

Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): conductismo, *mindfulness* y valores

Juan Pablo Coletti

*Licenciado en Psicología, UBA
Docente de Posgrado, Facultad de Ciencias Humanas y de la Conducta, Universidad Favaloro
E-mail: juanpacoletti@gmail.com*

Germán Leandro Teti

*Médico especialista en Psiquiatría
Equipo DBT, Fundación Foro, Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Médico de Planta, Servicio de Guardia, Hospital "Dr. Braulio A. Moyano"
Becario de Investigación, Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Ayudante de Primera, 3a Cátedra de Farmacología, Facultad de Medicina, UBA*

Introducción

En el contexto de las psicoterapias basadas en la evidencia, han surgido modelos denominados «terapias de tercera generación» (1). Este término ha sido definido por Steven Hayes del siguiente modo: *“Fundamentada en una aproximación empírica y enfocada en los prin-*

cipios del aprendizaje, la tercera generación de terapias cognitivas y conductuales es particularmente sensible al contexto y a las funciones de los fenómenos psicológicos, y no solo a la forma, enfatizando el uso de estrategias de cambio basadas en la experiencia y en el contexto además

Resumen

En las últimas décadas se han desarrollado una serie de tratamientos psicológicos denominados «terapias de tercera generación». Uno de ellos es la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) que esencialmente busca promover la aceptación de los eventos privados en oposición a modificarlos o cambiarlos, con el objetivo de posibilitar flexibilidad psicológica. De esta manera, se busca que el sujeto pueda elegir orientar su comportamiento hacia lo que valora. El presente trabajo busca dar cuenta de algunas condiciones del contexto que promovieron su surgimiento, la filosofía y teoría subyacente; y por último, las particularidades del modelo de intervención.

Palabras clave: Terapia de Aceptación y Compromiso - ACT - Terapias de tercera generación - Flexibilidad psicológica - Evitación experiencial.

ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY (ACT): BEHAVIORISM, MINDFULNESS AND VALUES

Abstract

Over the last decades a series of psychological treatments labeled «Third Generation Therapies» have been developed. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) is a third generation therapy that essentially seeks to promote the acceptance of private events in opposition to their modification or change, with the aim of promoting cognitive flexibility. Thus, it is intended that the subject be permitted to choose their behavior consistent with personal values. The current work aims to provide overview specific to the contextual conditions that promoted the emergence of ACT, the underlying philosophy and theory, and the particularities of the intervention model.

Key words: Acceptance and Commitment Therapy - ACT - Third wave psychotherapies - Psychological flexibility - Experiential avoidance.

de otras más directas y didácticas. Estos tratamientos tienden a buscar la construcción de repertorios amplios, flexibles y efectivos en lugar de tender a la eliminación de los problemas estrechamente definidos..." (1). Estos modelos tienen en común la utilización de técnicas basadas en *mindfulness* y aceptación, aunque los principios filosóficos y teóricos que las sustentan presentan diferencias (2). De estos modelos, el que parece haber cobrado mayor relevancia y popularidad es la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT, por sus siglas en inglés) (3). ACT es un modelo de tratamiento emergente de la investigación básica en lenguaje y cognición humana desde una perspectiva contextual-funcional derivada del conductismo radical. En este artículo se abordan los siguientes aspectos de ACT: la filosofía subyacente (Contextualismo Funcional: CF) y los principios teóricos emergentes de la investigación en lenguaje y cognición humana (Teoría de los Marcos Relacionales: TMR). Posteriormente se desarrolla el modelo de la Inflexibilidad Psicológica y por último las características básicas de la intervención.

Condiciones antecedentes al surgimiento de la Terapia de Aceptación y Compromiso

La necesidad de dar respuesta a los problemas psicológicos ha generado una brecha entre el conocimiento emergente de la investigación básica y las técnicas utilizadas en el abordaje de diversos problemas psicológicos (4). La búsqueda de herramientas que conformen "paquetes" de intervenciones eficaces ha ido generando distancia entre las asunciones filosóficas, la investigación básica y las técnicas derivadas de los principios y leyes de esas dos fuentes de conocimiento. Existe una tensión entre la necesidad de un progreso inmediato y la disposición a dar pasos cuidadosos que podrían generar progreso a largo plazo (4).

ACT podría considerarse como la evolución de un proceso que se origina a finales de los años 70 con el intento de extender los límites del pensamiento skinneriano a fenómenos complejos de la clínica (5). Zettle (6) describe este proceso en tres etapas: la primera, de finales de los años 70 y principios de los 80, caracterizada por el intento de transferir los principios básicos del análisis de la conducta verbal (5) y de la conducta gobernada por reglas (7) al contexto clínico. Durante ese período se desarrolla un plan de intervención, precursor de ACT, llamado "distanciamiento comprensivo". En la segunda etapa, a mediados de los 80, denominada período transicional, se desarrolló la TMR que culminó con la aparición del primer libro sobre el tema (8), considerado un postulado post-skinneriano acerca del lenguaje, la conducta gobernada por reglas y el control verbal. En la última fase, ACT se muestra como una aproximación contextualista-funcional, apoyada en investigación básica (TMR), del que emerge una teoría que permite entender los problemas humanos e intervenir sobre ellos (6).

Contextualismo funcional: la filosofía subyacente

En el año 1942, Stephen Pepper publica el libro "Hipótesis del mundo", trabajo donde desarrolla una visión filosófica que diferencia 4 formas de ver el mundo: mecanicista, formista, organicista y contextualista (9). Cada una de estas miradas presenta una "metáfora raíz". La metáfora raíz del CF es el "acto en contexto" (10). El CF conceptualiza los eventos psicológicos como un conjunto de interacciones entre el organismo como un todo y el contexto histórico y situacional del sujeto (1). Un acto aislado de su contexto histórico y situacional pierde la naturaleza para su conocimiento y modificación (11).

Los componentes esenciales del CF son: (a) focalizar en el evento como un todo, (b) ser sensible al rol del contexto en el entendimiento de la naturaleza y la función de un evento, (c) enfatizar en un criterio de verdad pragmática, y (d) establecer objetivos específicos sobre los cuales aplicar el criterio de verdad (11).

El criterio de verdad en el CF es aquello que funciona exitosamente. Habiendo establecido un objetivo analítico, lo verdadero será aquello que funcione para cumplir con dicho objetivo (10).

Desde la perspectiva del CF, el análisis conductual es una ciencia que busca "*el desarrollo de un sistema organizado de conceptos verbales y reglas de base empírica que permiten predecir e influir un fenómeno conductual, con precisión, amplitud y profundidad*" (12). La precisión hace referencia a la aplicación de los principios conductuales a eventos específicos, amplitud implica que un amplio rango de fenómenos pueden ser analizados con un número limitado de conceptos, y profundidad significa que los conceptos analíticos relevantes para un nivel de análisis (por ejemplo, nivel psicológico) mantienen coherencia con otro nivel (por ejemplo, nivel neurobiológico) (12).

Teoría de los marcos relacionales

Esta teoría da cuenta de una concepción funcional-contextual del lenguaje y la cognición que se centra en la habilidad humana para establecer relaciones arbitrarias entre eventos y a derivar funciones nuevas no entrenadas (8). Esencialmente TMR da cuenta de cómo los humanos, a través del lenguaje, responden a los estímulos en términos de otros; este aprendizaje relacional, permite responder a un estímulo sobre la base de las relaciones que se hayan conformado en la historia personal entre dicho estímulo y otros (13,14).

TMR sostiene que el comportamiento relacional, aprendido durante el proceso de socialización, comprende el establecimiento de relaciones arbitrarias y bidireccionales entre estímulos. Las claves o marcos relacionales poseen tres propiedades (15):

1. Vinculación mutua: implica una relación bidireccional entre dos eventos (ej., si A es equivalente a B, entonces B es equivalente a A). *A manera de ejemplo, si a un niño se le dice que María es más alta que Juan, derivara que Juan es más bajo que María* (16).

2. Vinculación combinatoria: implica una relación

transitiva en la que dos relaciones se pueden combinar para derivar una tercera (ej., si A es mayor que B; y B es mayor que C, de esto se aprende una nueva relación derivada de las anteriores, donde C es menor que A). *A manera de ejemplo -y siguiendo con el anterior-, si al niño también se le dice que Pepa es más alta que María, derivara que Pepa es más alta que Juan* (16).

3. Transformación de funciones: implica que la función que tenga un estímulo puede cambiar la función de todo aquel otro con el que se relacione. *A manera de ejemplo, piénsese en la formulación, socialmente extendida, como verdad hasta recientemente -y aún- «quienes van al psiquiatra o al psicólogo es porque están locos o algo les funciona mal»... sin información contraria a ésta, es de esperar que si una persona determinada llega a conocer a otra hacia quien, inicialmente, muestra una cierta atracción y, llegado el momento se encuentra con que esta persona le confiesa que ha acudido al psiquiatra, su inclinación hacia ella cambie de signo; esto es, comience a «verla» con funciones verbales aversivas, aquellas que según su historia socioverbal proporcionan a lo que se relaciona con acudir a psiquiatras y estar loco... (15).*

El papel de la cultura en el desarrollo de los trastornos psicológicos

ACT es un modelo que sienta sus bases en un principio contraintuitivo para nuestra cultura occidental, a saber: el sufrimiento es parte de la vida y en el contexto de lo que el individuo considera importante o valora, intentar suprimirlo puede transformarse en un problema. Al mismo tiempo, hay algo de ubicuo en el sufrimiento humano (17), algo que hace de esa experiencia un denominador común que no respeta diferencias de género, etarias, de status social, económico, etc. Sin embargo, el plan cultural de la felicidad como fin último establece reglas para vivir que no “encajan” con cierta naturaleza de la experiencia humana, como es el sufrimiento, generándose un desajuste entre lo que la regla promete y lo que se obtiene cuando se la sigue. El fin de alcanzar la felicidad promueve una modalidad repetitiva e infructuosa de evitación de cualquier experiencia que provoque sufrimiento; este patrón, por el contrario, genera mayor sufrimiento e impide el desarrollo de una vida orientada a valores.

El problema humano: la evitación

Dadas las condiciones mencionadas en el apartado anterior, se naturaliza la evitación de cualquier experiencia que atente contra el plan de la felicidad y el sentirse bien. Según Steven Hayes, la evitación experiencial “ocurre cuando una persona no está dispuesta a permanecer en contacto con experiencias privadas particulares (p. ej., sensaciones corporales, emociones, pensamientos, recuerdos, predisposiciones conductuales) e intenta alterar la forma o la frecuencia de esos eventos y los contextos que los ocasionan” (17). La práctica de la evitación no es un problema en sí mismo, sino que se transforma en nociva cuando orienta al sujeto hacia la inflexibilidad psicológica; es decir,

el problema surge cuando un patrón rígido de evitación bloquea la posibilidad de acceder a una vida guiada por aquello que el sujeto valora.

Una alternativa a la psicopatología oficial: la inflexibilidad psicológica

La concepción de la psicopatología en ACT se resume en el término *inflexibilidad psicológica* que podría pensarse como la imposibilidad de responder en forma efectiva (consistente con valores) frente a los avatares de la vida. Dicha imposibilidad es emergente de seis procesos que se describen a continuación (18).

La *evitación experiencial*, tal como se mencionó anteriormente, es el intento sistemático de controlar las experiencias internas como pensamientos, sensaciones corporales y emociones, aún cuando esa actividad ha sido infructuosa y ha traído consecuencias que atentan contra la vida que el sujeto quiere llevar. Existe una paradoja inherente al intento de evitar, suprimir o eliminar las vivencias personales no deseadas que consiste en que tales intentos desembocan en un recrudecimiento de la frecuencia e intensidad de la experiencia evitada (19,20). Un elemento facilitador de la evitación experiencial es la tendencia de los humanos a reproducir los modos de resolver problemas en el mundo físico en el contexto de las experiencias internas. Frente a las dificultades que se presentan en el mundo material, las personas elaboran planes de afrontamiento que implican la resolución de problemas. La estrategia de resolución de problemas es un proceso cognitivo, afectivo y conductual a través del cual el individuo intenta identificar o descubrir soluciones a los problemas específicos que se le van presentando en su vida cotidiana (21). El problema surge cuando se utiliza esa herramienta, efectiva en determinados contextos, a la “solución” de las experiencias internas (emociones, pensamientos, etc.), donde “solución” implica quitar o evitar dichas experiencias. Por consiguiente, cuando las emociones y los pensamientos se ven como un problema y se aplica el mismo método, el resultado tiende a ser disfuncional. Algunos autores dan cuenta de los efectos paradójicos del intento de control emocional y cognitivo (22, 23). *Ejemplo de una posible manifestación clínica de este proceso: una paciente refiere que desde que habló del episodio de abuso sexual sufrido en la infancia, evita tomar contacto con hombres, comenzó a tomar alcohol en exceso y recita un mantra para distraerse de las imágenes del abuso.*

La *fusión cognitiva* es el control excesivo e inapropiado del lenguaje de un modo que impide la conducta más efectiva en ese contexto (2), y hace referencia a responder a los pensamientos en términos de su contenido literal, excluyendo directa o indirectamente, otras funciones psicológicas disponibles (24). La fusión consiste en mezclar los procesos verbal-cognitivos con la experiencia directa de manera que el individuo no puede diferenciar entre ambos. Cuando se está fusionado, se formula una situación de manera simbólica y luego se organiza el comportamiento de manera que encaje con los requerimientos de las reglas programadas a seguir

(19). La actividad de predecir, planificar y actuar acorde a lo programado ha tenido y tiene un valor sustantivo en la mayoría de las actividades humanas, y gracias a eso se han alcanzado muchos de los productos culturales. Sin embargo, cuando prevalece la fusión, el pensamiento regula la conducta sin ninguna otra contribución adicional (19); el gran desafío del ser humano es aprender a notar cuando en determinado contexto esa regulación no funciona. La fusión con el seguimiento de reglas verbales tiene una relación estrecha con la evitación experiencial, dado que, los argumentos y razones para sostener la actividad evitativa conllevan un fuerte poder reforzante que mantiene el comportamiento en el tiempo. *Ejemplo de una posible manifestación clínica de este proceso: a un paciente con ideas obsesivas se le impone el pensamiento “si no limpio perfectamente mi casa, mi hijo va a morir de cáncer”, apegado a la literalidad y no pudiendo notar que es sólo un pensamiento.*

La evitación experiencial y la fusión cognitiva facilitan el proceso *fusión con un pasado y futuro conceptualizado*, provocando que la mente focalice la atención en eventos pasados o aquellos que potencialmente puedan ocurrir en el futuro (17). Como consecuencia se produce una pérdida de contacto flexible con el presente, generando insensibilidad a los sucesos que están aconteciendo. *Ejemplo de una posible manifestación clínica de este proceso: un paciente con historia de dificultades académicas, no deja de pensar en los exámenes en los que reprobó y teme por fracasos futuros.*

El *yo contenido* integra la historia verbal que el sujeto armó sobre sí mismo e incluye todas las creencias, pensamientos, ideas, juicios y memorias que conforman el autoconcepto (25). En otras palabras, describe “quién soy” como persona. En algunos contextos la fusión con el *yo contenido* puede bloquear la posibilidad de actuar en forma consistente con los valores. *Ejemplo de una posible manifestación clínica de este proceso: un padre que consulta preocupado por presentar múltiples episodios de agresión verbal hacia su hijo, expresa en sesión “yo soy un buen padre, y un buen padre pone límites claros”.*

Falta de claridad o alejamiento de valores. Los valores son cualidades de una acción, reglas verbales que describen la forma en la que el sujeto elige vivir su vida. Los valores no se alcanzan como las metas y los objetivos, sino que ofician de horizonte que dan sentido a las acciones desplegadas momento a momento. “*Los valores son los deseos más profundos de nuestro corazón y guían la manera en la que queremos interactuar con el mundo, otras personas y nosotros mismos. Dan cuenta de cómo queremos estar en la vida, cómo nos queremos comportar y qué tipo de personas queremos ser. Tanto la fusión cognitiva como la evitación experiencial llevan al sujeto a vivir de un modo poco consistente con aquello que valora*” (25). *Ejemplo de una posible manifestación clínica de este proceso: una paciente con síntomas depresivos expresa “hace años que no tengo idea que hacer con mi vida”.*

Impulsividad e Inhibición. La evitación, la fusión cognitiva y la pérdida de contacto con valores, sirven de base para el desarrollo de un patrón estrecho y rígido de conductas ineficaces, que pueden caracterizarse por

el exceso (impulsividad) o déficit (inhibición) de comportamientos (17). *Ejemplo de una posible manifestación clínica de este proceso: dos pacientes concurren a sesión, uno por consumo excesivo de alcohol que le ocasionó la pérdida de su empleo, y el otro, por dificultad para iniciar y mantener una conversación con un desconocido.*

Cabe aclarar que ninguno de estos procesos es necesariamente patológico; de hecho, en determinados contextos, tanto la fusión como la evitación experiencial pueden cumplir una función adaptativa. Uno de los tantos ejemplos donde se podría ver la fusión cognitiva no patológica es la experiencia de ver una película en el cine; la fusión con la historia da lugar a que el sujeto pierda registro de que es una obra artística y responde frente a lo que ve como si estuviera ocurriendo.

El modelo ACT: evaluación y tratamiento

La propuesta terapéutica de ACT podría sintetizarse en dos instancias: clarificar los valores del paciente y facilitar la actuación comprometida mediante las intervenciones orientadas a promover defusión y aceptación de las experiencias internas (pensamientos, emociones, etc.) que se presentan como barreras para dicha actuación (26). El trabajo sobre los obstáculos que experimenta el paciente implica desactivar la evitación destructiva que atenta contra la posibilidad de vivir en sintonía con valores.

La *evaluación* del problema se realiza llevando adelante un proceso llamado análisis funcional, método de evaluación utilizado en análisis de la conducta, con el objetivo de identificar todas las formas en que se manifiesta la función evitativa. El propósito de este trabajo es intentar responder las siguientes preguntas: ¿qué logra el paciente haciendo lo que hace?, ¿cuál es el impacto inmediato subsiguiente de lo que el paciente hace sobre sus propias emociones?, ¿logra aliviar o quitar algún pensamiento, recuerdo, situación que le genera angustia, ansiedad, tristeza? Los resultados del análisis funcional dejarán al descubierto los patrones de inflexibilidad psicológica que serán el objetivo de intervención a lo largo del tratamiento.

En ACT no se promueve la implementación de un tratamiento estructurado que siga pautas rígidas para generar condiciones de flexibilidad psicológica. Los autores (17) proponen llevar al paciente por distintos procesos dentro de la terapia, que se resumen a continuación.

Desesperanza creativa: desde la perspectiva de ACT, el paciente llega al tratamiento con la intención de quitarse aquello que el planteo cultural ha establecido como un impedimento para vivir, es decir, de remover aquellas experiencias internas que se consideran obstáculos para acceder a una vida con sentido. Estas experiencias pueden presentarse en forma de recuerdos, sensaciones corporales, pensamientos, que al considerarse causa de la conducta deben “extirparse” para poder actuar. El paciente buscaría, una vez más, algún método que extraiga lo malo y lo reemplace por lo bueno; esta demanda es consistente con el plan culturalmente establecido (15). Luego de hacer la evaluación del problema se requerirá

trabajar en forma experiencial, para poner al descubierto la ineffectividad del intento de control de la experiencia interna. A diferencia de una intervención psicoeducativa en la que se busca “hacerle entender al paciente que lo que hace no funciona”, lo que se promueve es confrontar lo que “la mente” propone (quitar el sufrimiento), con los resultados de dicho plan en la experiencia. La pregunta que repetirá el terapeuta es: ¿cómo ha funcionado lo que hiciste hasta ahora?, ¿funcionó en el largo plazo?, ¿qué dice tu experiencia cuando miras para atrás y ves todo lo que hiciste para intentar quitarte eso? Según Hayes *“la fase de desesperanza creativa concluye cuando los pacientes muestran signos de ver cómo el sistema los ha movido en círculos mientras expresan apertura a mirar alternativas”* (17). Esencialmente el trabajo en la etapa de desesperanza creativa es dejar al descubierto lo que el paciente quiere, lo que hace y lo que consigue (16).

Sentadas las bases que dejan al descubierto los resultados de la estrategia evitativa, el proceso de la terapia se orienta a presentar una alternativa al control, la aceptación. Para generar condiciones que favorezcan la aceptación se apela al trabajo con defusión. El proceso de defusión involucra la creación de contextos no literales y no evaluativos; como consecuencia, disminuyen las funciones regulatorias innecesarias de los eventos cognitivos e incrementan el contacto con el proceso de pensamiento en oposición a quedar tomado por los productos del mismo (4). El producto de este proceso favorece observar los pensamientos más que observar desde los pensamientos, notar los pensamientos sin quedar cautivo de los mismos y dejar que los pensamientos vengán y vayan sin aferrarse a ellos (25). Múltiples herramientas de *mindfulness* pueden ser utilizadas en el trabajo con defusión, tales como, “dejar a los pensamientos ir y venir como nubes pasajeras” u “observar, describir y participar de la experiencia sin juzgar” (27).

La *aceptación* se define como *“la adopción voluntaria de una postura intencionadamente abierta, receptiva, flexible y exenta de juicios en relación al momento presente”* (19). Aceptación no significa tolerancia, resignación, aguante o fatalismo, sino elección de las experiencias tal como son, con conciencia plena y con una actitud de apertura y curiosidad, y sin defensas innecesarias y contraproducentes (2).

El trabajo con el proceso de aceptación cobra todo su sentido en el marco de los *valores* personales del sujeto, cuyo esclarecimiento se vuelve parte esencial de la terapia. Los valores representan lo que el sujeto siente importante para su vida, ese horizonte que le da sentido

a sus acciones. Asimismo, los valores se definen como *“consecuencias elegidas, verbalmente construidas, de patrones de actividades dinámicos y cambiantes, de manera que las propias actividades implicadas llegan a ser el reforzador predominante”* (28). Algunas preguntas que hacen referencia a valores podrían ser: ¿qué es importante para tu vida?, ¿qué tipo de persona te gustaría ser?, ¿qué huellas quisieras dejar cuando no estés más en este mundo?

La última etapa del tratamiento buscará promover acciones comprometidas con valores, es decir repertorios de comportamientos consistentes con aquello que el sujeto valora.

Eficacia

Existen actualmente cuatro meta-análisis que evalúan la eficacia de ACT (29-32). El más reciente, realizado por A.Tjak y cols. en 2014 (32), evaluó la eficacia de ACT en 39 estudios randomizados y controlados (RCT) sobre diversos trastornos mentales y problemas de salud: ansiedad y depresión (8 estudios), adicciones (8 estudios), otros trastornos mentales (8 estudios), y problemas de salud somáticos (15 estudios). El resultado del meta-análisis indica que ACT es más efectivo que los tratamientos usuales o el placebo, y que es tan efectivo como las intervenciones psicológicas establecidas para el tratamiento de los trastornos de ansiedad, depresión, adicciones y problemas de salud somática.

Conclusiones

La terapia de aceptación y compromiso es un modelo que logra articular filosofía, teoría e intervención. Los avances en el estudio del lenguaje y cognición desde una perspectiva contextual-funcional y su fruto, la teoría de los marcos relacionales, está permitiendo avanzar en la comprensión del comportamiento humano complejo, dando cuenta de los procesos involucrados en el desarrollo de muchos problemas psicológicos. Lo contraintuitivo del modelo presenta alguna esperanza de elección frente a lo que no se puede cambiar, la aceptación, y es creciente la evidencia que da cuenta de los beneficios de la misma. Así mismo, cabe aclarar que es largo el camino por delante, en términos de evidencia e investigación sobre procesos y eficacia, para que ACT consolide su lugar dentro de las terapias basadas en la evidencia. Tal vez, junto a los otros modelos basados en *mindfulness* y aceptación, ACT represente el comienzo de un nuevo intento para aliviar el sufrimiento humano ■

Referencias bibliográficas

1. Hayes S, Follete V, Linehan M. Mindfulness and Acceptance: expanding the cognitive behavioral tradition. Press TG, editor. New York 2004.
2. Pérez-Álvarez M. Las terapias de tercera generación como terapias contextuales. SA S, editor. Madrid 2014.
3. Luciano MV, S. Gutierrez, O. Páez-Blarrina, M. Avances des-

- de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). eduP-sykhé. 2006;5(2):173-201.
4. Hayes SC, Levin ME, Plumb-Villardaga J, Villatte JL, Pistorello J. Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behav Ther.* 2013 Jun;44(2):180-98.
 5. Skinner BF. Verbal Behavior. Prentice Hall I, editor. Nueva Jersey 1957.
 6. Zettle RD. The Evolution of a Contextual Approach to Therapy: From Comprehensive Distancing to ACT. *The International Journal of Behavioral Consultation and Therapy.* 2011;7(1):78-84.
 7. Skinner BF. Contingencies of Reinforcement: A Theoretical Analysis. Appeltion-Century-Crofts, editor. New York 1969.
 8. Hayes SC, Barnes-Holmes D, Roche B. Relational Frame Theory: a post-Skinnerian account of human language and cognition. Publishers KA, editor. New York 2001.
 9. Pepper SC. World Hypotheses: A Study in Evidence. Press UoC, editor. Los Angeles and London 1942.
 10. Hayes SC, Hayes LJ, Reese HW. Finding the philosophical core: A review of Stephen C. Pepper's World Hypotheses: A Study in Evidence. *J Exp Anal Behav.* 1988 Jul;50(1):97-111.
 11. Hayes SC. Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies. *Behavior Therapy.* 2004;35(4):639-65.
 12. Biglan A, Hayes S. Should the behavioral sciences become more pragmatic? The case for functional contextualism in research on human behavior. *Applied & Preventive Psychology.* 1996;5(1):47-57.
 13. Gómez-Martín S, López-Ríos F, Mesa-Manjón H. Teoría de los marcos relacionales: algunas implicaciones para la psicopatología y la psicoterapia. *International Journal of Clinical and Health Psychology.* 2007;7(2):491-507.
 14. Törneke N. Learning RFT: an introduction to relational frame theory and its clinical applications. Press. C, editor. Oakland, California 2010.
 15. Luciano MC, Wilson KG. Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores. 2012R ed. Pirámide, editor. Madrid 2002.
 16. Páez-Blarrina M, Gutiérrez Martínez O. Múltiples aplicaciones de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Pirámide, editor. Madrid, España. 2012.
 17. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and Commitment Therapy. An Experimental Approach to Behavior Change. Press TG, editor. New York 1999.
 18. Twohig MP, Hayes S. ACT verbatim for depression and anxiety: annotated transcripts for learning acceptance and commitment therapy. New Harbinger Publications I, editor. Oakland, CA. 2008.
 19. Hayes S, Strosahl K, Wilson K. Terapia de Aceptación y Compromiso: proceso y práctica del cambio consciente (Mindfulness). Brouwer DD, editor. Bilbao, España. 2014.
 20. Wenzlaff RM, Wegner DM. Thought suppression. *Annu Rev Psychol.* 2000;51:59-91.
 21. Labrador Encinas FJ. Técnicas de Modificación de Conducta. 2012 ed. Pirámide., editor. Madrid, España. 2008.
 22. Cioffi D, Holloway J. Delayed costs of suppressed pain. *J Pers Soc Psychol.* 1993 Feb;64(2):274-82.
 23. Wegner DM, Schneider DJ, Carter SR, 3rd, White TL. Paradoxical effects of thought suppression. *J Pers Soc Psychol.* 1987 Jul;53(1):5-13.
 24. Coyne L, Wilson K. The Role of Cognitive Fusion in Impaired Parenting: An RFT Analysis. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy.* 2004;4(3):469-86.
 25. Harris R. ACT made simple: an easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy. New Harbinger Publications I, editor. Oakland, CA. 2009.
 26. Bach P, Moran D. ACT in practice: case conceptualization in Acceptance & Commitment Therapy. New Harbinger Publications I, editor. Oakland, California 2008.
 27. Linehan M. Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder. Press. TG, editor. New York. 1993.
 28. Wilson K, Sandoz E, Kitchens J. The valued living questionnaire: defining and measuring valued action within a behavioral framework. *The Psychological Record.* 2010;60(2):249-72.
 29. Ost LG. Efficacy of the third wave of behavioral therapies: a systematic review and meta-analysis. *Behav Res Ther.* 2008 Mar;46(3):296-321.
 30. Powers MB, Zum Vorde Sive Vording MB, Emmelkamp PM. Acceptance and commitment therapy: a meta-analytic review. *Psychother Psychosom.* 2009;78(2):73-80.
 31. Ruiz FJ. Acceptance and Commitment Therapy versus Traditional Cognitive Behavioral Therapy: A Systematic Review and Meta-analysis of Current Empirical Evidence. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy.* 2012;12(2):333-57.
 32. JG AT, Davis ML, Morina N, Powers MB, Smits JA, Emmelkamp PM. A Meta-Analysis of the Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy for Clinically Relevant Mental and Physical Health Problems. *Psychother Psychosom.* 2014 Dec 24;84(1):30-6.