes con la tradición del contextualismo, cuya unidad de análisis la forma el evento total tal y como ocurre (las cosas mismas, según el eslogan de la fenomenología), nuestras prácticas verbales acerca de lo que acontece, consideradas como convenciones arbitrarias transmitidas por uso y costumbre, forman parte del evento de nuestro interés: seleccionan *qué* debe cambiarse, *cómo* es aquello que debe cambiarse, y *para qué* debe cambiarse. No puede sostenerse una dicotomía entre el observador y lo observado. Lo que acontece y se observa no constituye una realidad ajena al observador: vemos a un organismo andar y sólo eso. Pero un conductista metodológico hablará sobre el andar *como si* de un conjunto de movimientos se tratara, y un conductista radical hablará sobre el andar *como si* se tratara de una clase genérica de conducta o de un campo interactivo. Hablemos sobre el andar de una u otra manera, estos esquemas conceptuales sobre el andar tendrán consecuencias distintas y generarán problemas y tradiciones de estudio diferentes. Desde esta perspectiva, la metáfora de la plantilla *tal y como se usa*, no es ni verdadera ni falsa. Simplemente no tiene sentido. Sería para nosotros como una ceremonia tribal de iniciación de los jóvenes cazadores en el mundo de los adultos, no podemos enten-

derla en el sentido de que no podemos participar *seriamente* en ella, salvo como turistas.

Concebir la actividad científica como conducta verbal efectiva contextualmente controlada nos permite extraer dos corolarios:

1. Respecto al trabajo sobre los principios filosóficos y teóricos, esta conducta verbal tiene como meta clarificar nuestras asunciones analíticas y elegir unidades de análisis para realizar nuestro trabajo. Simplemente, aclara nuestros problemas de trabajo. No se transforma en conducta verbal autorreferente. No es lo mismo decir "*mi filosofía es mejor que la tuya*", que decir, "*este es mi punto de partida, estas son sus implicaciones, y esto es lo que sucede cuando lo pongo en práctica*". La primera expresión es una proposición sobre valores y por tanto, no posee ningún valor absoluto, mientras que la segunda es una proposición descriptiva. Utilizando una metáfora, el uso de la primera proposición lleva a una guerra; el uso de la segunda a preguntarse "*¿me servirá esta escalera para traspasar este muro?*", acto seguido emplearla, y comprobar sus resultados. Es decir, lejos de la perspectiva teoreticista respecto al análisis científico, la ACT está adoptando una perspectiva claramente construccionista⁴.
2. Si nos ceñimos a este criterio de verdad pragmático, la agenda de

trabajo del clínico *funcionalmente hablando* equivale a sus principios filosóficos y teóricos de partida. El clínico necesita comprender, describir, predecir y controlar la conducta de su cliente, lo mismo que desea el investigador con sus sujetos experimentales. Al tener una unidad analítica un valor pragmático, se puede saltar con naturalidad de una explicación muy técnica sobre un procedimiento experimental al lenguaje cotidiano en una consulta. En este ejemplo, el contexto que controla la conducta verbal y su contenido concreto ha variado, pero no así los objetivos que se busca alcanzar. Si el clínico y el investigador operan funcionalmente hablando de forma equivalente, en este punto surge la pregunta de cómo podríamos caracterizar entonces las relaciones entre la investigación básica y las aplicaciones desde la perspectiva de la ACT.

La naturaleza contextual y funcional de la investigación básica y el trabajo aplicado

Es *vox populi* que la psicología clínica conductual en muchos sentidos es idéntica a la investigación básica o al menos, una extrapolación de los hallazgos de laboratorio. Sus procedimientos de cambio conductual se encuentran firmemente anclados en los fundamentos empíricos proporcionados por las llamadas teorías del aprendizaje o, con la llegada de la cognición al ámbito clínico, en la psicología

4. Véase Pérez Álvarez (1996b; pp. 882-890) para el uso que aquí hacemos del término "construccionista", muy ajeno a los usos actuales de términos como "constructivista (-ismo)".

experimental en general. Se presupone que los psicólogos clínicos conductuales suelen ser usuarios relativamente frecuentes de esta base de datos. De hecho los primeros desarrollos técnicos de la psicología clínica conductual se basaron en la *extrapolación* de los procedimientos de condicionamiento clásico y operante diseñados en el laboratorio de conducta animal.

La lógica que articuló este proceso de extrapolación se basó en una premisa muy sencilla: si mediante nuestros procedimientos conocemos la realidad, podemos predecirla; si podemos predecirla, entonces podemos modificarla. La visión del mundo que guió esta estrategia, el mecanicismo (véase Pepper, 1942)⁵, enfatizó como criterio de verdad la verdad por acuerdo y la verdad por correspondencia. Si un procedimiento experimental arroja unos resultados y éstos son replicados entre laboratorios e investigadores, podemos entonces acordar que nuestros procedimientos constituyen un modelo relativamente razonable de la realidad que se pretende estudiar. Luego, dada la variable independiente A, podemos predecir con un alto grado de confianza que obtendremos B como resultado. Si podemos predecir, entonces, si resulta conveniente, podemos modificar un sector de la realidad, siempre y cuando se presente A como condición inicial. Como implicación pragmática, esta lógica crea dos tipos de profesionales: el investigador y el técnico de las aplicaciones, siendo el último receptor pasivo del conocimiento que le suministra el primero. El técnico simplemente tiene que identificar la presencia de la condición inicial A

para aplicar sus procedimientos. Un técnico aplicado vendría a ser algo así como un mecánico de automóviles, mientras que el investigador sería un explorador. Evidentemente, cuanto más robusto sea el corpus empírico de una disciplina, pueden realizarse mejores predicciones y derivarse aplicaciones más precisas.

La psicología clínica conductual ha contado desde luego con un sólido anclaje empírico, y la lógica de la estrategia mecanicista es simple y por ello atractiva. Entre otras implicaciones, posee la virtud de promocionar y fundamentar una clara división del trabajo entre distintos especialistas, una claridad que, en principio, está exenta de conflictos. Sin embargo desde la década de los setenta se viene observando cómo el divorcio entre la investigación básica y las aplicaciones ha ido profundizándose hasta llegar a formar campos separados. Esta observación ha generado una copiosa literatura habitualmente escrita en tono plañidero. ¿Qué ha fallado en esta estrategia, en principio muy razonable?

Recientemente argumenté (Carrascoso López, 1998) que en psicología son posibles tres modos de conocimiento: el *científico*, el *tecnológico* y el *práctico*. “Modo de conocimiento” se refiere a tipos especiales de proceder en la formulación, sistematización y validación *de conceptos*, distinguiéndose de sus *contenidos* específicos o productos de conocimiento. En este sentido, una expresión más correcta podría ser “modo de conocer”, teniendo en cuenta que “conocer” es un verbo de relación, y el modo de conocer constituye una forma especial de establecer relaciones entre eventos.

5. Téngase cuidado aquí con el término “mecanicismo”. Su empleo actual con connotaciones peyorativas (que en absoluto se le dan aquí) oculta su sentido original como metáfora sobre el mundo. Como remedio para esta confusión, véase el citado trabajo de Pepper.

Los modos de conocimiento científico, tecnológico y práctico pueden caracterizarse como relativamente autónomos entre sí. Es decir, se encuentran fuertemente contextualizados o son condicionales a, intereses y criterios sociales de índole diversa. El *modo de conocimiento científico* se interesa por lo abstracto, lo general, caracterizando sus modos de proceder y sus productos de conocimiento con proposiciones especiales que le permiten elaborar los hechos que constituyen sus productos. El *modo de conocimiento tecnológico* se interesa por la efectividad promedio de procedimientos *sintetizados* en base a los productos del modo de conocimiento científico. El *modo de conocimiento práctico* se concentra en lo individual, lo único, y procede a menudo de un modo relativamente estereotipado al concentrarse en las circunstancias concretas.

Cada uno de los modos de conocimiento posee sus propios criterios de validación respecto a lo que es útil y verdadero, constituyendo universos de distinta generalidad empírica. El vehículo mediante el que interactúan los tres modos de conocimiento es el lenguaje cotidiano.

Esta caracterización de las interacciones entre la investigación básica y las aplicaciones es bien distinta de la que tradicionalmente se viene transmitiendo en la enseñanza formal (aún influenciada por el Modelo Boulder). Por lo pronto se rompe la identificación entre investigación tecnológica y aplicación. Una cosa es validar la efectividad y eficacia *promedio* de un procedimiento, y otra aplicarlo y adaptarlo a una circunstancia concreta e irrepetible. Asimismo, tampoco cae en consideraciones mecanicistas respecto a la naturaleza del conocimiento científico (ni de otros tipos); nadie que ubique su trabajo en cual-

quiera de los tres modos de conocimiento identificados se transforma en un mero receptor pasivo de los productos de conocimiento de los demás. Asimismo, no pueden plantearse relaciones de subordinación entre los tres modos de conocimiento, ni plantearse la cuestión de qué pueden enseñarse unos a otros, dado que constituyen universos empíricos relativamente autónomos entre sí, que interaccionan transvasándose productos de conocimiento a través del lenguaje cotidiano.

Lo que acerca esta propuesta al espíritu de la ACT, es que esta distinción entre modos de conocimiento surge de una consideración funcional del conocer. Desde este punto de vista, conocer no consiste en la creación de una plantilla que después se aplica o estampa. Conocer posee un doble sentido. Como verbo de acción se emplea para referirse a las conductas verbales y no verbales controladas por contextos especiales que dotan a dichas conductas del sentido de conocer. Así por ejemplo, las conductas exploratorias de los niños o respuestas a preguntas del tipo “¿sabes si Pedro fue solo ayer al cine?”. Como verbo de relación se emplea para referirse a aquellas conductas verbales contextualmente controladas mediante las que relacionamos dos contextos de conocer diferentes, acepción sinónima del término “modo de conocimiento”. Así, por ejemplo, cuando se interpreta que dada la presencia de la variable A, entonces es muy probable que acontezca B, o que si Pedro está solo en el cine es porque se peleó con su pareja. En cualquiera de sus dos acepciones, se debe distinguir entre *el modo* de conocer, y *los productos* del modo de conocer. Los productos del modo de conocer son proposiciones verbales. Como contenidos verbales concretos resultantes de una actividad, los pro-

ductos pueden ser descripciones de procedimiento, enunciados tipo ley, relaciones funcionales, etc., susceptibles de ser descritos según las dimensiones descriptivas propuestas por Hayes (1991a) ya citadas en el epígrafe anterior.

El problema de la estrategia mecanicista empleada para el desarrollo de una tecnología de cambio conductual radica en: a) no distinguir entre el proceso de conocer (o modo de conocimiento) y sus productos; y b) no distinguir entre los diferentes productos que son susceptibles de emplearse de modo diverso. En los orígenes de la psicología clínica conductual se optó por apropiarse de procedimientos, que se trató (con las debidas modificaciones) de extrapolar a las situaciones aplicadas, reduciendo la investigación tecnológica a una cuestión de efectividad. La investigación básica aisló numerosas relaciones funcionales que en buena medida, no constituyeron el dato tenido en cuenta al ser identificadas con los procedimientos empleados para aislarlas. El desarrollo de los procedimientos de tiempo-fuera, de costo de respuesta, y la desensibilización sistemática, constituyen ejemplos sobresalientes de esta estrategia.

El desarrollo de la ACT ha tomado un rumbo diferente. Aunque se fundamenta en un programa de investigación básica sobre la conducta gobernada por reglas y la equivalencia de estímulos, y un modelo teórico que trata de describir y explicar las relaciones arbitrarias y no arbitrarias entre estímulos, conocido como *Teoría del marco relacional* (que no veremos aquí por razones de espacio; véanse Hayes y Hayes, 1989; Hayes, 1991b, 1994), su jerga característica y sus procedimientos específicos no guardan parecido con las formulaciones verbales especializadas y los procedimien-

tos de este programa de investigación. Una metáfora o un ejercicio experiencial no se asemejan formalmente con el término "marco relacional", ni con el procedimiento típico del experimento de conducta gobernada por reglas en un programa de reforzamiento. La semejanza es *de naturaleza funcional*.

La investigación sobre la conducta gobernada por reglas ha mostrado cómo el seguimiento de instrucciones en los humanos puede producir insensibilidad a la contingencia de reforzamiento en operación en ese momento con la suficiente historia experimental de seguimiento de instrucciones. Por el contrario, si los humanos aprenden la tarea de responder ante el programa de reforzamiento mediante el moldeamiento progresivo de su ejecución, pueden detectar la contingencia presente con una precisión significativamente mayor (por ejemplo, Hayes, Brownstein, Haas y Greenway, 1986; Catania, Shimoff y Mathews, 1989).

La investigación en equivalencia de estímulos ha permitido mostrar que cuando se entrenan algunas instancias de relaciones entre estímulos pertenecientes a varias clases arbitrariamente establecidas, en posteriores pruebas experimentales los sujetos responden correctamente a relaciones entre estímulos que nunca fueron entrenadas previamente, de un modo consistente y sistemático (por ejemplo, Sidman y Tailby, 1982). Si se entrenaron las relaciones entre estímulos A-B y B-C, en los tests de prueba el sujeto relaciona sin entrenamiento previo, C-B, B-A, A-C y C-A. Además, si los estímulos del experimento han adquirido previamente una función (por ejemplo, mediante un procedimiento de condicionamiento clásico aversivo), ésta se transfiere a estímulos nuevos al entrar a

formar parte de una clase de equivalencia (por ejemplo, Dougher, Augustson, Markham y Greenway, 1994). A su vez, se ha mostrado que el establecimiento de clases de clases puede transformar funciones de estímulo (por ejemplo, Dymond y Barnes, 1995) y crear a su vez clases de clases (por ejemplo, Barnes y Hegarty, 1997), y que las clases de equivalencia una vez formadas, resultan resistentes al cambio (por ejemplo, Wilson y Hayes, 1996). La semejanza de las relaciones funcionales aisladas por este tipo de investigación con respecto a las funciones del lenguaje cotidiano resultan obvias.

Entre algunos analistas de la conducta se considera a la equivalencia de estímulos como el inicio de un modelo para el estudio de la generación y uso de sistemas simbólicos complejos. Este fundamento de *relaciones funcionales* aisladas en el trabajo experimental de laboratorio sobre la conducta verbal humana, ha permitido el desarrollo de la ACT como *una síntesis* de dichas relaciones.

Por lo pronto, en la práctica de la ACT se trata de evitar la instrucción directa y sustituirla por el moldeamiento. Por ejemplo, si se emplea la *metáfora del autobús* (un procedimiento típico de la ACT) para mostrar la naturaleza de una emoción indeseada, es con dos objetivos:

- a) Primero, una metáfora chocante, novedosa como esta (no forma parte de nuestro entorno cultural), impide que el cliente y el terapeuta caigan en el lenguaje literal (funcionalmente equivalente al seguimiento de instrucciones).
- b) Segundo, no se trata de mostrar al cliente qué es *la* emoción que no desea (una instancia de instrucción

directa), sino de mostrar qué cosas podría hacer *con* su emoción indeseable (una instancia de moldeamiento verbal). Si por ejemplo un cliente sumamente angustiado nos pregunta qué podríamos hacer para detener algo que no le gusta, pongamos por caso un ataque de pánico, darle como remedio una técnica de respiración lenta sin más, o desarrollar con él pensamientos alternativos a los catastrofistas del tipo “voy a morir de un infarto” puede hacer que, al aplicarlos inmediatamente como *los* remedios deseados, su ansiedad aumente.

Estos procedimientos constituyen en este contexto una instancia de seguimiento de reglas, justo lo que el cliente ya sabe hacer y que, vía equivalencia, pueden entrar a formar parte de las clases de conducta de evitación o escape del cliente.

En este sentido las agendas de trabajo de la investigación básica y de las aplicaciones son idénticas *funcionalmente* hablando. A ambas les interesa aislar relaciones funcionales, aunque para usos bien diferentes: en la investigación básica, las relaciones funcionales generales, en abstracto, permiten, a su vez, generar nuevas relaciones funcionales; en el desarrollo tecnológico, para sintetizar a partir de estas relaciones funcionales, procedimientos y estrategias concretas adaptados a la realidad de los clientes, y su efectividad y eficacia promedio; en la práctica clínica diaria, para *interpretar* una situación concreta, extraer los criterios de valoración que rigen en ella y, adaptando una estrategia y unos procedimientos ya sintetizados, modificarla.

La identidad entre los modos de conocimiento no descansa en los objetivos par-

ticulares de trabajo, los contextos en los que se desarrolla el quehacer diario, ni en los productos concretos de conocimiento. Radica en sus supuestos filosóficos y teóricos, cuya operativización en forma de selección de metas pragmáticas *genéricas*, se encuentra controlada por el contexto en el que se ejerce la actividad profesional. La meta de la práctica clínica es describir, comprender, predecir y controlar el sufrimiento humano. De qué formas concretas lo haga dependerá de los esquemas conceptuales vigentes.

El carácter funcional del sufrimiento humano

El objetivo general de cambio de la psicología clínica conductual es ayudar al cliente a lograr (auto)control sobre determinadas conductas problemáticas, *supriméndolas* o, en el peor de los casos, *disminuyendo* apreciablemente su frecuencia, intensidad y duración, es decir, produciendo cambios de naturaleza cuantitativa en topografías de respuesta cuidadosamente operativizadas. Esta lógica convive pacíficamente en los últimos veinte años con la más vieja del diagnóstico médico. Tan pacíficamente que la práctica de la psicología clínica conductual es tributaria de un esquema conceptual del sufrimiento humano muy particular, el médico, que permanece las más de las veces implícito. Este esquema conceptual no es ni verdadero ni falso. Simplemente nos pone de manifiesto una práctica operativa especial respecto al sufrimiento humano que, tomando su raíz filosófica en las implicaciones de la metáfora mecánica de Descartes y en la nueva ciencia que ésta autorizó, cristalizó de modo definitivo en todos los ámbitos de la medicina clínica del siglo XIX (Laín

Entralgo, 1950; Foucault, 1961; López Piñero, 1985).

La práctica dominante, influenciada por los sistemas de clasificación DSM y CIE, está conformada como un modelo de decisión empírico en dos pasos: a) detección de unidades de información (signos y síntomas); y b) detección de agrupamientos característicos (síndromes). No se hacen afirmaciones explícitas sobre el carácter de enfermedad de los síndromes: el término más neutro “trastorno” ha sustituido a “enfermedad” en la literatura especializada. La detección de trastornos requiere una adecuada definición operacional de las unidades de información mínimas, dado que, si este paso fracasa, la validez del segundo queda seriamente cuestionada. La exigencia de operacionalización de los síntomas queda bien avenida con la práctica de la psicología clínica conductual de describir las conductas objetivo en términos de topografía y de sistemas de respuesta. De hecho, los esfuerzos de cambio centrados en el contenido concreto de la conducta (pensamientos, emociones, etc.) se ajustan bien a las definiciones operacionales de carácter fisicalista, y entroncan con la ya vieja polémica en psicopatología sobre la pertinencia del contenido de los síntomas como criterio de clasificación.

Un resultado de esta práctica es el continuo proceso de (re)definición de los síndromes que, salvo su fundamento histórico y conceptual en categorías generales como la dicotomía “psicosis-neurosis”, constituyen unidades de análisis continuamente inestables. Esta inestabilidad descriptiva es considerada un síntoma de buena salud de la investigación clínica: una medida del progreso efectuado y una prueba de su carácter científico por la continua revisión que implica de su corpus empíri-

co. Podríamos caracterizar formalmente esta práctica especial del siguiente modo:

- a) Tiende a transformar en empíricas todas las preguntas de investigación, obviando la discusión de sus fundamentos filosóficos y teóricos.
- b) Adopta la perspectiva del observador al considerar sus unidades de información (síntomas y signos) y de análisis (trastornos) como objetos empíricos ajenos al observador.
- c) La necesidad de operacionalización para garantizar el criterio de verdad por consenso favorece que el esfuerzo analítico se centre sobre el contenido concreto de la conducta como dato sensorial inmediato.
- d) Caracteriza a la empresa científica según el ideal de progreso lineal y acumulativo.
- e) Su positivismo implícito anula la dimensión histórica y antropológica del hecho del sufrimiento humano.
- f) Lo que implica que el sufrimiento va a ser tratado como una desviación de un estándar saludable.

Varias paradojas irresolubles a la luz de esta práctica especial se nos presentan aquí. La primera de todas, y en la que también reparan Hayes, Strosahl y Wilson (1999), nos la proporciona la epidemiología. Tomadas en conjunto sus cifras nos indican que en términos generales, no sólo no disminuye el sufrimiento, sino que en el mejor de los casos se mantiene estable. Las cifras de suicidio, de trastornos afectivos, de adicciones en general, y de la gente que dice ser infeliz, crecen de año en año. La segunda paradoja la constituye el hecho de que considerado como objeto empírico, el

sufrimiento queda descontextualizado de los modos de vida del ser humano.

Si, de nuevo, estudiamos el andar como movimientos concretos tal y como exige el operacionismo fisicalista, ¿cómo es que nos aparecen andares tan distintos como los de la modelo de pasarela, o el de un desfile militar? La definición operacional del andar no permite diferenciar estos andares tan diversos. Pero tampoco es posible explicar fácilmente el efecto placebo, o la tolerancia diferencial al dolor en función de los contextos en los que se experimenta, sólo por citar algunos ejemplos. Parece que el sufrimiento constituye un evento que se encuentra en un plano de la realidad ajeno a las causas que lo producen como resultado observable. De ahí las consecuencias pragmáticas inmediatas: debe ser eliminado arbitrando cualquier procedimiento efectivo. Simplemente es incompatible con la idea de progreso (Le Breton, 1995). Pero al no tratarse el sufrimiento como una práctica inmersa en unos modos de vida específicos ¿cómo es posible la empatía, el “meterse en la piel del otro”? Los famosos remedios universales del tipo “venga hombre, no pienses más en eso” o, “sé (o comprendo) cómo te sientes”, serían lo mismo que decir “no pienses lo que estás pensando, no sientas lo que estás sintiendo”.

Como ya he comentado, desde la ACT se pretende ni más ni menos que estudiar las cosas mismas, es decir, los eventos conductuales tal y como ocurren en la vida cotidiana. Entonces, el sufrimiento humano tiene que ser abordado insoslayablemente como una *característica básica* de la vida humana. *Simplemente tiene lugar porque las cosas son así*. Si partimos de este punto de vista, el sufrimiento humano se transforma en *un evento funcional en sí*

mismo, no en un resultado. Es decir, tiene lugar en contingencias contextualmente controladas. Constituye *un acto en contexto completo en sí mismo*. Como todo acto en contexto, el sufrimiento posee una doble vertiente: la de resultado, adecuadamente designada en forma sustantiva como "el sufrimiento", y la de proceso o función, adecuadamente designada con la forma verbal "el sufrir". Caracterizar de este modo el sufrir humano y sus múltiples resultados implica no confundirlo, reitero, con un resultado, sino tratarlo como un momento del cumplimiento de un programa vital (Ortega y Gasset, 1933).

Según Ortega y Gasset, el ser humano no constituye sino un programa a realizar. Si alguien quisiera ser banquero de éxito, todas las acciones tendentes a realizar este programa, es decir, a alcanzar la meta de ser un financiero exitoso, conformarían su programa vital. Como tal un programa vital no es sino una trayectoria, una dirección que alguien da a su vida, en el sentido de metas a alcanzar. En este sentido, el programa de vida es un ir hacia adelante, una proyección al futuro.

Pero el programa vital de una persona se encuentra mediatizado por varios factores. En primer lugar, toda persona vive en unas circunstancias inmediatas que le dificultan o le favorecen el cumplimiento de su programa vital. Consustancial al ser humano es trabajar tratando de ahorrarse las dificultades del vivir limitado a la satisfacción de sus necesidades inmediatas; trabajo es a fin de cuentas lo que acaba desarrollando, un trabajo que, constituyendo su vida, acaba por ser un problema permanentemente no solucionado. Desde esta óptica, la existencia del ser humano no es sino un continuo hacerse. En segundo lugar, las metas a alcanzar (el corazón mismo del

programa vital) son ya seleccionadas de antemano por las prácticas socioculturales en las que el ser humano vive, mismas que hacen posible la formulación de un programa vital. Estas prácticas aparecen siempre en el contexto que constituye el intento de evitar el trabajo que conlleva la satisfacción de las necesidades básicas e imprescindibles condicionales a nuestro ser biológico, a nuestras ataduras al mundo.

Así, en un momento determinado apareció la distinción entre *otium* o cuidado de sí, es decir, actividades sociales diversas como la gimnasia, la actividad pública y la actividad intelectual (en forma de filosofía), orientadas al cultivo de sí mismo, y *necotium*, aquellas actividades de carácter laboral dirigidas a cubrir las necesidades vitales imprescindibles (alimento, vivienda, etc.) que hacen posible el *otium*. Entre el *otium* y el *necotium* se da una curiosa dialéctica. El segundo posibilita el primero y, al mismo tiempo, lo dificulta, siendo aquí posibles distintos tipos de organización del espacio y el tiempo (véase Pérez Álvarez, 1996b para una propuesta en este sentido). Pero al mismo tiempo el *otium* proporciona oportunidades para el desarrollo del *necotium* (por ejemplo, la moderna industria del entretenimiento). Es fácil reparar en la dinámica que se establece en esta dialéctica: resulta simplemente imposible poder vivir sin problemas. No sólo la dialéctica entre el *otium* y el *necotium* supone obstáculos: las mismas técnicas de diversa índole desarrolladas por el ser humano (como parte del *necotium*) para favorecer el *otium*, acaban constituyendo un problema. Es que resulta imposible existir ajenos a las circunstancias del mundo: el cáncer, el dolor crónico y otras patologías constituyen ejemplos sobresalientes de ello. Estos obstáculos al pleno logro de

nuestro programa vital constituyen precisamente el sufrimiento humano.

Los obstáculos al cumplimiento de nuestro programa vital pueden ser de diversa índole: enfermedades, el disgusto por la falta de correspondencia entre nuestros deseos y el mundo, etc. En sus contenidos concretos, los obstáculos (y también los facilitadores) del vivir guardan semejanza *dentro* de las prácticas socioculturales que los definen. En el sentido de resultado, el sufrimiento humano se ajusta a cánones estándar: un cáncer, un crack financiero, una persistente tristeza o desasosiego, etc., son considerados en nuestro contexto como razones o causas de preocupación y sufrimiento. Pero en cuanto proceso, *el sufrir no se ajusta a una norma estándar*. Simplemente es imposible verlo como algo ajeno al propio éxito del ser humano como animal creador de sociedades y prácticas culturales. En este sentido, el sufrir no tiene lugar en un plano ajeno a las prácticas socioculturales. Más bien al contrario: las prácticas socioculturales lo conforman (Le Breton, 1995), siendo antropológicamente configurado. Prácticas como llevar un diario íntimo, la introspección, el buen gusto, o el autocontrol emocional, como fuentes de autoconocimiento contribuyeron a cristalizar nuestras prácticas actuales respecto al sufrir. *Constituyen el mismo sufrir*. Estas prácticas además poseen algo en común: requieren el lenguaje, entendido como conducta verbal, para que tengan lugar.

El lenguaje humano nos permite trascender las barreras espacio-temporales. Constituye una suerte de (por emplear un término de moda) realidad virtual. Podemos hablar sobre cosas no presentes, crearlas, poner en contacto a otra persona con acontecimientos no presentes. También

podemos, como ocurre con la realidad virtual, confundirlo con la realidad circundante. El alejamiento del mundo y sus fatigas hasta la creación de un mundo virtual de naturaleza verbal no es más que una consecuencia del abuso de la actividad simbólica que constituye la conducta verbal. Desde el punto de vista de la ACT esta posibilidad funcional de la conducta verbal, entendida como normalidad destructiva, constituye la naturaleza del sufrir humano. De ahí que, en lugar de concentrarse en su eliminación, para la ACT el camino del cambio pase como prerrequisito imprescindible por la aceptación incondicional del sufrir.

La naturaleza funcional y estratégica de la intervención psicológica

En diversos lugares he empleado el término "estrategia", y su adjetivo, "estratégico". La segunda edición del diccionario de María Moliner (1998), define "estrategia" como:

- "1. Arte de dirigir las operaciones militares; particularmente, coordinación general de las de una guerra (...).
2. Arte de dirigir un asunto para lograr el objeto deseado".

Y la forma adjetivada, "estratégico", como:

- "1. De acuerdo con la estrategia: 'Plan, movimiento, etc., estratégicos'.
2. Se aplica al lugar, acción, etc., de importancia decisiva para la realización de algo".

Estos términos han sido empleados intencionalmente. Primero porque la prác-

tica de la ACT implica, no ya la aplicación de un conjunto de procedimientos, sino ser hábil para discriminar qué procedimientos, en qué momentos, y con qué individuos, un determinado conjunto de intervenciones puede ser más útil para alcanzar sus objetivos. Segundo, porque en el ejercicio de la ACT, la aplicación de procedimientos pese a ser importante, no constituye en elemento crítico *per se*. “Estrategia” (-égico) implica pues cosas muy diferentes a “aplicar”. Las acepciones del verbo “aplicar” y su familia de términos que me interesan aquí, recogidas en el diccionario de María Moliner, por regla general se refieren al hecho de poner en contacto (*sobre, debajo de, junto a*) dos *objetos* diferentes. Parece como si la cuestión de las aplicaciones de la tecnología psicológica fuese una cuestión de desarrollar procedimientos enteramente nuevos y ajenos a las prácticas socio-culturales imperantes en un momento dado, práctica derivada de la visión mecanicista del mundo y su énfasis en la predicción y el control (un corolario práctico de la *metáfora de la plantilla*). La aclaración de las implicaciones de este contraste entre “estrategia” y “aplicar” me permitirá iluminar las implicaciones de la ACT, y su coherencia con lo expuesto respecto a las relaciones entre la investigación básica y las aplicaciones.

Por lo pronto voy a reparar, aunque brevemente, en las metas pragmáticas propias de la ACT. La más importante de todas es lograr minar los contextos socio-verbales que controlan *el uso* de nuestro lenguaje (que explicitaré algo más adelante). Esta afirmación está controlada por los fundamentos filosóficos y teóricos de la ACT; obviamente, posee un gran alcance, pero una precisión escasa. No es una proposición propia del habla tecnoló-

gica. Aquí, la ACT marca la diferencia una vez más respecto a la psicología clínica conductual estándar: sus metas pragmáticas no son seleccionadas y/o controladas por las condiciones que se juzgan necesarias y suficientes a priori para la *aplicación* de un procedimiento. Si, ponga por caso, se observan obsesiones y compulsiones en un cliente, un terapeuta ACT no selecciona inmediatamente la parada del pensamiento y la exposición in vivo más la prevención de respuesta para su tratamiento. Sin descartar estos procedimientos *a priori* (una incoherencia), y controlado por sus metas pragmáticas, el terapeuta ACT primero trata de hacerse cargo de *qué hace* su cliente con estas obsesiones y compulsiones. Este *qué hace* es justo lo que tiene que modificarse desde la óptica particular del terapeuta ACT. Para ello, el terapeuta tiene que diseñar unas líneas estratégicas que le permitan ir minando poco a poco el control contextual del que son condicionales *los diversos haceres* del cliente. Generalmente hablando, las líneas estratégicas que deben emplearse se encuentran relacionadas con la *naturaleza funcional* del hacer del cliente. ¿Qué observamos fundamentalmente en el despacho? Habla, lenguaje. El cliente narra, rememora, describe, valora, atribuye...y así un sin fin de *contenidos* verbales que siguen un hilo discursivo no necesariamente aparente. Al terapeuta ACT estos contenidos no le interesan. Lo que constituye su principal interés es *cómo usa* el cliente sus términos, es decir, qué sentido tienen para él mientras los emplea; un sentido que no es necesariamente idiosincrático. Se encuentra contextualmente controlado por los usos de su comunidad verbal, compartidos, *precisamente*, con el terapeuta.

Es de perogrullo decir que los seres humanos hablamos. Pocas cosas pueden observarse con más frecuencia de modo casual. De hecho el lenguaje humano resulta tan ubicuo que incluso la producción y transmisión de ciertas tecnologías básicas aunque importantes, como la producción de fuego, se encuentran mediadas por él. Como nos muestra la investigación sobre las relaciones de equivalencia de estímulos, no sólo los miembros de una clase de estímulos puede ampliarse de modo exponencial cuando un nuevo estímulo entra a formar parte de dicha clase, sino que, aún más importante, estas clases de estímulos están sometidas a control contextual que seleccionan el tipo de relaciones entre estímulos permitidas, y además permiten modificar y transferir funciones adquiridas por estímulos puntuales que forman parte de una de estas clases de equivalencia. Este hecho posee una importancia capital. Si una persona experimentó una emoción desagradable y brusca en una situación dada, cualquier mínima señal de esta misma emoción en una situación diferente puede hacer que las funciones adquiridas por la situación original (evocadoras en este caso) se transfieran a la nueva situación. El mismo proceso de transferencia y modificación de funciones puede repetirse más veces ampliando enormemente la clase de situaciones que puede contribuir a desencadenar la emoción desagradable. Las funciones de los estímulos no son otra cosa que las respuestas ante ellos y sus consecuencias. Resulta obvio entonces que cualquier esfuerzo de cambio puede entrar a formar parte de las clases de equivalencia *sin un entrenamiento directo*. Así, si en mi ejemplo la persona huyó de la situación original en cuya presencia tuvo lugar una reacción emocional negativa, disminuyen-

do como consecuencia la intensidad de dicha reacción emocional, es muy probable que en la segunda situación, en presencia de una señal, responda del mismo modo, obteniendo las mismas consecuencias. Además esta persona puede justificar su conducta de escape *ante un observador* (profesional o no) formulando una regla generalizada de tipo condicional (“si tales situaciones, entonces tales emociones”). Tanto el escape como la justificación pueden entrar a formar parte de la clase de equivalencia, dado que pueden relacionarse entre sí bidireccionalmente. Pero téngase en cuenta que el evento emocional que aconteció en la primera ocasión, *no es idéntico* al que tuvo lugar en la segunda, como la justificación (verbal) aducida por la persona como razón de su conducta, tampoco es idéntica al evento emocional que aconteció en las dos ocasiones. En este sentido, la reacción de esta persona imaginaria fue nueva, es decir, *transferida*, a la segunda situación.

Aquí el factor crítico que permite establecer clases de equivalencia es el control contextual. En mi ejemplo, el contexto que controló las reacciones de esta persona fue verbal en esencia. En este sentido, los contextos que controlan la conducta verbal de la gente son ubicuos, justo como lo son nuestras prácticas culturales, de las que el lenguaje constituye la más sobresaliente. Cuando alguien trata de controlar un pensamiento o una emoción que le desagradan, está partiendo justamente de la base de que tales *ocurrencias* son inadecuadas por la razón de que existe un modo estándar de estar bien: estar libre de pensamientos (concretos) y emociones (concretas) de valencia negativa. Este contexto es justamente la trampa compartida por clientes y terapeutas, que Hayes, Strosahl y Wilson

(1999) han formalizado en un silogismo de cinco elementos:

- a) Los problemas humanos son causados.
- b) Las razones son causas
- c) Los pensamientos y los sentimientos son buenas razones.
- d) Los pensamientos y los sentimientos son las causas.
- e) Para controlar el resultado debemos controlar los pensamientos y los sentimientos.

Este contexto cultural es operativo al controlar, a su vez, *los contextos que controlan el uso que la gente hace del lenguaje psicológico*: los contextos de la *explicación*, del *control*, de la *literalidad* y de la *evaluación* (Hayes, 1987).

Estos contextos constituyen una red envolvente y ubicua de prácticas verbales de una comunidad verbal, organizada como un juego de muñecas rusas:

- a) El *contexto de la explicación* viene dado por el aprendizaje de la gente en el seno de sus comunidades verbales de que la conducta es causada. Las causas de la conducta no serían sino las razones, las justificaciones que explican por qué la gente hace esto o aquello. En nuestra cultura, las buenas razones o causas de nuestras acciones suelen ser los pensamientos y los sentimientos, los eventos privados que acontecen en el mundo interior que, como tales causas, en determinados momentos deben ser cambiados si seguimos las reglas culturalmente vigentes en nuestra comunidad verbal.

- b) El *contexto del control* constituiría justamente el inevitable corolario práctico del primero, una vez que tenemos una explicación de lo que nos ocurre: elimina las causas, es decir, los pensamientos, los recuerdos y los sentimientos que generan una emoción de valencia negativa. De este modo, inadvertidamente, se puede estar generando una acusada insensibilidad a las contingencias al seguir las reglas pragmáticas establecidas por la comunidad *verbal*.

- c) El *contexto de la literalidad* constituiría un corolario de las consecuencias de la insensibilidad a las contingencias establecida por el anterior. Las reglas pragmáticas establecidas por la comunidad verbal para el manejo y gestión de los mundos interiores, parecen adquirir plena autonomía. Las palabras se apropian de sus referentes (los pensamientos, las emociones, los recuerdos, etc.) con los que se relaciona bidireccionalmente, y acaban adquiriendo la misma función que ellos. De este modo, paradójicamente, al ser las palabras equivalentes a los referentes (y viceversa), cuando uno trata de quitarse un pensamiento, lo que consigue es pensarlo más. Cuán envolvente es este contexto, se pone de manifiesto en que, cuando los clientes narran su problema, raramente emplean expresiones como "*como si...*", que denotan que no se está usando el lenguaje literalmente.

- d) El *contexto de la evaluación*, un corolario de las consecuencias del anterior, constituye aquello que la comunidad verbal acuerda valorar

como bueno o malo, por ejemplo. Pero el caso es que estas evaluaciones, en realidad no son un añadido al evento que se evalúa (“*esto es así y además es bueno/malo*”). Más bien, las evaluaciones forman parte del evento. “*Esto es bueno/malo*” constituye una expresión genérica mucho más natural y acorde con nuestros usos actuales del castellano. Apriorísticamente algo en sí mismo es bueno o malo, o es o no el caso, o es hermoso o feo, etc. Tan ubicuo es este contexto (como los anteriores) que, cuando en la terapia cognitiva se le plantea a un cliente que sus acciones se encuentran bajo el control de una asunción del tipo de “*debería de...*”, el terapeuta, inadvertidamente, está valorando el hacer de su cliente, entrando a formar parte de la tupida red relacional en la que se encuentra atrapado *con* el cliente.

El terapeuta y su cliente no caen en la cuenta de que el lenguaje psicológico que ambos emplean es de naturaleza metafórica. Turbayne (1970) definió la metáfora como el uso de un término de un dominio conocido para referirse a otro dominio diferente y escasamente conocido. La metáfora constituye una poderosa herramienta no sólo en los dominios de la literatura o el lenguaje cotidiano, sino también en la ciencia y la tecnología. Por su propia naturaleza puede generar dominios discursivos enteramente nuevos mediante transferencia de funciones, formados por una o más metáforas cruzadas. En el ámbito de los sentimientos son muy corrientes las metáforas espaciales o de color (“se vino *abajo* en su depresión”; “lo veo todo *negro*”),

mientras que en el de los denominados procesos psicológicos, son frecuentes las metáforas basadas en instrumentos y tecnologías disponibles en la época en que se acuñaron, como es el caso en nuestro días de la metáfora del ordenador para el estudio de la mente (por ejemplo, Draaisma, 1995). A lo largo de la historia de su uso, las metáforas se van desgastando y acaban tomándose literalmente, entrando a formar parte del acerbo de expresiones hechas en el mejor de los casos. Así, estar deprimido ya no sería *como si* me encontrara bajo de moral (aún se es consciente de la metáfora espacial), sino precisamente *estar* bajo de moral (la metáfora ya es tomada literalmente). Y las metáforas de lo psicológico son empleadas por los terapeutas y sus clientes bajo control de los contextos socio-verbales recién expuestos.

Esta trampa compartida crea la ilusión en el binomio terapeuta-cliente de que el primero trabaja para aplicar procedimientos que permitirán cambiar el estado de cosas del cliente, vistos los procedimientos como objetos externos al cliente y su problema, y que constituyen una ayuda exterior novedosa para la eliminación de un estado indeseable (de ahí que el cliente recurra a un profesional y no a su entorno inmediato, de lo contrario difícilmente lo haría). La conducta del cliente sería algo ajeno al terapeuta en el sentido de que constituye un *objeto* a analizar. Es decir, el terapeuta en el análisis del problema de su cliente se quedaría en el plano de lo que el cliente hace y dice entendidos como movimientos y productos conductuales. Los afirmaciones de un cliente de que pensó en matar a su esposa y quedó aterrorizado por este pensamiento, o de que escuchó una voz amenazante que lo insultaba, no son más que informes verbales a posteriori,

contenidos verbales que llegan a ser tomados literalmente. De ahí a la epistemología médica de los signos y síntomas, y a la constitución de todo un cuadro semiológico basado en lo observable, sólo hay un paso. De este modo, no sólo el psicólogo clínico conductual queda atrapado por los contenidos de lo que su cliente le dice, sino que además, su quehacer profesional opera en un modelo que no es el suyo propio como psicólogo.

En la *perspectiva particular* de la ACT las cosas son diferentes. Por lo pronto se considera inseparable el binomio terapeuta-cliente dentro de un contexto compartido, como se ilustra en la figura 1 en la que, adviértase, hago un profuso empleo de las formas plurales. Aunque este punto de vista no es nuevo en terapia cognitiva (Safran y Segal, 1991) y en otras tradiciones terapéuticas, en el contexto de los fundamentos filosóficos y teóricos de la ACT implica cosas diferentes a nivel pragmático.

Primero. La principal misión del terapeuta consiste en diseñar *estrategias* (no

aplicar procedimientos) que permitan demantelar el control contextual del uso del lenguaje que hace el cliente, para ponerlo en contacto con las consecuencias de sus acciones. El objetivo de cambio no es eliminar conductas problema o síntomas, sino que el cliente pueda relacionarse verbal y no verbalmente de modo diferente con su propia experiencia. Así, si un cliente experimenta un episodio de ansiedad en un momento determinado, esto no es ni bueno ni malo en esencia. La pregunta del terapeuta es: ¿qué hizo mi cliente con esta emoción, independientemente de cómo la evalúa? Hacer lo contrario sería como criticar a la sociedad de consumo con una coca-cola en la mano.

La historia previa del terapeuta y del cliente que aparece en la figura 1, es una historia compartida de seguimiento de reglas. Asimismo, las circunstancias, el control contextual y los futuros posibles también son compartidos. En cuanto a sus contenidos concretos, todos los factores recogidos en la figura 1 son particulares: los

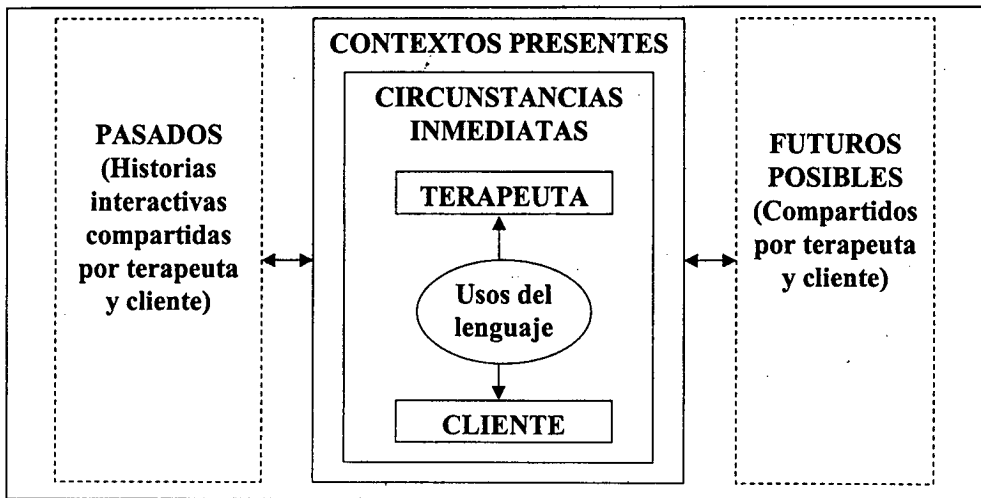


Figura 1. Binomio terapeuta-cliente en la perspectiva de la ACT.

acontecimientos particulares en la vida del terapeuta y el cliente son diferentes. Pero en lo funcional son idénticos. Así, la atención del terapeuta ACT no se centra en el contenido concreto de la experiencia del cliente (que, ni que decir tiene, también a él le afecta), sino más bien en qué hacen el cliente y él *con* la experiencia, es decir, cómo interactúan con las contingencias en las que ambos se comportan.

Segundo. Entonces el cambio conductual no pasa necesaria y únicamente por el cambio de los contenidos de la experiencia, sino por la *aceptación* de la experiencia. Dos de las acepciones del verbo "aceptar" que aquí me interesan, según el diccionario de María Moliner (1998) son:

"1. Recibir alguien voluntariamente algo que le dan (...). 2. Admitir, coger, tomar (...). 3. Recibir nuevos elementos un sistema biológico o físico sin alterar su equilibrio".

Al admitir su experiencia como parte de ellos, el terapeuta y el cliente se están comprometiendo, no a abandonar determinados pensamientos o sentimientos o recuerdos, sino a abandonar *sus agendas disfuncionales de cambio*, es decir, a abandonar aquello que hacen con los pensamientos, sentimientos y recuerdos del cliente, y que los están metiendo perpetuamente en la trampa del lenguaje literal.

Tercero. Ya que la trampa es verbal (el uso literal del lenguaje), los medios para desenmascararla tienen que ser a su vez verbales. Por esta razón, no se puede emplear con propiedad la expresión "aplicar un procedimiento": los usos y los contextos de uso del lenguaje, son compartidos

por el binomio terapeuta-usuario en sus historias interactivas y en este sentido, no constituyen algo exterior a ambos que venga a ser unido o colocado junto a, o encima de. Esto implica andar continuamente, por así decirlo, sobre el filo de un cuchillo. Por ello el lenguaje que el terapeuta ACT emplea no favorece la literalidad. Las metáforas, el habla paradójica y los ejercicios experienciales son modos de organizar el discurso en sesión que se emplean precisamente con este fin. El terapeuta, de modo coherente con sus objetivos pragmáticos, puede permitirse oscilar entre varios niveles de discurso: el científico y el del habla común. Aunque sean literalmente incompatibles, sin embargo, pragmáticamente hablando pueden ser equivalentes. Así, el terapeuta ACT no persigue como objetivo que su cliente adopte la jerga técnica que emplea; esto sería precisamente ofrecerle al cliente más insensibilidad a las contingencias, nuevas explicaciones, y un creíble "certificado de calidad" (científico, por supuesto) a nuevos modos de evitar su experiencia. Más bien lo que se persigue es, mediante la desliteralización del uso del lenguaje por parte del terapeuta y del cliente, permitir una mayor apertura a la experiencia y a todo su posible rango de consecuencias independientemente de que sean evaluadas como buenas o malas. Siguiendo una metáfora de ACT, si para alguien es importante que la gente use calcetines Argyle, puede ejecutar numerosas acciones efectivas para promocionarlos, independientemente de que esté implicado emocionalmente en ellas o no. De este modo, el cliente y el terapeuta no se fusionan con su lenguaje sobre lo psicológico. Si un cliente diera signos de estar tratando de comprender racionalmente la jerga de la ACT (es decir, tratando de incorporarla a

sus modos de pensar como una explicación de sus acciones o de los eventos indeseables que trata de eliminar) en una sesión, una respuesta paradójica puede ser: “*no creas nada de lo que te estoy diciendo*”. El habla paradójica de este tipo trata de modo deliberado de generar confusión en estos momentos en los que, hacer otra cosa, sería precisamente fomentar el seguimiento de instrucciones y la insensibilidad a las contingencias consiguiente. En otras ocasiones, si el terapeuta trata de explicarle algo al cliente, más que *explicar* una noción empleando la jerga técnica característica, el terapeuta trata de *mostrarla* a través del uso de un ejercicio experiencial o una metáfora. Cuando trato de mostrar a un cliente la trampa compartida en la que nos encontramos metidos, suelo recurrir a un ejercicio experiencial muy sencillo: le pido al cliente que extienda la palma de su mano y que la pegue a la punta de su nariz, tratando de ver al mismo tiempo sus detalles. Obviamente esto es imposible, y el cliente así lo ve. Entonces le pido al cliente que aleje unos centímetros la palma de su mano de la punta de su nariz, y que vuelva a observar los detalles de la palma de su mano que, en este caso, el cliente sí puede ver.

Cuarto. Una vez desliteralizado el uso del lenguaje, el terapeuta y el cliente pueden trabajar, si procede, con procedimientos orientados al cambio como los empleados habitualmente en psicología clínica conductual. Con un contexto verbal nuevo, estos procedimientos no se emplearían como reglas (recetas) generalizadas o prescripciones. Más bien se emplearían en su contexto adecuado (definido por el cliente tras el trabajo previo de desliteralización de sus usos del lenguaje psicológico). Así, en lugar de emplear de entrada procedi-

mientos de exposición en vivo para la eliminación de una conducta de evitación, cabría minar el contexto en que esa conducta adquiere su función para después, si procediera, utilizar la exposición en vivo como una prueba de que el cliente, en efecto, se hace cargo de su experiencia pese a que la valore como desagradable. De este modo la exposición en vivo no se transformaría en una técnica de evitación más sofisticada, teniendo en cuenta que su empleo en psicología clínica conductual se orienta a *evitar* que ocurra algo desagradable. Así las cosas, podría decirse en pocas palabras que la principal meta de la ACT es que el cliente viva de modo coherente *su* experiencia, que la abrace, por así decir, teniendo en cuenta que una parte de ella es precisamente el sufrir.

La ética desde un punto de vista funcional

Si se trata de vivir de modo coherente con la experiencia, decir lo que se hace y hacer lo que se dice, nos aparece un dilema ético. Supongamos que comportarse del modo *x* es bueno, y este valor queda recogido en una afirmación del tipo “debes hacer *x*” (que implica a su vez a la forma negativa “no debes hacer *y*”). Una forma coherente de comportarse sería hacer *x* y no hacer *y* cada vez que sea el caso. Una persona puede recurrir a este valor afirmado como regla cuantas veces necesite argumentar razones válidas para la acción *x*. Un observador al ver que alguien ejecuta la conducta *x* podría preguntarle cuáles fueron sus razones para realizar la acción *x* y no la acción *y*, y su curiosidad se vería satisfecha en cuanto se le respondiera “debes hacer *x*/no debes hacer *y*”. Pero igualmente coherente sería que una persona hiciera

justo lo contrario a lo afirmado en el valor “debes hacer *x*/ no debes hacer *y*”. Se le podría preguntar por qué ha hecho lo contrario, y ella podría responder “porque quise” o “¿dónde está el problema?”. Su interlocutor podría argumentar que su acción fue incorrecta puesto que violó un valor universalmente compartido, a lo que esta persona puede responder a su vez con múltiples razones que prueban justo lo contrario. ¿Quién tiene razón?

Lo que ocurre en este ejemplo es una situación frecuente en terapia en el contexto de aplicación de los procedimientos denominados de “reestructuración cognitiva”, en especial, en aquellas situaciones que Beck, Rush, Shaw y Emery (1979) etiquetan como “*creo lo que Ud. dice en el plano intelectual, pero no en el plano emocional*”. Se considera esta situación como un problema técnico de la terapia cognitiva, en concreto, una creencia antiterapéutica del cliente, surgida de la confusión entre “pensamiento” (equivalente en este contexto según Beck y cols., a “creencia”) y “sentimiento”. Si surge este problema se anima al cliente a poner a prueba la utilidad de las sugerencias del terapeuta, en vez de descartarlas de antemano guiado por su creencia a priori. Este test de realidad se pone en marcha en el contexto de otros procedimientos orientados a la reestructuración cognitiva, que giran en torno a la noción de verdad por consenso, y al test de realidad como procedimiento genérico. Explícitamente no se trata de cambiar el parecer del cliente (véase el ejemplo de intervención del terapeuta ofrecido por Beck y cols. en la pág. 276 de su citado texto), sino de hacer que éste se ajuste a lo que se espera que crea en función de las consecuencias externas. Este ejemplo de test de realidad constituye en esencia un

juicio de valor: este “problema” suele aparecer cuando se le ofrece al cliente una explicación de lo que le ocurre en términos del modelo cognitivo. El terapeuta trata de que su cliente acuerde con su explicación y la siga como regla (generalizada) ante situaciones similares. Algo que, en la historia personal del terapeuta y su cliente ha sucedido infinidad de veces. El terapeuta y el cliente comparten una historia de seguimiento de reglas.

Por ello este test de realidad constituye parte del problema del binomio terapeuta-cliente: fomenta la lucha contra los eventos privados. Justo porque, inadvertidamente, el test de realidad como procedimiento está anclado en nuestra tradición sociocultural y, considerado a la luz de las metáforas del cliente como científico y del error, no repara en el contexto en que suele ser empleado cotidianamente. En otras palabras parece que la felicidad, si entendemos lo ético en el sentido de lo bueno, se alcanza al ajustarse estrictamente a las pautas marcadas por el contexto social. En este caso, el terapeuta le está diciendo a su cliente cuál es la manera correcta, buena, de ser feliz, siempre y cuando ejecute ciertas tareas y siga ciertas reglas. Inadvertidamente, el terapeuta está imponiendo a su cliente dos cosas: unas asunciones sobre cuál sea *la naturaleza* de su problema, y unos valores sobre qué sea *la felicidad*. No en vano se denomina a la fase educativa inicial de una terapia cognitiva “socialización en el modelo cognitivo” (Beck, 1995), en el contexto de una relación terapéutica en la que el terapeuta es concebido como un maestro “a lo Sócrates”. Términos como “*la naturaleza*” y “*la felicidad*” son sustantivos. Resulta fácil caer en la tentación de tratarlos como objetos sobre los que se dice algo significativo.

Desde mi punto de vista, aquí radica la contradicción ética en la que cae la psicología clínica conductual: la asimilación de toda proposición ética con las proposiciones sobre hechos externos a la propia conducta de interés, sometidos a consecuencias. Las proposiciones éticas, por tanto, se sitúan en un plano diferente al de la conducta que se pretende describir, comprender, predecir y controlar. Este tratamiento de lo ético acaba por reificar las proposiciones éticas. De este modo, decir que algo es bueno o malo, por ejemplo, lleva a caer en el error de confundir el valor "bueno/malo" con una propiedad inherente al evento de interés (un buen ejemplo del contexto socio-verbal de la evaluación). No se cae en la cuenta que como calificativos, "bueno" y "malo" son términos *abstractos*, y como tales, no pueden reparar en las particularidades de un evento conductual; de hecho su uso es generalizado, es decir, "bueno" y "malo", son términos ampliamente aplicables a cualquier objeto o evento. Lo peor del caso es que, cuando una afirmación ética es reificada y empleada como una afirmación *sobre hechos*, se transforma en una *explicación* (en una causa) de cualquier acción. En este sentido, al emplearse como proposiciones sobre hechos, las proposiciones éticas entrañan dos problemas importantes:

a) *Constituyen algo externo a la terapia*, en el sentido de que existen ciertas reglas genéricas que el terapeuta debe seguir en todo momento (por ejemplo, el Código Deontológico del Colegio Oficial de Psicólogos) referidas a su proceder en general, no a los procedimientos que *aplica*. Entendida como un conjunto de proposiciones sobre lo que

es bueno, la ética no se refiere entonces a las acciones técnicas que despliega el terapeuta, sino a sus objetivos. En este sentido el procedimiento es tratado como éticamente neutro, y las consideraciones de carácter ético que se realizan respecto a él, hacen referencia sólo a la evidencia empírica que muestra que el procedimiento A es superior al procedimiento B en el tratamiento de una entidad diagnóstica, constituyendo el tratamiento de primera elección. Sin embargo, esta consideración ética en esencia remite de nuevo a las normas genéricas que debe seguir el terapeuta (tipo código deontológico), en este caso a su formación continuada, que le permitirá actualizar su arsenal terapéutico y adoptar elecciones entre procedimientos alternativos, pero no emana directamente de la aplicación del procedimiento en sí.

b) Como consecuencia, nos encontramos con el dilema de que, *cumpliendo las normas del Código Deontológico, un terapeuta puede no ser ético*. Por ejemplo, un terapeuta remite a un cliente que no tiene dinero para pagarle a un estudiante que efectuará la tarea gratis, y que necesita casos para hacer prácticas para una asignatura, o para el master que está realizando. Este caso constituye un ejemplo de cumplimiento de un artículo del Código Deontológico del Colegio Oficial de Psicólogos, pero de una conducta éticamente dudosa. El Código Deontológico es un conjunto de proposiciones que establece los límites de lo que puede y no puede

hacerse en el ejercicio profesional del psicólogo, pero no le enseña qué sea lo ético de una conducta. Las proposiciones éticas tratadas como proposiciones sobre hechos no permiten enseñar qué sea la ética. Como términos abstractos, genéricos, son habla sin sentido al pretender emplearlas de modo generalizado en situaciones que, por definición, *son relativas en el sentido de únicas* (Wittgenstein, 1930). Más bien *lo ético es algo subjetivo*, de ahí que no tenga sentido plantear que las proposiciones éticas lo sean sobre hechos. En este sentido lo ético, *constituye una manera de vivir*. Así, siguiendo a Amigo Vázquez (2000), distingo entre el Código Deontológico, que impone externamente los límites de lo que puede o no hacerse en un contexto socio-histórico dado (que pueden ser violados o no), y la responsabilidad profesional o profesionalidad, entendida como la práctica orientada a realizar cualquier tarea bien o, al menos, lo mejor posible. Qué sean ese “bien” o “lo mejor posible” constituye una cuestión *personal*, de *elección* de valores pese a las consecuencias externas de nuestras elecciones. Por ejemplo, un terapeuta puede elegir entre ver a un cliente de otra raza o no. El terapeuta seguramente será tratado de racista si no ve a este cliente. Probablemente pensó y sintió que no le gustan las personas de otra raza diferente a la suya, así que mejor para esta persona que lo vea otro compañero competente. Independientemente de su contenido con-

creto (y de lo conflictivo que resulta) *este ejemplo muestra lo ético*.

Aunque no de modo explícito, *a la práctica de la ACT es inherente la dimensión ética*. Lo que quiero decir es que, a diferencia de otros sistemas terapéuticos encuadrados en la psicología clínica conductual, lo ético en la ACT no es un conjunto de proposiciones sobre hechos, sino que *se muestra* en sus propias metas pragmáticas y en la estrategia dispuesta para lograrlas. En la ACT las proposiciones éticas son tratadas como cualquier otro contenido verbal. Lo importante no es *qué* se dice, sino *cómo* se usa lo que se dice. Así, para un cliente no constituye un problema el que piense que no es buena persona, sino cómo emplea “buena persona” en el contexto de sus diálogos internos o con otros individuos. Emplear las palabras “no soy buena persona” no es un problema. Lo problemático es el empleo literal de esta expresión, es decir, que el cliente no repare en que “bueno” no es una descripción de nada. Si analizamos los usos de “bueno”, suele emplearse en expresiones como “qué bueno es mi perro”, “este coche es muy bueno”, o “Pedro es muy buen amigo”. ¿Está “bueno” describiendo el olfato del perro, la relación rendimiento-consumo del motor del coche, o que Pedro siempre está listo para hacerle a uno cualquier favor? ¿“Bueno” dice lo mismo en las tres expresiones? Mas bien al contrario; entendemos que “bueno” dice cosas distintas en las tres expresiones. No nos dice nada acerca del olfato del perro, de la mecánica del automóvil ni de la conducta de hacer favores de Pedro. Así, el empleo literal de “bueno” en el contexto del lenguaje psicológico es un sinsentido porque no nos dice nada acerca de mis emociones, pensamien-

tos o recuerdos. En este sentido, las proposiciones éticas no pueden expresar nada sobre el mundo (Wittgenstein, 1922; véase proposición 6.42). Los valores como “bueno” o “malo”, no residen en el mundo, sino fuera de él como construcciones sociales expresadas en el lenguaje y otros usos culturales (Wittgenstein, 1922; véase proposición 6.41). De hecho, los términos de valor y las proposiciones éticas suelen emplearse a posteriori, una vez acontecido el evento que se juzga. Como han escrito Hayes, Strosahl y Wilson (1999), las contingencias van por delante de nuestro lenguaje sobre ellas.

Así, lo ético en la ACT no es algo superpuesto o exterior al trabajo terapéutico del terapeuta y su cliente. *La ACT misma es una forma de vivir*, como espero mostrar a continuación derivando las implicaciones éticas de su concepción respecto a la función de los fundamentos filosóficos y teóricos, sobre los papeles del terapeuta y el cliente en el contexto de su práctica, y su característico conjunto de procedimientos.

Respecto a los principios filosóficos de la ACT, el valor de una conducta contextualmente controlada se sitúa en sus resultados, de modo coherente con la filosofía del contextualismo funcional. Asimismo, toda conducta es tratada como un evento completo en sí mismo: los contextos, las respuestas y las diferentes funciones de los estímulos constituyen diferentes segmentos arbitrariamente escogidos del evento bajo análisis pero inseparables entre sí. Si alguien piensa, lo hace sobre un tema concreto, de unas formas particulares (en el sentido de que se permitirá pensar tales o cuales ideas y no otras), empleando unos giros lingüísticos peculiares, fumando un cigarrillo o con una taza de café en la mano, o tomando notas rápidamente, o le-

yendo simultáneamente un texto, o escuchando música, en cualquier entorno físico como una habitación, un bar o un parque. ¿Cuál de estos elementos es el pensar? Habitualmente se considera que es el producto final, una idea cualquiera. Pero el pensar en realidad lo constituye toda esta compleja clase de actividades. “Pensar” como verbo relacional tal y como lo usamos a diario, es un término genérico y no descriptivo. Al acercarse a fenómenos como el andar o el pensar, al terapeuta ACT lo que le interesa es *cómo son estas cosas, no su modificación per se*. No tiene sentido modificar el andar o el pensar. A lo sumo se puede enseñar a una mujer a andar como una modelo de pasarela, o a pensar empleando el inglés, pero no modificar el andar y el pensar como actividades.

De estas consideraciones se deriva naturalmente el segundo punto: los papeles del terapeuta y del cliente autorizados por el envoltorio discursivo compartido por ambos. En el actual discurso sobre la enfermedad, el terapeuta es quien debe arbitrar y aplicar los procedimientos adecuados para modificar un estado de cosas indeseable para el cliente. Pero esto sería como si alguien me pidiera que me esforzase en ver en dos dimensiones. Simplemente no es posible. Paradójicamente, cuando se le explica a un cliente en qué consiste la ansiedad y se le dice que es una emoción humana normal, todo el trabajo posterior se centra en reducir o eliminar la ansiedad. Si es una emoción normal, ¿por qué se la escoge estereotípicamente como conducta objetivo bajo las denominaciones de “ansiedad cognitiva”, “ansiedad fisiológica” o “ansiedad motora”, entre otras? Ni el cliente ni el terapeuta reparan en que como emoción, la ansiedad no puede eliminarse, igual que no pueden eliminarse el

pensar o el caminar. De hecho no podemos referirnos a las emociones directamente del mismo modo que digo "este es mi ordenador", sino por medio de metáforas. Más bien habría que detenerse precisamente en experimentarla, no como medio para su eliminación, sino para sentirla, mostrarla, desproblematizándola. Esto cambia radicalmente los papeles del terapeuta y del cliente. La relación social entre ambos deja de ser una relación en la que alguien apunta a algo y dice "eso es bueno". Más bien constituye una relación en la que alguien dice "¿qué es eso? ¿qué te parece?". En este sentido, la relación terapéutica en la ACT se transforma en la herramienta de cambio más activa. Podría decirse que la ACT no es propiamente hablando un sistema terapéutico tal y como se los concibe. Más bien constituye una estrategia de manejo de una relación particular, de cara a que dos personas puedan vivir comprometiéndose con aquello que les acontece diariamente, tal y como les acontece. En este sentido la ACT constituye en última instancia un modo de vivir, una conducta inherentemente ética.

De este modo, nos aparecen las peculiares intervenciones de la ACT (las metáforas, el habla paradójica y los ejercicios experienciales) a una nueva luz. Lo que diferencia a la ACT de los "remedios universales" (de los que a veces las técnicas de psicología clínica conductual constituyen una versión más sofisticada) es que es un discurso "que hace la diferencia". Quiero decir con esto que el habla típica de la ACT no se ajusta a lo que se espera. Es un habla que, en lugar de referirse directamente a un objeto en expresiones del tipo "eso es tal y tal", dice "¿qué es eso?". Por emplear una metáfora típica de la ACT, la *metáfora del campo de hoyos*, en vez de decir "esto es un hoyo" (un pensamiento obsesivo, una

crisis de ansiedad, etc.), el terapeuta diría "¿qué haces en el hoyo?" ("¿en qué consiste en esencia tu idea de matar a tu bebé, o el ataque de pánico que sentiste?"), "¿qué consigues en el hoyo?" ("¿te ves libre de tus pensamientos o tu ansiedad porque tú lo quieras?"; "¿vives así como quieres vivir?"), "¿cuál es el problema de vivir en el hoyo?". El lenguaje típico de la ACT no es literal, en el sentido de que no se refiere a objetos concretos ni responde como se espera en determinadas situaciones. Más bien, por emplear una metáfora de Wittgenstein (1922; proposición 6.54), tiende una escalera para poder ver a través del muro. Una vez que se sube por ella y podemos ver lo que había al otro lado, ya no nos sirve. Entonces vemos con claridad la ruta que queremos seguir. Por eso, si un cliente trata de comprender literalmente la jerga de la ACT, un terapeuta tiende a responder paradójicamente "no creas ni una palabra de lo que te he dicho". Lo que hay al otro lado del muro son los problemas del cliente. Nosotros no los vemos, por así decirlo. Los aprehendemos a través de nuestros conceptos recibidos (por ejemplo, la psicopatología descriptiva). No podemos decir con sentido si algo es bueno o no. Sólo podemos ayudar a aupar al cliente para que vea cuál es su problema. En ese sentido no tenemos nada que decir, simplemente mostrarle al cliente cuál pueda ser la salida de la botella en la que se encuentra atrapado como si fuera una mosca. Lo ético entonces es ni más menos, que el cliente y el terapeuta vivan la vida con todas sus consecuencias sin confundirla con sus conceptos. Nada es, entonces, bueno o malo. Simplemente no sabemos qué pueda ser lo bueno o lo malo *para alguien en particular*. Hay que buscarlo, mostrarlo y entonces ser coherentes con ello.

Conclusión: algunas paradojas inherentes a las peculiaridades de la ACT

A estas alturas, puede parecer obvio a más de un lector que poco hay de nuevo en la ACT a nivel teórico y técnico. No puedo sino estar de acuerdo. Dudo mucho que la psicología, como *proyecto* de disciplina científica, pueda descubrir nada nuevo en el sentido de poner de manifiesto inobservables, del mismo modo que lo hace la astrofísica, por ejemplo. Más bien pondría de manifiesto relaciones funcionales, teniendo en cuenta que dichas relaciones no son necesariamente aparentes a simple vista (véanse Lee, 1988 y Fuentes Ortega, 1993). Los fundamentos filosóficos de la ACT guardan una importante afinidad con otras posiciones, como las de la filosofía de José Ortega y Gasset y Ludwig Wittgenstein (y con otras escuelas de pensamiento, como ha puesto de manifiesto Pérez Álvarez, 1996a, 1996b) y posee un indudable sabor posmoderno.

A nivel técnico es evidente la semejanza de sus estrategias y procedimientos con otras tradiciones psicoterapéuticas. Por ejemplo, la *metáfora del autobús*, es muy similar a una historia empleada en programación neurolingüística. Parece como si el análisis experimental de la conducta humana acabara por fundamentar conceptual y empíricamente a las viejas escuelas psicoterapéuticas, una ironía de la historia. Sin embargo existe una diferencia, que radica en sus metas pragmáticas. En lugar de fomentar la experiencia para evitar la experiencia (curiosa paradoja), lo que se trata es de vivirla hasta sus últimas consecuencias,

una posición un tanto extraña en nuestro presente contexto socio-cultural. Parece además que la ACT acabara fomentando de algún modo la integración de la psicoterapia. No creo que esto sea así. El énfasis del análisis experimental de la conducta por poner de manifiesto relaciones funcionales, es el responsable de esta aparente convergencia. Es obvio que terapeutas e investigadores de muy diversas tradiciones pueden observar los mismos eventos en bruto, aunque se elaboren verbalmente de modos muy diferentes, apareciendo entonces hechos radicalmente distintos merced a la perspectiva que se adopta para verlos. No creo que la integración en la psicoterapia vaya a venir de la mano de una mezcla de conceptos, ni del eclecticismo técnico. Como perspectivas, los conceptos de escuelas de pensamiento diferentes son radicalmente inconmensurables entre sí. Es imposible ver mi casa desde la fachada sur y la fachada este al mismo tiempo. A nivel técnico, el discurso sólo tiene precisión, por lo que resulta imposible una integración vía práctica. De hecho cualquier terapeuta experimentado puede practicar el eclecticismo técnico en un momento dado, sin que su decir sobre su hacer se vea alterado en lo fundamental. Lo que hace falta es una definición consensuada del objeto de estudio de la psicología que, en mi opinión (compartida con otros autores) no es otro que la conducta humana tal y como tiene lugar.

Lo que hace diferente a la ACT en resumidas cuentas, es la radicalidad⁶ con la que adopta y practica la perspectiva de que es el desarrollo de los fundamentos filosóficos y teóricos, y no el exclusivamente

6. Uso el término aquí y en otros lugares en su sentido original. "Radical" proviene del latín *radicere*, "ir a las raíces".

técnico, lo que puede permitir un progreso coherente de la investigación y la práctica de la psicología clínica conductual, de cara a transformarla en una verdadera alternativa conceptual, empírica, pragmática y ética a las clásicas maneras de proceder en el denominado "ámbito clínico". Esta perspectiva supone un retorno a la tradición de coherencia conceptual de la psicología clínica conductual de los inicios (en concreto el análisis conductual aplicado inspirado por la obra de B.F. Skinner). Como ya *practicara* Wittgenstein (1953), el mejor modo de hacer algo nuevo no es buscar nuevos datos, sino compilar lo que se conoce. Esta posición radical implica abandonar, por emplear otra metáfora, la estrategia defensiva de la tortuga, que se refugia en su caparazón al menor peligro, y salir a abrazar cordialmente los problemas que, lo quiera o no, tiene que enfrentar a diario la psicología clínica conductual.

La transformación de la psicología clínica conductual en una empresa exclusivamente tecnológica ha terminado por limitar su alcance. Se ha desarrollado la tecnología de cambio conductual a la manera en que se crean nuevos productos como el DVD, los microprocesadores y la nanotecnología. Pero esto no es posible en el ámbito de la conducta humana. A diferencia de los recién mencionados productos, la tecnología conductual es un conjunto de procedimientos enraizados en la propia conducta humana. Ningún cliente hace nada radicalmente nuevo cuando se ve envuelto en un proceso terapéutico. Habla, escribe, piensa, se emociona, crece, se atasca, y así un largo etcétera. Son cosas que ya sabe hacer. La psicología clínica conductual, inicialmente impulsada desde el ámbito académico, ha asumido una ideología cientifista que ha terminado por ale-

jarla de su propio objeto de estudio (véase en este sentido, Pérez Álvarez, 1996b), y se ha transformado en una tupida red de citas autorreferentes. Nada más peligroso si realmente deseamos colaborar en la solución de los problemas de nuestros clientes y de la sociedad en que vivimos.

No creo que la ACT sea *la* respuesta a los problemas que la psicología clínica conductual tiene planteados, y ni siquiera a los problemas que nos plantean nuestros clientes. Como creación verbal, la ACT está sometida a las mismas variables que afectan de modo general cualquier conducta humana. En este sentido, como formulación verbal y como práctica, la ACT es (y creo que debe serlo) un objeto de los análisis de los que fue derivada. Si la conducta verbal científica constituye un medio del análisis científico, y nuestro criterio de verdad es el éxito en alcanzar nuestros objetivos, no tiene mucho sentido que la ACT se transforme en *la* respuesta a todos los problemas. Sólo es un ensayo abierto para hacernos mejores preguntas, un simple peldaño de la escalera que subimos. De ahí que, desde mi punto de vista, lo realmente interesante de la ACT sea su potencial heurístico, que he tratado de mostrar. Ver viejos problemas de un modo diferente puede permitirnos encontrar nuevas preguntas que bajo la luz de nuestra antigua lámpara, o desde el campo visual que nos permite nuestra perspectiva en un momento dado, ni tan siquiera podríamos haberse planteado. Quiero decir que las implicaciones derivadas de una determinada formulación verbal pueden llevarnos al *país de nunca-jamás*, o a un lunes a las seis de la mañana cuando el despertador suena. La forma en que empleemos la formulación verbal de la ACT y sus procedimientos, nos llevará a uno u otro de estos lugares y situaciones.

Escribí en el cuarto epígrafe que la práctica de la ACT a menudo implica caminar sobre el filo de un cuchillo. La ACT puede ser afirmada y practicada dogmáticamente como cualquier otro producto de la conducta verbal humana, generando más insensibilidad a las contingencias y reforzando la inmersión en el mundo virtual del lenguaje, pero con otro ropaje lingüístico. O bien no. Depende de cómo sea utilizada a todos sus niveles. Por eso creo que una pequeña dosis de escepticismo *con fe* (¿puede ser de otro modo en ciencia o en cualquier otro ámbito de trabajo?) es sana al acercarse a este sistema terapéutico y a cualquier otro. Por consiguiente y ya para acabar, sólo puedo decirte lector que *no creas nada de lo que te he dicho*.

Referencias

- Alford, B.A. y Beck, A.T. (1997). *The integrative power of cognitive therapy*. Nueva York: Guilford Press.
- Amigo Vázquez, I. (2000). La ética profesional y el código deontológico. *Infocop*, 8, 36-37.
- Barnes, D., Hegarty, N. y Smeets, P.M. (1997). Relating equivalence relations to equivalence relations: a relational framing model of complex human functioning. *The Analysis of Verbal Behavior*, 14, 57-83.
- Beck, A.T. (1952). Successful outpatient psychotherapy of a chronic schizophrenic with a delusion based on borrowed guilt. *Psychiatry*, 15 (3), 305-312.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1979). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: DDB, 1983.
- Beck, J.S. (1995). *Cognitive therapy: basics and beyond*. Nueva York: Guilford Press.
- Carrascoso López, F.J. (1998). Un análisis conceptual del problema de las relaciones entre la investigación básica y el trabajo aplicado: los ejemplos del análisis experimental y aplicado de la conducta. *Apuntes de Psicología*, 16 (1-2), 81-114.
- Carrascoso López, 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.
- Catania, A.C., Shimoff, E. y Matthews, B.A. (1989). An experimental analysis of rule-governed behavior. En S.C. Hayes (Ed.). *Rule-governed behavior. Cognition, contingencies and instructional control* (págs. 119-150). Nueva York: Plenum Press.
- Chadwick, P., Birchwood, M. y Trower, P. (1996). *Cognitive therapy for delusions, voices and paranoia*. Chichester: John Wiley.
- Dougher, M.J., Augustson, E., Markham, M.R. y Greenway, D.E. (1994). The transfer of respondent eliciting and extinction functions through stimulus equivalence classes. *Journal of The Experimental Analysis of Behavior*, 62 (3), 331-351.
- Draaisma, D. (1995). *Las metáforas de la memoria. Una historia de la mente*. Madrid: Alianza Editorial, 1998.
- Dymond, S. y Barnes, D. (1995). A transformation of self-discrimination response functions in accordance with the arbitrarily applicable relations of sameness, more-than, and less-than. *Journal of The Experimental Analysis of Behavior*, 64 (1), 163-184.
- Fleck, L. (1935). *La génesis y el desarrollo de un hecho científico*. Madrid: Alianza Editorial, 1986.

- Foucault, M. (1961). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. México, D.F.: Siglo XXI, 1997.
- Foucault, M. (1963). *Historia de la locura en la época clásica (vol. I y II)*. México, D.F.: FCE, 1998.
- Fuentes Ortega, J.B. (1993). Posibilidad y sentido de una historia gnoseológica de la psicología: (II) Una primera aproximación a la génesis y la configuración de la psicología moderna. *Revista de Historia de la Psicología*, 14 (3-4), 23-37.
- Hayes, L.J. (1992). Equivalence as process. En S.C. Hayes y L.J. Hayes (Eds.). *Understanding verbal relations* (págs. 97-108). Reno: Context Press.
- Hayes, L.J. y Hayes, S.C. (1989). The verbal action of the listener as a basis for rule-governance. En S.C. Hayes (Ed.). *Rule-governed behavior. Cognition, contingencies and instructional control* (págs. 153-190). Nueva York: Plenum Press.
- Hayes, S.C. (1987). A contextual approach to therapeutic change. En N.S. Jacobson (Ed.). *Psychotherapists in clinical practice. Cognitive and behavioral perspectives* (pp. 327-387). Nueva York: Guilford Press.
- Hayes, S.C. (1991a). The limits of technological talk. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 24 (3), 417-420.
- Hayes, S.C. (1991b). A relational control theory of stimulus equivalence. En L.J. Hayes y P.N. Chase (Eds.). *Dialogues on verbal behavior* (págs. 19-40). Reno: Context Press.
- Hayes, S.C. (1994). Relational frame theory: a functional approach to verbal events. En S.C. Hayes, L.J. Hayes, M. Sato y K. Ono (Eds.). *Behavior analysis of language and cognition* (págs. 11-30). Reno: Context Press.
- Hayes, S.C., Brownstein, A.J., Haas, J.R. y Greenway, D.E. (1986). Instructions, multiple schedules, and extinction: distinguishing rule-governed from schedule controlled behavior. *Journal of The Experimental Analysis of Behavior*, 46 (1), 137-147.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D. y Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy. An experiential approach to behavior change*. Nueva York: Guilford Press.
- Laín Entralgo, P. (1950). *La historia clínica. Historia y teoría del relato patográfico*. Madrid: Triacastela, 1998.
- Latour, B. y Woolgar, S. (1986). *La vida en el laboratorio. La construcción de los hechos científicos*. Madrid: Alianza Editorial, 1995.
- Le Breton, D. (1995). *Antropología del dolor*. Barcelona: Seix Barral, 1999.
- Lee, V.L. (1988). *Beyond behaviorism*. Hillsdale: LEA.
- López Piñero, J.M. (1985). *Ciencia y enfermedad en el siglo XIX*. Barcelona: Nexos.
- Luciano Soriano, M.C. (1999). Terapia de aceptación y compromiso (ACT) y psicoterapia analítica funcional (FAP). Fundamentos, características y precauciones. *Análisis y Modificación de Conducta*, 25 (102), 497-584.
- Mojtabai, R. (2000). Delusion as error: the history of a metaphor. *History of Psychiatry*, 11 (41), 3-14.
- Moliner, M. (1998). *Diccionario de uso del español (segunda edición)*. Madrid: Gredos.

- O'Donohue, W. (1998). Conditioning and third-generation behavior therapy. En W. O'Donohue (Ed.), *Learning and behavior therapy* (págs. 1-14). Boston: Allyn and Bacon.
- Ortega y Gasset, J. (1933). Meditación de la técnica. En J. Ortega y Gasset (Ed.: Paulino Garagorri). *Meditación de la técnica y otros ensayos sobre ciencia y filosofía* (págs. 11-96). Madrid: Revista de Occidente en Alianza Editorial, 1982.
- Pepper, S.C. (1942). *World hypotheses: A study in evidence*. Berkeley: University of California Press.
- Pérez Álvarez, M. (1991). Prehistoria de la modificación de conducta en la cultura española. En V.E. Caballo (Comp.). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (págs. 51-66). Madrid: Siglo XXI.
- Pérez Álvarez, M. (1996a). *La psicoterapia desde el punto de vista conductista*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Pérez Álvarez, M. (1996b). *Tratamientos psicológicos*. Madrid: Universitas.
- Safran, J.D. y Segal, Z.V. (1991). *El proceso interpersonal en la terapia cognitiva*. Barcelona: Paidós, 1994.
- Sidman, M. y Tailby, W. (1982). Conditional discrimination vs. matching to sample: An expansion of the testing paradigm. *Journal of The Experimental Analysis of Behavior*, 37 (1), 5-22.
- Turbayne, C.M. (1970). *El mito de la metáfora*. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica, 1974.
- Wilson, K.G. y Hayes, S.C. (1995). Resurgence of derived stimulus relations. *Journal of The Experimental Analysis of Behavior*, 66 (2), 267-281.
- Wittgenstein, L. (1922). *Tractatus logico-philosophicus*. Madrid: Alianza Editorial, 1973.
- Wittgenstein, L. (1930). *Conferencia sobre ética*. Barcelona: Paidós, 1989.
- Wittgenstein, L. (1953). *Investigaciones filosóficas*. Barcelona: Crítica, 1988.