

## LA ACEPTACIÓN Y LA TERAPIA DE CONDUCTA<sup>1</sup>

Rafael Ferro García

Centro de Psicología Clínica C.E.D.I.

### RESUMEN

*La mayoría de las técnicas y procedimientos terapéuticos actuales intentan modificar o eliminar las reacciones psicológicas (emociones negativas, pensamientos indeseables) evocadas por situaciones aversivas. Cambiar el contexto de los problemas psicológicos es tan importante o más que cambiar los contenidos de estos problemas. Desde el Conductismo Radical se propone la Aceptación como una estrategia de cambio alternativa a la Terapia de Conducta clásica. En este artículo, se analiza por qué culturalmente, los eventos privados son vistos como causa de los problemas de las personas. Se define la Aceptación y se analiza su relevancia clínica. Se relacionan los valores con los objetivos terapéuticos y con el concepto de bienestar psicológico. Se describen los distintos campos donde va dirigida la Aceptación y se analizan cuáles son las barreras que la impiden. Se describen las Psicoterapias Conductuales que utilizan la Aceptación y se proponen líneas de investigación en este tema.*

**Palabras Clave:** ACEPTACION, CONDUCTISMO RADICAL, PSICOTERAPIA, TERAPIA DE CONDUCTA.

---

Correspondencia: Rafael Ferro García. Centro de Psicología Clínica C.E.D.I., Avda. Constitución 33, 1er. portal, 5ºB. 18014-Granada.

<sup>1</sup>El presente trabajo, es el resumen de un taller sobre este tema que se impartió en las II Jornadas de Psicología, realizadas en Málaga en Noviembre de 1997, quisiera agradecer al Prof. Luis Valero la oportunidad que me brindó para realizarlo y su apoyo en el mismo. Agradezco a M. Paz Briones sus valiosos comentarios a todos los borradores de este manuscrito y al Prof. Antonio Fernández Parra sus recomendaciones. También agradezco la colaboración prestada a Karcz Shashok en la traducción del resumen.

## SUMMARY

*Most current treatment techniques and procedures attempt to modify or eliminate psychological reactions (negative emotions, undesired thoughts) evoked by aversive situations. Changing the context of a psychological problem can be as important -or even more so- than changing the content of the problem itself. From a perspective rooted in radical behaviorism Acceptance has been proposed as a strategy for change that can serve as an alternative to classical behavior therapy. This article analyzes the cultural reasons that explain why private events are seen as the cause of personal problems. Acceptance is defined and its clinical relevance is analyzed. The relationship between values, goals and the concept of psychological well-being is described. The different fields in which Acceptance can be used are described, and barriers to acceptance are analyzed. Behavioral psychotherapies that use Acceptance are described, and lines for further research are proposed.*

**Key Words:** ACCEPTANCE, RADICAL BEHAVIORISM, PSYCHOTHERAPY, BEHAVIOR THERAPY

### 1.- LOS SUCESOS PRIVADOS COMO CAUSA

De forma histórica, los problemas globales en la vida de una persona, "existenciales", emocionalmente graves, no han sido discutidos por el terapeuta de conducta clásico, que ha reducido estos temas a síndromes clínicos y técnicas para curarlos. Tampoco se han discutido por los analistas de conducta, que inmediatamente comienzan a buscar conductas objetivo específicas. Mientras, los conductistas radicales clínicos intentan abordar estos temas desde su propia perspectiva, teniendo en cuenta todos los principios conductuales contemporáneos (Hayes y Wilson, 1993; Kohlenberg, Tsai y Dougher, 1993).

Como mantienen Kohlenberg, Hayes y Tsai (1993) al conductismo radical no se le ha entendido, se dice que olvida los pensamientos y las emociones, que es extremista, rígido y simplista en sus explicaciones. Pero realmente esto es una interpretación incorrecta de la filosofía que subyace en el conductismo radical. Por conductismo radical siguiendo a Pérez Alvarez (1996a) se entiende la orientación psicológica que busca la naturaleza de los hechos psicológicos en la raíz de los mismos, es decir, en su razón de

ser, incluyendo al mundo subjetivo. Esta visión extendida de que el conductismo radical restringe a la psicología sólo al campo de la conducta observable públicamente y que los sucesos privados son irrelevantes, es falsa (ver a Skinner, 1953; 1957, 1974). Se ha confundido con la visión de la psicología que defiende el conductismo metodológico (para más información ver a Fuentes Ortega, 1992).

Nos gustaría comenzar hablando sobre lo que entendemos por *Sucesos Privados*. Al hablar de sucesos privados nos referimos a un conjunto de experiencias, respuestas y actos que sólo son observables para el individuo que las tiene, y que son referidos como sentimientos, emociones, pensamientos, imágenes, hablarse a uno mismo, creencias, expectativas, recuerdos, atribuciones, esquemas, etc. (Dougher, 1993).

Lo que diferencia esta visión con el resto de corrientes, es que el conductismo radical ve los sucesos privados exactamente igual a como ve los sucesos públicos, es decir, como conductas y no como variables mediacionales o hipótesis a definir. Los pensamientos y las emociones son vistos como acciones humanas y su privacidad es irrelevante para su estatus científico. Al considerarlos conductas caen directamente en la categoría de variables dependientes, por lo tanto necesitan ser explicadas y no pueden ser usadas para explicar otras conductas (Dougher, 1993).

La influencia de estos sucesos sobre otras conductas, quizás sea el quid de la cuestión. En términos de relaciones de conducta-conducta, estas conductas privadas afectan a las conductas de la misma forma que cualquier conducta pública puede afectar a otras conductas. Supongamos un ejemplo, una persona se dice a sí misma: "*Soy incapaz de tener una relación con alguien*", "*A quién le voy a interesar*". Pensar esto probablemente le genere sentimientos "negativos" e influya en cómo actuará en una situación social. Pero para comprender todo esto se necesitaría saber: ¿cómo estos pensamientos influyen en sus comportamientos sociales?, ¿qué ha ocurrido en la historia de esta persona para llegar a pensar esto?. Es fácil (sobre todo culturalmente) darle la función de causa a estos pensamientos y a esas emociones. Analizaremos cómo tiene lugar esto.

### 1.1 Explicaciones convencionales del papel causal de los sucesos privados

Culturalmente los sucesos privados juegan un papel importante en la explicación de los problemas de las personas. Es muy habitual considerar

el origen de nuestros problemas en las emociones y/o en los pensamientos indeseables. Según Hayes y Wilson (1994) y Kohlenberg, Hayes y Tsai (1993), hay al menos tres aspectos del contexto verbal/social que contribuyen al establecimiento de un control no deseable de los sucesos privados: a) la literalidad del lenguaje, b) dar razonamientos verbales como una explicación válida a nuestra conducta y c) el entrenamiento en el control cognitivo y emocional para conseguir una vida satisfactoria. Vamos a analizarlos por separado.

a) Las palabras forman parte de relaciones de equivalencia entre estímulos. Las funciones dadas a un miembro de una red se transfieren a otros miembros según las relaciones subyacentes (para más información sobre relaciones de equivalencia, ver Valero y Luciano 1992, 1996). En el lenguaje, las palabras “significan” cosas con las que están relacionadas arbitrariamente y muchas de sus funciones que están “adheridas” a la situación, también están presentes al utilizar las palabras. Estas relaciones entre las palabras y los sucesos las establece la comunidad verbal de forma arbitraria. Estas convenciones verbales son las que se denominan el contexto de literalidad del lenguaje (Hayes y Wilson, 1993). En determinadas situaciones esto puede ser muy adaptativo, responder a una instrucción de forma equivalente a como se respondería a las contingencias reales. P.ej.: *¡Cuidado, eso es veneno!*, cuando se va a probar algo nuevo, o *¡Cuidado que te vas a matar!* cuando se realiza una actividad peligrosa. Pero también esta forma de responder trae problemas y no es tan adaptativa en otros campos, p.ej.: *“Olvida eso ya”* cuando te deja tu pareja, *“No estés triste”* ante la muerte de un ser querido. En estas últimas situaciones es difícil seguir la instrucción, además el intentarlo traerá probablemente más problemas.

b) De forma general, nuestra cultura apoya que los sucesos privados, los pensamientos y los sentimientos se vean como causas válidas de la conducta manifiesta y formen parte de las explicaciones de los hechos. Por ejemplo, a nadie le sorprendería una frase como esta: *“Estaba demasiado angustiada para quedarme en la fiesta”*, sería razonable o por lo menos comprensible que escapara de la fiesta por la ansiedad que mostraba. Sin embargo, si la frase fuera: *“No sé por qué me fui”*, probablemente no se comprendería e incluso se le criticaría. De esta manera, la comunidad verbal establece funciones discriminativas y motivacionales para una variedad de sucesos privados que forman parte de razonamientos y explicaciones de las conductas subsiguientes (Hayes y Wilson, 1993, 1994).

e) El proceso de control emocional y cognitivo, como medio de solucionar los problemas, comienza muy temprano. A los niños se les dan instrucciones, se les dice: “No llores, un hombre no llora”, “No llores, que te pones muy fea” diciéndoles que deben controlar sus estados emocionales. Además, se aplica reforzamiento o castigo por la habilidad de controlar los estados emocionales “Muy bien, así se porta un hombre”. También se suelen dar consejos recomendando el control en una gran variedad de situaciones, p.ej.: si se ha roto con la pareja, “No seas niño, olvídale ya”, si se ha dado un golpe “No seas quejica”, etc. Así, las personas llegan a la consulta diciendo: “Soy demasiado nervioso”, “No puedo controlar mi ira”, “No consigo dejar de estar triste”, “No puedo dejar de pensar”, “Necesito autocontrolarme”...

Después de esto, podemos decir que es sencillo explicar nuestra conducta en función de los sucesos privados. Nuestra cultura considera a éstos como responsables de la conducta. En general, no sólo las reacciones privadas son vistas como causas sino que los pensamientos y emociones “negativas” son vistos como los causantes de los trastornos psicológicos. Existe en nuestra cultura la idea sobre la salud mental o psicológica como la ausencia de este tipo de pensamientos y emociones, incluso entre los profesionales que se dedican a la salud. Pero desde el conductismo radical, los pensamientos y sentimientos son considerados conductas, y son vistos como reacciones naturales e inevitables al mundo más que como causas de acciones (Dougher, 1993; Skinner, 1953, 1974). Esta es la mayor diferencia entre esta posición teórica y las demás. Si desde esta perspectiva, los sucesos privados no son causas, no hay ninguna razón por la que deban ser modificados para que las personas tengan una vida mejor. Según Hayes (1994), esa atención hacia el control de pensamientos y emociones, hacia el contenido de los problemas, sólo sirve para exacerbarlos y perpetuarlos más. El problema es el propio control. Pongamos unos ejemplos, *un cliente viene a consulta porque tiene una historia de abuso sexual con su hija, nos pide que le ayudemos a no sentirse mal cada vez que piensa/recuerda lo que ha hecho. O una cliente con una historia de violación en su juventud nos dice que cada vez que ve alguna escena similar o recuerda el hecho, se siente muy mal. ¿Cómo vamos a conseguir que no sigan apareciendo estos sucesos privados en esas circunstancias?. Desde nuestra posición, sería un objetivo imposible pretender que olvide y no sienta lo ocurrido. Un terapeuta de conducta clásico, les podría enseñar a “parar el pensamiento”, técnicas de relajación, desensibilización sistemática, exposición, etc. Pero a largo plazo, tales técnicas fracasarían.*

Como mantiene Hayes (1994), la psicología aplicada ha estado demasiado interesada en cambiar el contenido de los problemas en vez de cambiar el contexto. La mayoría de los procedimientos y técnicas intentan modificar o eliminar los sucesos privados tales como: pensamientos, recuerdos, sentimientos, emociones, sensaciones corporales, y demás. Pero hay pocas reacciones psicológicas privadas de ansiedad, depresión, angustia, o confusión, que necesiten ser cambiadas si antes se ha vivido una vida plena y saludable. Según este autor, los sucesos privados son un reflejo de nuestra historia, lo que sentimos cuando tenemos sentimientos es lo que el pasado trae al presente en la situación actual. Somos organismos históricos, los problemas psicológicos emergen de la interacción de nuestra historia con las circunstancias actuales. Lo normal es que las personas piensen que si su historia hubiera sido diferente, sus problemas podrían haber sido diferentes. Pero los cambios son siempre aditivos y nunca sustractivos, nadie puede quitar parte de su historia, la solución no es ésta. El tiempo y el organismo siempre avanzan, y sólo podemos hacer una cosa, construir nuestra historia desde aquí. La historia que nos ha traído hasta aquí puede ser diferente a la historia que surja desde aquí. Todo lo que hagamos es añadido al desarrollo del individuo y nunca será sustractivo de su desarrollo (Hayes, 1994).

Más que centrarnos en modificar y/o controlar los sucesos privados, lo que se propone es trabajar con objetivos que persigan y clarifiquen las experiencias de las personas. Estos objetivos podrían enriquecer y dar significado a sus vidas. A este tipo de intervención se llama *Aceptación*. Desde esta perspectiva, el bienestar psicológico es definido no en términos relativos a la cantidad de pensamientos o emociones sino en términos de aceptación de los propios sucesos privados como son y perseguir objetivos y compromisos que den significado y enriquezcan la vida de los clientes (Dougher, 1993).

La aceptación psicológica es una de las más importantes estrategias de cambio contextuales. Cambiar el contexto de los problemas psicológicos es más importante que cambiar el contenido (Hayes, 1994).

## 2. ACEPTACIÓN Y CAMBIO

De acuerdo con Dougher (1994), y como hemos visto hasta ahora, la aceptación está implicada como causa y como tratamiento de los problemas

de las personas. Hay un cierto desacuerdo en relación con lo que se entiende por aceptación. Para algunos autores es un acto, es decir una conducta y para otros, es una cognición (Dougher, 1994). Desde la visión del conductismo radical de los sucesos privados, carece de sentido discutir sobre la localización exacta de este concepto, ya que en ambos casos sería considerada como un acto. Si se considera un acto, es algo que uno hace, y se requiere que se entienda en términos de su función y no de su topografía. Para Dougher (1994), las definiciones de aceptación siempre son de manera negativa, es decir se suele definir por lo que no es. Ante una situación o evento psicológico traumático, la *aceptación* sería no hacer nada, dejarse llevar, no enfrentarse a las emociones y/o pensamientos, etc. Sinónimos razonables podrían ser: "admitir", "consentir" o "tolerar". Pero como bien dice Hayes (1994) la Aceptación no es igual que el estoicismo o la indefensión racionalizada, o incluso añadiríamos la resignación cristiana.

De una forma general, se podría decir que la *aceptación* consiste en no evitar, controlar o cambiar los elementos que forman parte de la contingencia. Lo que se propone es que las personas permitan la ocurrencia de los sucesos que evocan las acciones, las reacciones emocionales y/o pensamientos y las consecuencias de todo esto; y que no intenten evitarlos, controlarlos o cambiarlos. Aceptar es consentir o admitir las situaciones o los sucesos, y las reacciones y pensamientos que resultan. Entendiendo que una situación implica: una conducta, las respuestas emocionales, las respuestas verbales públicas o privadas (pensamientos, recuerdos, etc.) y las consecuencias que resultan de esas acciones (Dougher, 1994).

Por otro lado, Cordova y Kohlenberg (1994) la definen como la tolerancia de las emociones evocadas por estímulos aversivos pero sin evitar, escapar o atacar. Ante la presencia de estímulos aversivos, una persona siente emociones y escapa/evita o ataca. Cuando ocurren las emociones y la evitación, es probable que las personas piensen o digan que la causa de su evitación/escape o ataque son los sentimientos. Lo que se propone es que experimenten tal como es el contexto y las reacciones que son provocadas. La aceptación es la ausencia de escape, evitación o de conductas de ataque en respuesta a una variedad de estímulos privados evocados por estímulos aversivos.

Según Hayes (1994), la Aceptación sería experimentar los sucesos plenamente y sin defensa. Desde un punto de vista técnico, implica tomar contacto con las funciones de estímulo de los sucesos de forma directa y

automática, sin actuar para reducir o manipular estas funciones y sin actuar en base a sus funciones verbales derivadas.

## 2.1 La relevancia clínica de la Aceptación

La siguiente cuestión es: ¿qué importancia clínica tiene la aceptación?. Para Hayes (1994), los procedimientos basados en la aceptación tienen una relevancia particular en clientes reincidentes donde distintos tratamientos han fallado. Como dice este autor, el mejor predictor del comportamiento futuro es el comportamiento pasado. Es improbable que nuestros clientes difíciles respondan positivamente a más de lo mismo.

Analicemos el siguiente caso. *Una mujer de 36 años que la ha dejado el novio después de 8 años de relación y presenta un cuadro depresivo. Analizando su situación, día a día se resiste a "aceptar" lo que le ha ocurrido. Ella realizó todos los planes para compartir su vida con él y ahora él desaparece. Toda su vida se desarrollaba alrededor de él. No sabe qué hacer, y realmente no hace nada. Según ella su vida no tiene sentido. Ha perdido todas sus relaciones sociales, ya que se había dedicado por completo a su novio. No tiene con quién salir. No tiene aficiones, las que tenía eran compartidas con él (salir juntos a pasear, ir de pubs, ir a almorzar, etc). Cada vez que se siente mal toma un tranquilizante pero no encuentra mejoría, Sus pensamientos son: ¡cómo me ha podido hacer esto!, ¡no me lo merezco!, ¡yo le quería!, ¡qué será de mi vida!, ¡qué voy hacer yo!. Sus explicaciones sobre lo que le ocurre son que él le ha hecho mucho daño, y se encuentra tan mal que no tiene realmente ganas de nada.*

Como terapeutas, nos preguntamos qué podemos hacer. Cualquier terapeuta de conducta clásico, propondría objetivos como: enseñarle a parar el pensamiento, ofrecer listas de actividades, etc. Sin embargo, un objetivo más razonable sería que acepte su situación, que la ha dejado el novio y que debe rehacer su vida, sin tenerlo en cuenta. Pero el asunto es más complejo, ella no quiere estar triste y se enfrenta a estos sentimientos (que no puede controlar) y empieza a sentir ansiedad, que tampoco controla. Por otro lado, aceptar que está triste porque se le han derrumbado todos sus proyectos, también sería otro objetivo más razonable.

Pongamos otro ejemplo. *Una mujer de unos 30 años, con una historia de un intento de violación, del cual salió lastimada física y emocionalmente, aunque defendiéndose consiguió que no la violaran. Desde ese momento,*



*ella nunca sale sola por la ciudad, siempre va acompañada, sufre ataques de pánico si se encuentra sola; incluso cuando el terapeuta sale a recoger material que había olvidado fuera del despacho. Se enfrenta a sus sentimientos: ¡Yo no quiero sentir esto!, ¡no puedo estar sola en casi ningún sitio!, ¡no quiero recordar lo que me pasó!, me gustaría que no hubiera ocurrido nunca.*

En este caso, el objetivo desde el punto de vista de una terapia centrada en la Aceptación sería aceptar el hecho que ocurrió, no quiere decir que esté a favor del hecho, se pretende aceptar esos sentimientos que surgen cuando lo recuerda, aceptar que las emociones forman parte de la vida.

En ambos casos, los clientes creen que la causa de sus acciones son las emociones. Si lo analizamos con cuidado vemos que tampoco tienen alternativas, en el sentido de que probablemente el novio no vuelva y que no se puede borrar el hecho de la violación. Nuestra posición (en la línea con Kohlenberg y Tsai, 1991; Dougher, 1993, 1994; Cordova y Kohlenber, 1994, entre otros) es que las emociones y las acciones están evocadas por los mismos sucesos. Pero trabajando con lo que la gente siente y recuerda, se les expone de forma indirecta a las variables de control que les afectan.

Esto no es similar a las *técnicas de exposición*. Desde nuestro punto de vista, estas técnicas son artificiales. Se entrena al sujeto a seguir luchando contra sus emociones, a través de una jerarquía de situaciones, realizando ejercicios de respiración, etc. (ver p.ej.: la guía propuesta por Echeburúa, 1993, pág. 439). Se enseña a controlar los sucesos privados, con los problemas que esto trae, como se ha visto antes. En la aceptación no se pretende nada de esto. Cuando el cliente tenga un ataque de pánico probablemente es difícil que realice las actividades entrenadas, esa es nuestra experiencia.

Para Hayes (1994), desde un contexto de la Aceptación, los objetivos en la terapia son conseguir un presente lleno de sentimientos, pensamientos y recuerdos, y cambiar los contenidos negativos funcionalmente, sin cambiarlos topográficamente. Si la persona tiene una propuesta distinta, es decir, la apertura psicológica, el pánico y demás no es visto necesariamente como un fracaso o un enemigo de sí mismo. En este contexto, los sucesos privados son cambiados funcionalmente sin cambiar su forma o su frecuencia. Cuando uno "abrazo" deliberadamente los sucesos más difíciles, ha transformado esta función de estímulo de estos sucesos que pueden causar cambio o evitación, en unos sucesos que causan observación y "apertura".

Según Dougher (1994), la aceptación tiene relevancia clínica sólo en aquellas situaciones que constituyen un *conflicto*. Es decir, situaciones donde

una conducta está bajo control de contingencias enfrentadas, donde o se evocan conductas incompatibles, o bien, a una conducta le siguen consecuencias reforzantes y aversivas. En ambos casos la conducta tiene un coste. Tomemos por ejemplo uno de los casos expuestos anteriormente. Nuestra cliente con un conflicto en aceptar que su novio la ha dejado, ya no puede hacer nada, su conducta tiene consecuencias, que según ella misma, son aversivas, está sola, se rompen todas sus esperanzas a corto plazo de llevar una vida de pareja. Si pudiera seguir con su novio su vida podría tener sentido, las consecuencias serían positivas. Pero, la vida con él no puede ser compartida, porque él no está dispuesto, aunque es lo que desea ella. Analicemos el otro caso. La cliente con una historia de intento de violación, que se siente vulnerable cada vez que sale sola a la calle, por esta razón siempre sale acompañada, pero depende de los demás y no siempre los demás están disponibles. Quiere ser independiente, para ella sería muy positivo. Pero si sale sola sufre ansiedad. En ambos casos, las situaciones suponen un conflicto.

Después de ver estos ejemplos, nos surgen algunas cuestiones relacionadas con el conflicto. Una persona no puede aceptar todo el contexto por completo, ya que evoca respuestas incompatibles, como en los ejemplos anteriores. Las conductas evocadas por las contingencias positivas (aproximación) impiden las que están evocadas por las contingencias negativas (evitación). Una persona no puede salir acompañada y sola a la vez. Ni nadie puede compartir la vida con alguien, si está sola. Así, la aceptación literalmente no significa aceptar el contexto tal cual es. Como mantiene Dougher (1994), ésta implica inevitablemente una *elección*, ya que no se puede actuar bajo contingencias opuestas. La aceptación por sí misma, no es suficiente, ni es un posible objetivo clínico. Hay que ver esto de una manera más amplia. La aceptación debe considerarse en el contexto de *otros objetivos terapéuticos*. Si no se tiene en cuenta esto, la Aceptación es un término abstracto que no tiene relevancia clínica.

## 2.2. Objetivos y Valores

Después de lo dicho, parece claro que hay que hablar de los objetivos terapéuticos para poder decidir qué aspectos del contexto deben ser aceptados y cuales no. Para Dougher (1994), el tema de los objetivos nos lleva directamente a una discusión sobre los *valores*, puesto que los objetivos se

derivan directamente de los valores. Este es un tema difícil, ya que entre otras cosas no hay una justificación para el conjunto de los valores, lo que para una persona es válido para otra no.

Vamos a usar los casos anteriores. El caso de la cliente que no sale a la calle sola, es obvio que nadie se propondría como objetivo que saliera siempre acompañada. En vez de esto, cualquier terapeuta diría que un objetivo es conseguir que salga a la calle sola, a pesar del riesgo de ser violada o de que sufra un ataque de ansiedad, puesto que para cualquier persona adulta la independencia personal está valorada de forma positiva, al contrario que la dependencia. En el otro caso, la cliente sufre porque su vida no tiene sentido, su novio la ha dejado, y su vida se desarrollaba alrededor de él. Pero todo el mundo, incluido su terapeuta, le diría que debe rehacer su vida e intentar vivir de nuevo, con posibilidades de tener otra relación. Si su relación ha sido tan traumática, ¿por qué se le aconseja nuevas relaciones sociales?. Esto es así, porque las relaciones sociales y en especial, las íntimas son valoradas como índices de salud y de bienestar psicológico.

En ambos casos, estos valores son los que nos indican qué contingencias deben o no ser aceptadas (Dougher, 1994). Pero, ¿de quién y de dónde surgen estos valores?, evidentemente tanto del cliente como del terapeuta, es decir, de la relación entre ambos.

Para Hayes y Wilson (1993), el tema de los objetivos y los valores rodea completamente toda la psicoterapia de adultos. Dentro de este contexto, se incluyen los objetivos, valores e intenciones del cliente y del terapeuta. Estos objetivos y valores hacen más coherentes los cambios específicos que tienen lugar en el trabajo entre terapeuta y cliente. La importancia de éstos es capital, ya que los valores proporcionan el contexto en el que los sucesos funcionan como estímulos reforzadores o aversivos.

Los objetivos terapéuticos se derivan del punto de vista que tenga el terapeuta sobre la salud y el bienestar, es decir, de los valores con los que está de acuerdo y que cree que facilitan la salud psicológica (Dougher, 1994). Estos valores o principios que todas las personas tenemos, no son más que un cierto tipo de conductas gobernadas por reglas, son *Pliances*, en términos técnicos son aquellas conductas que son debidas a una historia de consecuencias mediadas socialmente por una correspondencia entre el estímulo verbal antecedente y la conducta relevante (Hayes, Zettle y Rosenfarb, 1989; Zettle y Young, 1987). A este tipo de conducta gobernada por la regla, Pérez Alvarez (1996b) lo ha denominado cumplimiento u

obediencia, donde el oyente sería reforzado socialmente por seguir la regla. Los principios o valores son moldeados culturalmente y nos ajustamos a ellos. Por ejemplo, supongamos que tenemos el siguiente principio: *Ser responsable*, y más específicamente *terminar lo que se ha comenzado*. Pues bien, si nos ajustamos a este principio, finalizamos la tarea aunque de forma concurrente pongan en TV una de nuestras películas favoritas. Pero que nos comportemos de acuerdo a una regla no necesariamente significa que nosotros seamos conscientes de ella. Una cosa es seguir una regla y otra cosa es formularla verbalmente (Chase y Danforth, 1991), una cosa es comportarse de acuerdo a un valor o principio y otra, "saber" que nos comportamos porque somos responsables.

### 2.3. Bienestar Psicológico

Después de lo anterior parece claro que hay que hablar del bienestar psicológico y su relación con los valores. Actualmente gracias a los avances en el análisis de la conducta verbal, se puede hacer un análisis funcional sobre los valores y su relación con la formación de reglas y la conducta gobernada por las reglas (más información sobre conducta gobernada por la regla y reglas en general, en Hayes, 1989).

Dougher (1994) propone una lista de las características del *BIENESTAR PSICOLÓGICO*:

- Tener un compromiso con los valores.
- Estar abierto a la experiencia.
- Intimidad.
- Autenticidad/sinceridad
- Aceptación de sí mismo y de los demás.
- Generosidad.
- Productividad en el trabajo.

Probablemente no haya acuerdo entre los profesionales sobre las características de la salud psicológica. De hecho, cualquier característica supone un conflicto, ya que representa un conjunto de contingencias en competencia, y nos indica hacia dónde dirigir la Aceptación a lo largo del tratamiento. Vamos a analizar algunas de estas características propuestas:

Tener un *compromiso con los valores* según el autor, es la responsabilidad de actuar de acuerdo con los propios valores, incluso cuando hay contingencias a corto plazo para no hacerlo. Vamos a imaginar el ejemplo

que se ha expuesto anteriormente, donde uno valora positivamente terminar una tarea (responsabilidad), entonces el compromiso con este valor requiere que uno actúe de ese modo aunque haya contingencias a corto plazo contrarias, p. ej.: ver TV, salir a la calle, etc.

El estar *abierto a la experiencia*, requiere que se acepten las experiencias tal como ocurren y que no se intente hacer nada para evitarlas, controlarlas o cambiarlas, incluso cuando sean aversivas. Esta característica propuesta, en sí misma conlleva la aceptación. En conjunción con estos dos valores, la aceptación se ve como la responsabilidad de tener todas las experiencias asociadas con vivir la vida de acuerdo con nuestros propios principios.

La *intimidación* con otros supone un riesgo, ya que implica vulnerabilidad. Pensamos que las relaciones íntimas con otros hacen que podamos ser manipulados, agredidos o dañados emocionalmente. Pero si nos enfrentamos contra la vulnerabilidad interferimos directamente con la intimidad. No queda más remedio que aceptar la vulnerabilidad para poder tener una relación íntima. La mayoría de los terapeutas recomendarían relaciones íntimas con los demás como un índice de salud, aunque se sabe que esto traería problemas, ya que nos hace vulnerables.

Ser *auténtico/sincero* también representa un conflicto. Desde nuestro punto de vista, ser auténtico está en relación con ser siempre uno mismo, estar siempre ajustado a los propios principios o valores que, como se puede ver, está relacionado con la primera característica, tener un compromiso con los valores.

Ser *generosos y productivos en el trabajo*, son dos características justificables ya que promueven consecuencias sociales positivas para las personas que las persiguen.

A continuación, se analizará aceptarse a sí mismo y a los demás, puesto que son un campo donde se dirige la aceptación.

Como ya se dijo, todas estas características no son exclusivas y pueden ser discutibles. Pero está claro que todas ellas suponen un conflicto, en algunos casos tienen o representan conductas y/o consecuencias incompatibles.

#### 2.4. ¿Qué es lo que se acepta?

Según Hayes (1994) hay distintos tipos o campos de Aceptación, hablando psicológicamente. Pero en resumen se pueden quedar en tres: el campo

personal, el campo social y el situacional. Dentro del *CAMPO PERSONAL*, el autor incluye como objetivos de la aceptación: la historia personal, los sucesos privados, la conducta abierta y el yo. Quizás dentro de este campo, la aceptación de la historia personal sea una de los objetivos más saludables. Aceptar nuestra propia historia significa aceptar nuestro propio pasado, sus sucesos contradictorios y conflictivos, incluso algunas veces traumáticos. Nuestros sucesos privados a las circunstancias actuales sería otro de los objetivos en este campo importante, de la misma forma que aceptar nuestro comportamiento actual. Finalmente, aceptar el yo o autoaceptarse.

Por otro lado, en el *CAMPO SOCIAL*, se incluyen: la aceptación de los demás, de sus comportamientos, de su historia personal, de su sentido del yo, como objetivos de Aceptación.

En el *CAMPO SITUACIONAL*, hay sucesos que son oportunos de cambiar y podían ser objetivos de tratamiento, pero hay veces que las situaciones son inmodificables y no se pueden cambiar (p.ej.: la muerte, una enfermedad terrible, etc.) en este caso la aceptación es la única solución. Cuando las situaciones son cambiables, los esfuerzos se deben dirigir al cambio. Pero en algunas de estas últimas situaciones, estos objetivos son más difíciles porque requieren la aceptación de los propios sucesos privados que surgen hacia estos esfuerzos de cambio (Hayes, 1994). Imaginemos que queremos dejar de fumar, dependiendo de nuestra propia historia, tendremos que aceptar todos los sucesos privados (angustia, pensamientos contrarios, etc.) que nos surgen al esforzarnos por eliminar ese hábito.

Estos campos de aceptación no son contrarios a la idea propuesta por Dougher (1994) de que la aceptación se da ante un conflicto y requiere de una elección, ya que en cada uno de los objetivos de estos campos existe un conflicto y su aceptación va a depender de qué se elija.

## 2.5. Barreras de la aceptación

Nos gustaría preguntar siguiendo a Hayes (1994): ¿Qué es una fobia sino una forma de escapar del miedo?, ¿qué es la depresión sino una forma de evitar el daño, la ansiedad o la angustia?, o ¿qué es el abuso de drogas sino una forma de producir una emoción en vez de tener otra?.

Para este autor, las barreras de la aceptación son verbales. Intentaremos explicarlo. Estas barreras son: *dar razones, evaluar y la literalidad del lenguaje*. Como se puede recordar, coincide con lo que en un principio

denominamos la forma en la que los sucesos privados llegan a ser causas. De hecho, pensamos que ésta es una de las fuentes de no aceptación. La literalidad del lenguaje junto con dar razones y el entrenamiento en el control emocional son impedimentos para hacer posible la aceptación. Quizás sea la *Evaluación* el elemento más novedoso hasta ahora. Se refiere a la habilidad verbal para categorizar las cosas, para evaluar en términos de bueno o malo, de correcto o incorrecto. Lo que es verdad rechaza a lo que puede ser falso, lo que es correcto rechaza lo que es incorrecto, etc. Entonces, las categorías verbales pueden ser aplicadas arbitrariamente e impedir la Aceptación.

En la misma línea, Dougher (1994) mantiene que se pueden identificar tres fuentes de no aceptación. La primera es una historia de reforzamiento asociada con *los intentos de resolver los problemas*, el identificar la fuente del problema, eliminarla o modificarla. Nuestra cultura nos enseña que identificando la fuente del problema y modificándola se modifica o elimina el problema. Sin embargo, lo que ocurre es que las personas identifican las causas de sus problemas en sus propios pensamientos y sentimientos, y buscan cómo eliminarlos o cambiarlos. La segunda fuente es que desde los primeros años de vida, se enseña a los niños a que los *pensamientos y sentimientos son causas* de la conducta y razones aceptables para lo que uno hace, como ya se comentó. Dada esta historia parece bastante razonable que las personas tiendan a modificar sus sucesos privados como solución a sus problemas en la vida. Como se puede ver, está en línea con lo que propone Hayes (1994). La tercera fuente de no aceptación es la *imagen cultural de la "buena vida"*, como se muestra típicamente en los medios de comunicación. Se puede abstraer que el que "vive bien" o tiene una buena vida, disfruta de recursos y de diversiones abundantes, vive en ausencia de dudas, miedos, ira, tristeza, celos, remordimientos, etc. Es decir, una vida sin sufrimientos y repleta de placeres. Todas estas barreras hacen que el objetivo de la aceptación sea un trabajo arduo.

## 2.6. El autoconocimiento y la autoaceptación

La autoobservación es algo muy importante en el campo de la Aceptación, y en general, en el de la terapia. Es a través de la autoobservación como se llega al autoconocimiento. Este último, es un objetivo para muchas personas que se acercan a la consulta.

Como mantienen Hayes y Wilson (1993), la mayoría de las escuelas de psicoterapia no conductual enfatizan en la importancia del autoconocimiento. La terapia orientada hacia el autoconocimiento fue rechazada por las primeras tendencias en terapia de conducta pero los conductistas radicales de esa época siempre lo defendieron, como Skinner (1974).

El autoconocimiento cambia las funciones de los sucesos verbales públicos y las funciones estimulares de los sucesos relacionados. Los *pliances* como ya se vio, cambian las funciones de los sucesos, puesto que estos sucesos participan verbalmente en la regla. Y describir un evento es ponerse en contacto con las funciones estimulares del referente (Hayes y Wilson, 1993). Como en el ejemplo de "ser responsables", cambia la función reforzante de la película de la TV, manteniéndonos en nuestra tarea. Si describimos algún evento, por ejemplo algo gracioso que nos ocurrió en nuestro pasado, también sonreimos poniéndonos en contacto con las funciones de lo que ocurrió.

El autoconocimiento clínicamente hablando es un arma de dos filos. Por un lado, las personas que tienen una historia personal traumática evitan cualquier evento relacionado, como puede ser el relato detallado del hecho, ya que el autoconocimiento significa que vuelvan a estar presentes las funciones estimulares de los hechos traumáticos (Hayes y Wilson, 1993). Por ejemplo, las dos mujeres de nuestros casos, evitaban hablar de lo ocurrido, simplemente hablaban de sus sentimientos actuales pero no del sufrimiento en las situaciones traumáticas en el intento de violación o en sus problemas de relación. Pero por otro lado, llevar a la persona a reexperimentar verbalmente el trauma original puede ayudarle a extinguir las reacciones condicionadas. Las funciones de estímulo que han de extinguirse están aún presentes, por eso el autoconocimiento es tan evitado como beneficioso. Ambos efectos se basan en el mismo proceso: la transformación de las funciones estimulares. El mismo proceso que permite el autoconocimiento fomenta la autodecepción y la autoevitación (Hayes y Wilson, 1993). En los casos anteriores, las mujeres se describían o como dependientes de los demás, o como que mi vida ha dejado de tener sentido, evitaban hablar de la ansiedad, de sus emociones, etc.

## 2.7. Las Psicoterapias que usan la aceptación

Recientemente han aparecido distintas terapias conductuales que utilizan la Aceptación como una estrategia de tratamiento (ver Hayes, Jacobson, Follette y Dougher, 1994). Entre otras, la *Terapia de Pareja Conductual*



*Integrativa*, desarrollada por Christensen y Jacobson (Koerner, Jacobson y Christensen, 1994); la *Terapia Dialéctica Conductual* de Lineham (1993a, 1993b) aplicada fundamentalmente a los trastornos de Personalidad; la visión desde un punto de vista humanista/experiencial de la Terapia de parte de Greenberg (1994); incluso la defensa por parte de A. Ellis, de que *Terapia Racional Emotiva* fue de las pioneras en su uso (Ellis, 1994; Ellis y Robb, 1994).

Desde el conductismo radical han surgido varias Psicoterapias basadas en la aceptación que pretenden ser una alternativa al resto de terapias. Cabe señalar: la *Psicoterapia Analítico Funcional* (P.A.F.) propuesta por Kohlenberg y Tsai (1991); y la *Terapia de Aceptación y Compromiso* (ACT) de Hayes, McCurry, Afary y Wilson (1991, 1995). Para mas información en castellano, ver Pérez Alvarez (1996a, 1996b).

Todas estas terapias pretenden utilizar una estrategia de cambio basada en la aceptación, consiguiendo resultados más duraderos y generalizables a cualquier situación.

### 3. CONCLUSIONES

Recientemente, han surgido nuevas formas de tratamiento conductual que utilizan la Aceptación como base para el trabajo terapéutico. No se ha pretendido rechazar las técnicas de manejo de contingencias ni tampoco los procedimientos clásicos de Terapia de Conducta. Nuestro propósito ha sido exponer la Aceptación y sus características como una potente estrategia de tratamiento psicológico, como una alternativa al tratamiento de problemas emocionales graves y donde el terapeuta no tiene el control directo sobre las variables que afectan al problema.

Se ha visto que existen varias terapias centradas en la Aceptación, aunque algunas de ellas tienen ya extensos manuales de uso (Kohlenberg y Tsai, 1991; Lineham, 1993a; 1993b), otras están comenzado a ser expuestas (Greenberg, 1994; Koerner, Jacobson y Christensen, 1994). Pero lo que sí nos parece interesante, es analizar la efectividad de todas ellas, tanto en los trastornos en los que ya se aplican como en otros nuevos.

Otra línea de investigación que ya se ha comenzado, ha sido comparar distintos tipos de terapias de conducta con las terapias basadas en la Aceptación. Dentro de esta línea están los trabajos de Zettle y Hayes (1987), donde se estudian los componentes de la Reestructuración Cognitiva com-

parándolos con el Distanciamiento Comprensivo (así se llamó en un principio a la Terapia de Aceptación y Compromiso, ACT) y con tareas para la casa. Un trabajo anterior de estos autores (Zettle y Hayes, 1986) analiza las diferencias en efectividad de ambas terapias. También Zettle y Rains (1989) compararon la Terapia Cognitiva de Beck con el Distanciamiento Comprensivo en sujetos depresivos. O el trabajo de Kohlenberg y Tsai (1994), donde se intentó comprobar la efectividad de la Psicoterapia Analítico Funcional frente a la Terapia Cognitiva de Beck en un caso de depresión. También a nivel teórico, se han analizado las semejanzas y diferencias entre las Terapias de Conducta Cognitivas y las basadas en la aceptación (Wilson, Hayes y Gifford, 1997). Incluso se han analizado desde esta visión conceptos cognitivos (Dougher, 1997).

Por otro lado, en un monográfico sobre formas alternativas al sistema DSM-IV, y dentro de esta manera de hacer psicoterapia, Hayes, Wilson Gifford, Follette y Strosahl (1996) han propuesto la Evitación Experiencial como una dimensión diagnóstica funcional y descrito distintos trastornos conductuales y su forma de terapia dentro de esta orientación. También en esta línea, Wulfert, Greenway y Dougher (1996) proponen al Análisis Funcional Lógico como alternativa al diagnóstico tradicional, analizando las semejanzas funcionales entre un caso de alcoholismo y otro de pedofilia, topográficamente muy diferentes. Dentro de este mismo monográfico se describe la aplicación de la Psicoterapia Analítico Funcional en los Desórdenes de Personalidad (Koerner, Kohlenberg y Parker, 1996).

Hay que ampliar el conocimiento que se posee sobre la aceptación. Como menciona Zettle (1994), es necesario analizar cuáles son las variables que controlan el moldeamiento y el mantenimiento de la aceptación. ¿Cómo se promueve la aceptación y cómo se mantiene la misma?. E investigar desde la Conducta Verbal, tanto las barreras como los promotores de la aceptación. Parece obvia la necesidad de hacer un análisis tanto experimental como aplicado de las variables de las cuales la aceptación es función (Zettle, 1994).

## BIBLIOGRAFÍA

- Cordova, J. y Kohlenberg, R. J. (1994). Acceptance and the Therapeutic Relationship. En S.C. Hayes; N.S. Jacobson; V.M. Follette y M.J. Dougher (Eds.). *Acceptance and Change: Content and Context in Psychotherapy*. Reno: Context Press.

- Chase, P.N. y Danforth, J.S. (1991). The role of rules in concept learning. En L.J. Hayes y P.N. Chase (eds.). *Dialogues on Verbal Behavior*. Reno: Context Press.
- Dougher, M.J. (1993). On the Advantages and Implications of a Radical Behavioral Treatment of Private Events. *The Behavior Therapist*, 16, 204-206.
- Dougher, M.J. (1994). The Act of Acceptance. En S.C. Hayes; N.S. Jacobson; V.M. Follette y M.J. Dougher (Eds.). *Acceptance and Change: Content and Context in Psychotherapy*. Reno: Context Press.
- Dougher, M.J. (1997). Cognitive concepts, Behavior Analysis, and Behavior Therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 28, 65-70.
- Echeburúa, E. y De Corral, P. (1993). Técnicas de exposición: variantes y aplicaciones. En F.J. Labrador; J.A. Cruzado y M. Muñoz (Eds.). *Manual de técnicas de Modificación y Terapia de Conducta*. Madrid: Pirámide.
- Ellis, A. (1994). Radical Behavioral Treatment of private events: a response to Michael Dougher. *The Behavior Therapist*, 17, 219-221.
- Ellis, A. y Robb, H. (1994). Acceptance in Rational-Emotive Therapy. En S.C. Hayes; N.S. Jacobson; V.M. Follette y M.J. Dougher (Eds.). *Acceptance and Change: Content and Context in Psychotherapy*. Reno: Context Press.
- Fuentes Ortega, J.B. (1992). Conductismo Radical vs. Conductismo Metodológico: ¿qué es lo radical del conductismo radical?. En J. Gil; M.C. Luciano y M. Pérez (eds.). *Vigencia de la obra de Skinner*. Granada: Universidad de Granada.
- Greenberg, L. (1994) Acceptance in Experiential Therapy. En S.C. Hayes; N.S. Jacobson; V.M. Follette y M.J. Dougher (Eds.). *Acceptance and Change: Content and Context in Psychotherapy*. Reno: Context Press.
- Hayes, S.C. (1989). *Rule-governed behavior. Cognition, contingences and instructional control*. New York: Plenum Press.
- Hayes, S.C. (1994). Content, Context and the Types of Psychological Acceptance. En S.C. Hayes; N.S. Jacobson; V.M. Follette y M.J. Dougher (Eds.). *Acceptance and Change: Content and Context in Psychotherapy*. Reno: Context Press.
- Hayes, S.C.; Jacobson, N.S.; Follette, V.M. y Dougher, M.J. (1994). *Acceptance and Change: Content and Context in Psychotherapy*. Reno: Context Press.
- Hayes, S.C.; McCurry, S.M.; Afari, N. y Wilson, K. (1991). *Acceptance and Commitment Therapy (ACT). A therapy manual for the treatment of emotional avoidance*. (Mimeografiado).Reno: Context Press.
- Hayes, S.C.; McCurry, S.M.; Afari N. y Wilson, K. (1995). *Acceptance and Commitment Therapy (ACT). A Working Manual for the treatment of emotional avoidance Disorders*. (Mimeografiado). Reno: Context Press.
- Hayes, S.C. y Wilson, K. G. (1993). Some applied implication of a contemporary behavior-analytic account of verbal events. *The Behavior Analyst*, 16, 283-301.
- Hayes, S.C. y Wilson, K. G. (1994). Acceptance and Commitment Therapy: Altering the verbal Support for Experiential Avoidance. *The Behavior Analyst*, 17, 289-303.

- Hayes, S.C.; Wilson, K.G.; Gifford, E.V.; Follette, V.M. y Strosahl, K. (1996). Experiential Avoidance and Behavioral Disorders: A Functional Dimensional Approach to Diagnosis and Treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.
- Hayes, S.C.; Zettle, R.D. y Rosenfarb, I. (1989). Rule-Following. En S.C. Hayes (ed.) *Rule-Governed Behavior. Cognition, Contingences, and Instructional Control*. New York: Plenum Press.
- Koerner, K.; Jacobson, N.S. y Christensen, A. (1994) Emotional Acceptance in Integrative Behavioral Couple Therapy. En S.C. Hayes; N.S. Jacobson; V.M. Follette y M.J. Dougher (Eds.). *Acceptance and Change: Content and Context in Psychotherapy*. Reno: Context Press.
- Koerner, K.; Kohlenberg, R.J. y Parker, R. (1996). Diagnosis of Personality Disorder: A Radical Behavioral Alternative. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1169-1176.
- Kohlenberg, R.J.; Hayes, S.C. y Tsai, M. (1993). Radical Behavioral Psychotherapy: Two contemporary examples. *Clinical Psychology Review*, 13, 579-592.
- Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. (1991). *Functional Analytic Psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationship*. New York: Plenum Press.
- Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. (1994). Improving cognitive therapy for depression with functional analytic psychotherapy: Theory and case study. *The Behavior Analyst*, 17, 305-319.
- Kohlenberg, R.J.; Tsai, M. y Dougher, M.J. (1993). The dimensions of Clinical Behavior Analysis. *The Behavior Analyst*, 16, 271-282.
- Lineham, M.M. (1993a). *Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorders: The dialectics of effective treatment*. New York: Guilford.
- Lineham, M.M. (1993b). *Skills Training Manual for Treatment of Borderline Personality Disorders*. New York: Guilford.
- Pérez Alvarez, M. (1996a). *La Psicoterapia desde el punto de vista Conductista*. Madrid: Ed. Biblioteca Nueva.
- Pérez Alvarez, M. (1996b). *Tratamientos Psicológicos*. Madrid: Ed. Universitas, S.A.
- Skinner, B.F. (1953/1970). *Ciencia y Conducta Humana*. Barcelona: Ed. Fontanella.
- Skinner, B.F. (1957/1981). *Conducta Verbal*. México: Ed. Trillas.
- Skinner, B.F. (1974/1975). *Sobre el Conductismo*. Barcelona: Fontanella.
- Valero, L. y Luciano, M.C. (1992). Relaciones de equivalencia: una síntesis teórica y los datos empíricos a nivel básico y aplicado. *Psicothema*, 4, 413-428.
- Valero, L. y Luciano, M.C. (1996). Lectura de palabras sencillas en dos idiomas: una aplicación de las relaciones de equivalencia. *Iberpsicología*, 1, 1-13.
- Wilson, K.G.; Hayes, S.C. y Gifford, E.V. (1997). Cognition in Behavior Therapy: Agreements and differences. *Journal Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 28, 53-63.

- Wulfert, E.; Greenway, D.E. y Dougher, M.J. (1996). A Logical Functional Analysis of Reinforcement-Based Disorders: Alcoholism and Pedophilia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1140-1151.
- Zettle, R.D. (1994). On the use of Acceptable Language. En S.C. Hayes; N.S. Jacobson; V.M. Follette y M.J. Dougher (Eds.). *Acceptance and Change: Content and Context in Psychotherapy*. Reno: Context Press.
- Zettle R.D. y Hayes, S.C. (1986). Dysfunctional Control by Client Verbal Behavior: The Context of Reason-Giving. *The Analysis of Verbal Behavior*, 4, 30-38.
- Zettle, R.D. y Hayes, S.C. (1987). Component and Process Analysis of Cognitive Therapy. *Psychological Reports*, 61, 939-953.
- Zettle, R.D. y Raines, J.C. (1989). Group cognitive and contextual therapies in treatment of depression. *Journal of Clinical Psychology*, 45, 438-445.
- Zettle, R.D. y Young, M.J. (1987). Rule-following and human operant responding: Conceptual and Methodological considerations. *The Analysis of Verbal Behavior*, 5, 3-9.