

Un estudio del dolor en el marco de la conducta verbal: de las aportaciones de W. E. Fordyce a la Teoría del Marco Relacional (RFT)

Olga Gutiérrez Martínez¹ (*Universidad de Granada, España*) y
Carmen Luciano Soriano (*Universidad de Almería, España*)

(Recibido 20 de diciembre 2004/ Received December 20, 2004)

(Aceptado 25 de abril 2005 / Accepted April 25, 2005)

RESUMEN. En este estudio teórico se presenta una aproximación al análisis de los eventos privados en general y del dolor en particular desde una perspectiva funcional-contextual bajo las aportaciones recientes de la conducta verbal, las relaciones arbitrarias entre eventos y la derivación de funciones psicológicas. Se hace una revisión de cómo los analistas de conducta han abordado el estudio del dolor como factor de control de otros comportamientos y, partiendo de la integración de estas aportaciones con los recientes avances del análisis de la conducta verbal, se propone la Teoría del Marco Relacional (RFT) como formulación mejor articulada a la hora de ofrecer una explicación contextual del dolor. A raíz de la investigación en marcos relacionales y regulación verbal, se describe un novedoso planteamiento de los problemas clínicos de dolor como formas del trastorno de evitación experiencial (TEE) que supone una aproximación a la psico(pato)logía más parsimoniosa que la tradicional basada en la clasificación sindrómica. Además, son examinados los avances terapéuticos que se han derivado de esta concepción verbal-relacional de los problemas psicológicos, presentándose la terapia de aceptación y compromiso (ACT) como un sistema terapéutico dirigido a alterar las clases de regulación verbal inefectivas y favorecer actuaciones ajustadas a los valores personales.

PALABRAS CLAVE. Dolor. Teoría del Marco Relacional (RFT). Evitación experiencial (TEE). Terapia de aceptación y compromiso (ACT). Estudio teórico.

¹ Correspondencia: Facultad de Psicología. Universidad de Granada. 18071 Granada (España). E-Mail: olgaguti@ugr.es

ABSTRACT. The current theoretical study provides an overview of the contextual-functional approaches to private events in general and to pain in particular, making use of the recent research in verbal behaviour, behaviour-behaviour relations and derivation of psychological functions. Classical behaviour-analytic conceptualizations of pain experiences as private events that exert discriminative control over subsequent behaviours are examined, as well as recent developments in basic, applied and conceptual analyses that extend this pain view. The current paper focuses on a RFT (Relational Frame Theory) interpretation of the way that pain participates in complex behavioural episodes for verbal organisms. Further, basic RFT and rule-governed behavior studies are beginning to show how such verbal processes operate in clinically significant areas and how the functional dimension of experiential avoidance (EA) has the potential to integrate the clinical domains related to pain problems. Because the clinical relevance of any psychological perspective is related to the degree to which it guides effective treatments, acceptance and commitment therapy (ACT), as therapeutic approach that uses a relational-verbal account of private events, will be sketched.

KEYWORDS. Pain. Relational Frame Theory (RFT). Experiential Avoidance (EA). Acceptance and Commitment Therapy (ACT). Theoretical study.

RESUMO. Neste estudo teórico apresenta-se uma aproximação à análise dos acontecimentos privados em geral e da dor em particular, partindo de uma perspectiva funcional-contextual sob as contribuições recentes do comportamento verbal, as relações arbitrárias entre acontecimentos e a derivação de funções psicológicas. Faz-se uma revisão de como os analistas de comportamento têm abordado o estudo da dor como factor de controlo de outros comportamentos e, partindo da integração destas contribuições com análises recentes do comportamento verbal, propõe-se a Teoria do Marco Relacional (RFT) como a formulação melhor articulada para oferecer uma explicação contextual da dor. Na base da investigação em marcos relacionais e regulação verbal, mostra-se como tais processos verbais operam em áreas clinicamente significativas e como a dimensão funcional do evitamento experiencial tem potencial para integrar os domínios clínicos relacionados com problemas de dor. Atendendo a que a relevância clínica de qualquer perspectiva psicológica está relacionada com o grau em que orienta um tratamento efectivo, apresenta-se a terapia de aceitação e compromisso (ACT) como um sistema terapêutico dirigido a alterar as formas de regulação verbal ineficazes e a favorecer acções ajustadas aos valores pessoais.

PALAVRAS CHAVE. Dor. Teoria do Marco Relacional (RFT). Evitamento experiencial (TEE). Terapia de aceitação e compromisso (ACT). Estudo teórico.

Introducción

El interés de la Psicología por el estudio del dolor parte de la variabilidad de significados que pueden tener las experiencias dolorosas en términos de lo que se siente, de lo que se piensa y de las acciones que se emprenden ante lo que, aparentemente, puede ser entendido como el mismo hecho, ya sea determinada alteración orgánica o cualquier otra circunstancia que se vive diferencialmente entre unas personas y

otras, e incluso en la misma persona, en diferentes momentos (véase, por ejemplo, Soucase Lozano, Soriano Pastor y Monsalve Dolz, 2005; Vinaccia, Cadena, Juárez, Contreras y Anaya, 2004; Vinaccia, Contreras, Restrepo Londoño, Cadena y Anaya, 2005). Frente a la tradición biomédica que ha abordado el estudio del dolor a título de indicador de condiciones subyacentes (cerebrales, psíquicas o cognitivas), autores de distintas corrientes han reivindicado el estudio del dolor por derecho propio. Por ejemplo, se encuentran los planteamientos de Foucault (1973), Illich (1976), Morris (1998), Sullivan (1995, 2001) o Szasz (1988), quienes sitúan el dolor como un comportamiento en un plano socio-cultural e interpersonal o, en definitiva, en términos de fin o función. Estos autores coinciden en explicar la formación de la experiencia subjetiva denominada dolor en las prácticas sociales de una comunidad y, en concreto, en ciertas prácticas del lenguaje. El mismo tipo de análisis se ha propuesto con respecto al lenguaje de los profesionales y al dolor concebido como problema clínico, de modo que más que aceptar sin cuestionar que la terminología usual referida al dolor (por ejemplo, dolor orgánico *vs.* dolor psicógeno) se corresponda linealmente con una realidad, se trataría de verla como prácticas sociales o juegos lingüísticos específicos (aplicando explícitamente los planteamientos filosóficos de Wittgenstein, 1988). Desde estas formulaciones “anti-medicalizadoras” del dolor se sostiene que, aun cuando éste se convierta en un problema o disfunción para la persona, en ello mismo estarían otras funciones que el ambiente social proporciona por razones culturales bien asentadas, aunque no necesariamente las más apropiadas para que la persona viva el dolor de un modo natural.

Si bien existe acuerdo en que las variables socio-culturales deben ser necesariamente contempladas en un acercamiento psicológico al estudio del dolor, el tipo de análisis propuesto por los anteriores autores es difícil de trasladar a preparaciones experimentales concretas. Parte de esta dificultad, vendría dada, siguiendo a Hayes (1993), por su adscripción a una estrategia meta-científica propia de un contextualismo descriptivo, cuyo objetivo está centrado en dar explicaciones que reconstruyan los hechos de interés tomando las variables implicadas como un todo. Este objetivo, si bien permite un análisis histórico del concepto de dolor, resulta limitado a la hora de realizar un análisis experimental de este u otro comportamiento, pues no permite aislar las variables contextuales que se deben manipular para influir o cambiar el fenómeno de estudio.

Una estrategia meta-científica distinta que también se centra en el papel de las variables socio-verbales en la determinación del comportamiento, pero desde un horizonte de análisis diferente, es el contextualismo funcional. Esta estrategia adopta como criterio científico de verdad un criterio pragmático, de modo que se busca establecer explicaciones que faciliten la consecución de los objetivos científicos de predicción y, sobre todo, de cambio o influencia sobre las respuestas genéricamente denominadas “dolor”. Aunque los objetivos fundamentales de la explicación científica en el análisis clásico del comportamiento (Baer, Wolf y Risley, 1968; Bijou, 1976; Skinner, 1977) son también la predicción y el control de los fenómenos bajo estudio, se puede decir que estos términos alcanzan un significado más específico en el marco del contextualismo funcional, en tanto que se realiza el objetivo pragmático de que “las cosas funcionen” (Biglan y Hayes, 1996).

En este estudio teórico (Montero y León, 2005) vamos a limitar nuestro análisis a esa segunda variedad del contextualismo funcional, contemplando el control de las contingencias directas, al tiempo que la derivación de funciones verbales, como esquema de estudio de las experiencias de dolor. Ya se adelanta que lo que sigue ahora son sólo los trazos que configurarían un replanteamiento contextual-funcional del dolor, pues condensar la riqueza de contenido de esta perspectiva y su conexión con las aproximaciones conductuales más clásicas centradas en el control directo de las contingencias, requeriría un nivel de elaboración y extensión que se aleja de la aportación de este trabajo. En un primer apartado se van a resumir las principales asunciones filosóficas del contextualismo funcional y algunas de sus derivaciones generales para el estudio del dolor y de otros eventos privados. En el segundo apartado serán examinadas las principales aportaciones teóricas y empíricas específicas que se han generado desde este marco al estudio del dolor como factor de control de otros comportamientos y se propondrá la Teoría del Marco Relacional (RFT) como formulación mejor articulada y con un bagaje empírico suficiente para ofrecer una explicación contextual del dolor más integrada. Partiendo de los hallazgos de las líneas de investigación de la RFT, se propondrá una novedosa formulación de los problemas clínicos de dolor como formas de lo que se ha dado en llamar trastorno de evitación experiencial (TEE) que, cómo se defenderá a lo largo del tercer apartado, supone una aproximación a la psico(patología) más parsimoniosa que la tradicional basada en la clasificación sindrómica. Finalmente, en el cuarto apartado se examinarán los avances terapéuticos que se han derivado de la concepción verbal-relacional de los problemas psicológicos en general y del dolor en particular, presentándose la terapia de aceptación y compromiso (ACT) como sistema terapéutico que altera las clases de regulación verbal inefectivas y favorece las actuaciones ajustadas a los valores personales (Luciano y Hayes, 2001).

El dolor como un “evento radicalmente contextual”: algunas asunciones generales

Desde una perspectiva funcional-contextual, el dolor se entiende como actividad del organismo, como un todo indivisible en su contexto, es decir, como producto de una interrelación única entre sus condiciones biológicas y ambientales, de modo que ninguna de ellas por separado puede dar razón del mismo. Esto implica que las variables biológicas ni son las únicas responsables del dolor, ni su función es invariable, sino que su participación en la determinación de las reacciones psicológicas se entenderá en el contexto de la historia interactiva individual. Y dado el cúmulo de interacciones factibles, la variabilidad entre individuos (así como intra-individuo) está garantizada, tan pronto cambien cualquiera de las circunstancias que produzcan funciones diferentes según la historia personal. Podría ocurrir que el principal factor de control de una conducta de dolor sea orgánico, por ejemplo, un dolor de estómago provocado por una intoxicación. El caso opuesto sería el de un paciente que se queja y cuya exploración médica no evidencia lesión o la que se encuentra es, a todas luces, insuficiente. Tanto en un caso como en otro, se trata de un conjunto contextualizado de interacciones, por lo que no procede hablar, como se hace en muchos textos especializados, de dolor

“real” en contraposición a “imaginario”, con un razonamiento análogo al que considera real sólo el llanto que es producido por irritantes en la conjuntiva o la risa producida por cosquillas (ejemplos tomados de Penzo, 1989). Las diferencias entre el denominado “dolor real” y el “dolor imaginario” se refieren exclusivamente a una cuestión de control ambiental; en definitiva, a qué variables del mundo (dentro o fuera de la piel) (Skinner, 1977) han adquirido el control de las respuestas que, en una comunidad determinada, se llaman dolor.

Partir de estas consideraciones implica que no cabría dar una explicación reduccionista del dolor -ya sea en términos biologicistas o situacionistas-, sino explicaciones parciales de las diferentes conductas de dolor, entendidas como productos de las funciones que en el presente se actualizan por la historia individual. Si se parte además de que conducta es todo lo que hace el organismo integrado con sus condiciones ambientales (intero, propio o exteroceptivas -incluyendo aquéllas entendidas como estímulos sociales-), todos los fenómenos psicológicos que abarca el constructo de dolor (por ejemplo, pensamientos, sensaciones, sentimientos), al caer dentro de esta definición, son vistos como ejemplos de conducta, aunque la complejidad de cada fenómeno encierre diferentes tipos de interacciones. Nótese que el criterio de definición no se basa en la accesibilidad de un observador externo al objeto de estudio, de modo que se consideran conductas tanto las reacciones visibles o manifiestas de dolor (respuestas de evitación, quejas, expresiones faciales, etc.), tradicionalmente consideradas conductas de dolor, como las reacciones privadas de dolor (sensaciones, pensamientos catastrofistas, creencias de incontrollabilidad, etc.), a diferencia de otros enfoques que identifican a estas últimas con constructos hipotéticos, cuyo estatus ontológico, aunque no se suele especificar, está implícito como algo diferente a lo físico y se hace equivalente a lo mental (Macquordale y Meehl, 1948). Así, desde una perspectiva funcional, las diferentes dimensiones del dolor (aspectos sensoriales, cognitivos y afectivos) serán consideradas como divisiones arbitrarias que pueden facilitar su estudio, pero que no prejuzgan ni la existencia de variables de naturaleza diferente, ni que unos comportamientos sean la causa de los otros. Antes bien, se han de aislar las condiciones que durante la socialización llegan a establecer clases funcionales de relaciones arbitrarias entre unos comportamientos (a veces privados) y otros (Hayes y Brownstein, 1986; Luciano y Hayes, 2001). Esta posición proviene directamente de asumir como objetivos científicos la predicción y el cambio (o la influencia) de los fenómenos de estudio, de modo que aunque las explicaciones psicológicas centradas en la relación entre una conducta y otra (por ejemplo, los recientes modelos de la ansiedad y el miedo al dolor como variables responsables de las respuestas de evitación [Lethem, Slade, Troup y Bentley, 1983; Waddell, Newton, Henderson, Somerville y Main, 1993]) se consideren relevantes, se sostiene que el análisis científico debe ir más allá hasta conocer las variables contextuales que mantienen esas relaciones conducta-conducta y, en consecuencia, ofrecer explicaciones que permitan manipulaciones efectivas con respecto a las mismas.

En resumen, el análisis psicológico del dolor, desde una perspectiva funcional-contextual, requiere que nos aproximemos al dolor como un fenómeno conductual, que lo veamos como una clase de interacción entre organismos enteros (no cerebros o receptores sensoriales) y sus contextos históricos y presentes, y que evaluemos la legiti-

dad de sus explicaciones por el grado en el cual permitan acciones efectivas, aumentando nuestra capacidad de predicción y, sobre todo, de influencia o control.

Conceptuaciones específicas acerca del dolor como factor de control de otros comportamientos

Desde una perspectiva contextual-funcional, la explicación del papel que pueden tener determinadas experiencias dolorosas sobre otros comportamientos (abuso de analgésicos, inactividad, aislamiento social, etc.) se busca en las circunstancias, históricas y presentes, en las que ocurren esas relaciones conducta-conducta (Bijou, 1976; Hayes y Brownstein, 1986). La discriminación de una estimulación dolorosa puede ser la ocasión para otros comportamientos, pero esta relación funcional entre conductas es asumida como un producto de distintas historias de reforzamiento por la correspondencia entre sendos comportamientos. Cómo veremos a continuación, los primeros analistas de conducta que teorizaron sobre el papel del dolor sobre otras conductas, públicas o privadas, se centraron en el concepto de control discriminativo propuesto por Skinner (1975b). Más adelante se expondrá cómo los recientes avances en la investigación de la conducta verbal y la derivación de funciones psicológicas han permitido completar esas formulaciones iniciales con la conceptualización del dolor como un evento, en parte, construido verbalmente (Hayes, 1991; Luciano, Visdómine, Gutiérrez y Montesinos, 2001).

El dolor como estímulo discriminativo: aportaciones de Schoenfeld (1980) y de Fordyce (1976)

Schoenfeld (1980) aborda el estudio del dolor como una discriminación compleja socialmente construida que viene demandada por ciertas situaciones específicas. El autor plantea la perspectiva de la construcción en su sentido práctico-efectivo, que no constructivista mental, excusando con ello la inferencia de una supuesta "interioridad psíquica". De acuerdo con este esquema funcional, Schoenfeld (1980) plantea que la discriminación del dolor empieza en el momento mismo en que el niño es atendido por sus cuidadores y continúa en un largo proceso de interacción social. El autor nos remite a las prácticas constitutivas de la experiencia subjetiva descritas por Skinner en su clásico trabajo de 1945 titulado "El análisis operacional de los términos psicológicos" (Skinner, 1975a), a saber, acompañamiento público de la estimulación privada, respuestas colaterales a las contingencias privadas, extensión metafórica y determinación contextual.

Además de estas aportaciones conceptuales sobre la conformación de las experiencias de dolor en el niño que es socializado en una comunidad verbal concreta, los principios del análisis de conducta también se extendieron a la explicación de la cronificación de los cuadros de dolor clínico. A raíz del éxito que Fordyce (1976) obtuvo con las aplicaciones derivadas del paradigma de condicionamiento operante, bajo la forma de terapia y modificación de conducta, en el tratamiento de cuadros de dolor crónico refractarios a las intervenciones convencionales, este autor propuso un análisis teórico sobre las interacciones "defectuosas" que, mantenidas de forma con-

tinuada, llevarían a que el dolor se convirtiera en un estímulo discriminativo de ciertas respuestas desadaptativas que, a largo plazo, limitarían la vida de los pacientes. Fordyce (1976) organiza en tres tipos las interacciones de aprendizaje que resultarían en la formación y el mantenimiento de esas secuencias conductuales características de los cuadros de dolor crónico: a) interacciones sociales en las que se refuerza, inadvertida o deliberadamente a través de atención, pagas, bajas laborales, etc., las aproximaciones a las conductas de dolor; b) afianzamiento de las conductas de dolor como producto de una historia de evitación de condiciones somáticas, emocionales o interpersonales con un contenido altamente aversivo; c) escasas oportunidades para potenciar conductas adaptativas en ambientes de sobreprotección excesiva y dónde se disponen unas condiciones altamente limitantes por miedo a causar más daños al paciente. Cuando esas interacciones se acumulan en el tiempo, el repertorio de conductas de dolor comienza a ser el más frecuente y, a la larga, puede llevar a actuar funcionalmente como una condición altamente limitante. Fordyce (1976, 1988) insiste que esas interacciones se derivan de las creencias del contexto social dominante (mantenidas, en último término, por contingencias económicas) que “venden” el dolor de acuerdo con un modelo de enfermedad o basado en el síntoma. Al interpretarse el dolor como una señal de alarma que indica la existencia de un proceso o estructura patológica subyacente, progresivamente se va moldeando un conjunto de conductas de dolor hasta el punto que tales conductas llegan a castigar los ulteriores intentos de la familia y de otros cuidadores de fomentar otras acciones más adaptativas, en una profecía que termina cumpliéndose a sí misma (Fordyce, 1976).

El dolor como evento verbal: las aportaciones de la RFT

Si bien la concepción del dolor como discriminación operante permitió liberar las explicaciones sobre el dolor de constructos mecanicistas y, en el área clínica, redundó en estrategias de intervención y de prevención altamente eficaces, también se puso de manifiesto que este análisis resultaba insuficiente para dar razón de reacciones psicológicas derivadas, novedosas o indirectas observadas en muchos pacientes. Por ejemplo, era difícil explicar que un paciente con una historia de dolor músculo-esquelético renunciase a participar en una actividad desarrollada en una situación totalmente novedosa, en la que la persona nunca hubiera experimentado una estimulación aversiva directa y que tampoco se pareciera a otras donde sí hubiera ocurrido esa contingencia. Tampoco se disponía de una explicación satisfactoria para el hecho de que una interacción clínica dónde el terapeuta planteara una metáfora² en relación con los intentos inefectivos del cliente dirigidos a eliminar el dolor pudiera facilitarle la realización de acciones ajustadas a un objetivo personal valioso a largo plazo, aun cuando las consecuencias inmediatas de esas acciones implicasen la exacerbación del dolor (Luciano *et al.*, 2001). Sería, por tanto, la formulación de los eventos privados en general y del dolor en

² Por ejemplo, “quizás tu relación con el dolor es como si tu vida fuera un jardín y estuvieras siempre cortando las malas hierbas..., intentando acabar con las malas hierbas para poder cuidar otras plantas del jardín..., pero al final, ¿cómo está tu jardín?” (Luciano y Cabello, 2001).

particular en términos de simples operantes discriminadas una conceptualización no tanto incorrecta, como sí incompleta, al no analizar el amplio rango de relaciones de control existentes entre unos comportamientos y otros, ni la conducta verbal que los relaciona, ni la historia necesaria para ello en virtud de ciertas contingencias directas y derivadas. La *Relational Frame Theory (RFT)* o teoría del marco relacional (Hayes, 1991, 1994; Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001) se ha perfilado como una alternativa contextual que ofrece cobertura conceptual y apoyo empírico a este tipo de fenómenos conductuales complejos, ofreciendo una novedosa aproximación al papel que tienen las variables cognitivas en la determinación de otros comportamientos, no ya como supuestas entidades intra-psíquicas con valor causal, sino trazando su valor funcional a través del impacto que ejerce la comunidad verbal fundamentalmente en los repertorios que definen el auto-conocimiento (Bolling, Kohlenberg y Parker, 2000; Luciano, 1993; Luciano, Barnes-Holmes y Barnes-Holmes, 2002; Luciano y Gil Roales-Nieto, 1996; Wilson y Hayes, 2000; Wilson y Luciano, 2002b).

De acuerdo a la RFT, la conducta verbal es bidireccional, combinatoria y aplicada arbitrariamente (Ver Hayes *et al.*, 2001, para una revisión extensa de la literatura que apoya estos supuestos; en castellano, ver Wilson y Luciano, 2002a). Cuando un humano interactúa simbólicamente con un evento, las funciones del referente estarían parcialmente presentes en el símbolo y viceversa y, a su vez, bajo ciertas claves contextuales, esas funciones pueden extenderse a otros estímulos por su participación en redes de relaciones arbitrarias establecidas entre ellos. Debido a la naturaleza bidireccional del lenguaje, muchas de las reacciones al propio comportamiento se basan en funciones indirectas de estímulo que son derivadas a través de las relaciones entre palabras, acciones, objetos, etc. Este hecho es precisamente el que haría que el auto-conocimiento resulte en conductas adaptativas y útiles en numerosas condiciones, pero también que pueda generar grandes dosis de sufrimiento.

Centrados en el análisis del dolor, se sostendrá que, de acuerdo a las propiedades verbales de bidirección, combinación y transformación de funciones, una experiencia dolorosa no es simplemente la discriminación de un estado corporal, sino que consiste en una amplia colección de eventos relacionados verbalmente. Así, cuando una persona discrimina, por ejemplo, un dolor de espalda, se resalta que esa discriminación resultaría transformada por las formulaciones socialmente adquiridas en una comunidad verbal concreta acerca de lo que es un dolor, lo que es normal y anormal, lo que significa “tenerlo” de cara a la actividad diaria y a la vida en general (incapacidad, invalidez, enfermedad, agravamiento, muerte, etc.). De esta manera, según los marcos de relación entre eventos, las funciones de cualquier evento en relación más o menos remota con una estimulación dolorosa, dentro de un contexto verbal determinado, pueden derivarse a otros eventos que se “vivirán” también como dolorosos. Ello explicaría, por ejemplo, que los recuerdos sobre un dolor pasado o las preocupaciones por padecer un dolor en el futuro, que caracterizan los patrones catastrofistas frecuentemente observados en los cuadros de dolor crónico, tengan ellos mismos funciones aversivas, de modo que, ante esos pensamientos, el paciente sienta como si el dolor estuviera presente (y realmente lo está, aunque psicológica o simbólicamente). En definitiva, desde la RFT sería sostenible que una persona hiciera “importantes renunciaciones por el temor a las

consecuencias que tendría el agravamiento de su dolor” sin que realmente nunca haya experimentado “un agravamiento del dolor, ni sus consecuencias” (Forsyth, 2000). Sería la mediación del lenguaje la que termina dando a los eventos psicológicos la realidad que no tienen, de modo que lo que limita la vida de las pacientes no es el dolor en sí, sino la tendencia a reaccionar ante el dolor como si fuera una barrera literal, cuya eliminación o cambio se impone como solución lógica y necesaria para actuar en dirección a lo que importa en la vida. En el siguiente apartado se desarrolla con más detalle esta visión de los problemas de dolor como trastorno de evitación experiencial (TEE) y su naturaleza verbal.

El dolor como trastorno de evitación experiencial (TEE)

En diversos momentos (Geiser, 1992; Gutiérrez, 2003; Hayes *et al.*, 1999; Luciano *et al.*, 2001) se ha propuesto una reconceptuación de los comportamientos agrupados en la categoría diagnóstica de trastorno por dolor (DSM-IV) (American Psychiatric Association, 1994) como formas de lo que se ha dado en conocer trastorno de evitación experiencial (TEE) (Hayes, Wilson, Gifford, Follette y Strosahl, 1996; Luciano y Hayes, 2001). Se habla de TEE cuando una persona no está dispuesta a establecer contacto con sus experiencias privadas (los estados o sensaciones de su cuerpo, sus pensamientos, sus recuerdos, etc.) y se comporta deliberadamente para alterar, tanto la forma o frecuencia de tales experiencias, como las condiciones que las generan (Hayes *et al.*, 1996). Aunque este patrón comportamental es aparentemente efectivo a corto plazo (por cuanto consigue reducir o eliminar temporalmente una experiencia que genera malestar), si se convierte en crónico, llega a producir una limitación en la vida de la persona (Luciano y Hayes, 2001). Según esta propuesta, aunque las personas con un trastorno por dolor pueden mostrar múltiples trastornos en circunstancias diversas (quejas, inactividad física y social, excesivo uso de analgésicos y psicofármacos, alteraciones emocionales, dificultades en las relaciones sexuales, etc.), la mayor parte de esos comportamientos tendrían como propósito evitar las experiencias de dolor, tanto las sensaciones corporales concretas, como los pensamientos, sentimientos y recuerdos asociados a las mismas, a pesar del costo que ello supone en términos de inutilidad y alteración de la vida a largo plazo. Inutilidad, en efecto, por cuanto ante la presencia de la estimulación dolorosa u otra función verbal aversiva, la persona intentará aplacar tal función, para lo cual hará lo que socialmente se potencia como la solución correcta cuando uno se siente mal, a saber, descansar, intentar distraerse, pensar cosas positivas, etc., pero consiguiendo, paradójicamente, un resultado contrario al perseguido. Aunque las respuestas de evitación produzcan a corto plazo una reducción parcial de las funciones aversivas relacionadas con el dolor (efectivamente, si el paciente se queda en la cama ante el miedo de que el movimiento pueda agravar su dolor, ese miedo se reducirá con el reposo), a la larga, terminan provocando la exacerbación de tales eventos privados (pensamientos, sensaciones, emociones), llevando a la persona a permanecer en la estrategia de evitación y a limitar cada vez más su vida en términos de un estancamiento en sus valores personales.

Desde la perspectiva de la RFT, las condiciones del lenguaje que hacen posible la relación perjudicial entre pensamientos, sentimientos y acciones que define el trastorno

de evitación experiencial (TEE) son agrupadas en cuatro contextos verbales, a saber, el contexto de la literalidad, el contexto de las valoraciones, el contexto de dar razones y el contexto de la regulación verbal de los eventos privados.

- El contexto verbal de la literalidad. El contexto verbal del significado literal o de la literalidad implica responder a un evento en términos de otro sobre la base de los procesos verbales implicados en el aprendizaje relacional o simbólico que cada comunidad moldea en sus miembros desde edades muy tempranas. Aunque esas habilidades verbales son altamente adaptativas, a veces, el responder a las palabras como si fuesen los eventos a los que hacen referencia puede generar problemas, pues esas palabras pueden terminar evitándose tanto como los eventos reales con los que de forma directa o derivada están relacionadas. Así ocurriría, por ejemplo, cuando una persona, ante el pensamiento “aún no puedo empezar a trabajar, el dolor empeorará” deja de ir a trabajar y mantiene reposo en cama, comportándose ante el pensamiento del agravamiento del dolor como si éste fuera un hecho que estuviera ocurriendo aquí y ahora, en lugar de un pensamiento sobre el futuro.
- El contexto verbal de las valoraciones. Otra de las variables que se consideran relevantes son las reglas dominantes en un contexto cultural concreto acerca de lo que es saludable o peligroso, lo que resulta normal o anormal, lo que es adecuado o no; pues estas reglas terminan transformando las funciones del propio comportamiento. Se sostiene que son especialmente destructivas las formulaciones que valoran negativamente todo tipo de sufrimiento psicológico (recuerdos amargos, sensaciones desagradables, pensamientos negativos, etc.), contraponiendo esas experiencias privadas a actuar de un modo personalmente valioso.
- El contexto de las explicaciones o de dar razones para comportarse. En la cultura occidental, los miembros de la comunidad son enseñados desde edades muy tempranas a ofrecer explicaciones de su conducta pública a través de causas internas. Los pensamientos y los sentimientos, realmente razones, justificaciones verbales que se dan ante las preguntas de “por qué haces o te sucede tal cosa”, se ofrecen, sin embargo, cómo verdaderas explicaciones de lo que a la persona le ocurre. Así, un paciente con dolor explicaría su escasa implicación en actividades sociales debido a su miedo a empeorar, a sus sentimientos de indefensión o a su desánimo, tanto para dar cuenta de esa conducta a los demás, como para tratar de modificarla.
- El contexto de la regulación verbal. Cuando la persona tiene pensamientos, sensaciones u otros eventos privados que valora negativamente para poder vivir, la solución lógica pasa por llevar a cabo acciones para eliminar esos pensamientos y sentimientos y sustituirlos por otros más positivos. De acuerdo con ello, los pacientes lucharán ora contra la ansiedad, ora contra el miedo, ora contra la depresión, etc. Algunos buscarán un profesional que les enseñe las estrategias adecuadas para llegar a sentirse bien. Esa es la pretensión del paciente con dolor que acude a buscar ayuda psicológica. Puesto que los médicos no le detectan

una alteración orgánica que justifique su dolor, busca acabar con la ansiedad, con el miedo a empeorar, con las preocupaciones sobre las consecuencias del dolor y, en definitiva, con todos aquellos eventos privados que entiende que le están impidiendo comportarse en la dirección de las cosas importantes en su vida.

Si bien en los análisis teóricos realizados sobre las condiciones que generan y mantienen el trastorno de evitación experiencial (TEE) (Hayes *et al.*, 1996; Luciano y Hayes, 2001) no se había resaltado el peso diferencial de estos cuatro contextos verbales a la situación de estancamiento que viven los pacientes, las publicaciones más recientes (véase Luciano, Rodríguez y Gutiérrez, 2004) señalan explícitamente el contexto de la regulación verbal como el que mantiene el sentido de todos los demás, en la medida que es la consecución de lo estipulado en las reglas lo que finalmente contiene las contingencias de las respuestas de evitación. Aunque este análisis casa perfectamente con las contribuciones precedentes, viene a hacer una llamada de atención hacia la importancia de las contingencias envueltas en las acciones de evitación, especialmente en la formación y desarrollo del patrón de evitación experiencial, en tanto que esas contingencias proporcionarían un doble reforzamiento de las relaciones conducta-conducta, por ejemplo, entre el dolor y las acciones para su control (inactividad, uso excesivo de analgésicos, etc.). En último término, este proceso es el que daría razón de que las características naturales de la conducta verbal lleguen a conformar la “trampa” que define el trastorno de evitación experiencial.

A pesar de la facilidad para quedar envuelto en la literalidad del lenguaje, en la historia de muchas personas se propician múltiples ejemplos para aprender un repertorio de flexibilidad y perspectiva respecto de los eventos privados, de modo que las reglas de evitación se seguirían cuando formaran parte de trayectorias valiosas, pero no así cuando esas actuaciones no tuvieran una carga de valor personal. Por el contrario, cuando se dan múltiples interacciones longitudinales y en concomitancia a más de una parte del repertorio que terminan conformando clases de regulación verbal inefectivas³, la persona puede acabar comportándose siguiendo un patrón de evitación experiencial rígido y generalizado altamente limitante.

La evidencia empírica que sustenta la implicación de la evitación experiencial en la etiología y mantenimiento de los problemas de dolor es muy numerosa y procede de distintas líneas de investigación. Por un lado, existen estudios básicos (Cioffi y Holloway, 1993; Sullivan, Rouse, Bishop y Johnston, 1997) que han mostrado que el “efecto rebote” observado con el uso de estrategias de supresión y control de pensamiento (Wegner, Schneider, Carter y White, 1987) tendría un análogo en las experiencias dolorosas. Por otro lado, de la literatura sobre estilos de afrontamiento se desprende

³ Esas clases de regulación verbal tendrían que ver con un seguimiento excesivo de reglas bajo control de consecuencias mediadas por otros (*pliance*), con un seguimiento de reglas por rastreo de huellas (*tracking*) improbables, paradójicas y sobredimensionadas, y con un seguimiento de reglas por alteración (*augmenting*) con consecuencias abstractas o remotas (para un descripción exhaustiva se puede consultar Hayes, Strosahl y Wilson, 1999, y Wilson y Luciano, 2002b).

que las creencias de los pacientes acerca de su capacidad para controlar el dolor correlacionan con una mayor intensidad y extensión del dolor, mayores desajustes emocionales y un nivel menor de adaptación psicosocial, especialmente en aquellas personas cuya intensidad de dolor es elevada (Affleck, Tennen, Pfeiffer y Fifield, 1987; Jensen, Turner y Romano, 1992) y en las que tienen una historia larga de dolor (Jensen y Karoly, 1992). Finalmente, distintas investigaciones controladas sobre procesos de cambio terapéutico ponen de manifiesto que las intervenciones psicológicas orientadas a la aceptación del dolor tienen un mayor impacto en su tolerancia que las estrategias basadas en el control cognitivo del dolor (v.g. distracción) (Gutiérrez, Luciano, Rodríguez y Fink 2004; Hayes *et al.*, 1999), y que, en condiciones de alta estimulación aversiva, los intentos de controlar el dolor pueden transformar sus funciones aversivas, resultando fortalecida la clase de evitación (Gutiérrez *et al.*, 2004).

Implicaciones terapéuticas de la concepción del dolor como evento, en parte, construido verbalmente: la terapia de aceptación y compromiso (ACT)

La terapia de aceptación y compromiso (ACT) es una terapia estrechamente ligada a la aproximación relacional de la conducta verbal y la cognición. De hecho, se ha buscado la integración de los sucesivos hallazgos de los estudios básicos con los resultados de la investigación clínica, en un esfuerzo por mejorar esta aproximación contextual al comportamiento (ver, por ejemplo, la serie especial de artículos dedicados a la RFT que publica la revista *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 2004, v. 4 y 5). ACT es una terapia que no va dirigida a una alteración conductual específica, sino que está concebida para el tratamiento de personas que muestran un patrón de evitación experiencial cronificado y limitante. El objetivo de ACT es desmantelar los contextos verbales que definen la evitación experiencial destructiva, de modo que aunque los pensamientos, los sentimientos o los recuerdos sigan siendo formalmente los mismos, quede alterada su función e independientemente de lo que uno piense o sienta, llegue a hacer lo que es valioso y útil en su vida; en lugar de lo que, a la larga, es inhabilitante (Luciano, 1999). Nótese que, el propósito de ACT, a diferencia de las estrategias cognitivas que buscan cambiar el contenido negativo o irracional de determinados eventos privados, y de la terapia de conducta clásica, centrada en ciertos “déficit” o “excesos” conductuales, es alterar la función de toda la clase de comportamientos definidos por la evitación experiencial, de manera que aunque la persona sienta dolor, tristeza o cualesquiera “síntomas” psicológicos, la persona actúe en la dirección de lo que es importante en su vida. En definitiva, se trata de que el paciente aprenda a aceptar lo que no puede ser cambiado (pensamientos, sensaciones, emociones, etc.) y a cambiar aquellos aspectos que sí pueden ser controlados, de acuerdo a sus valores personales, haciéndose máximamente responsables en sus elecciones.

Desde este punto de vista funcional, se pretenden superar las inconsistencias encontradas en la literatura especializada respecto a la conveniencia o no de transmitir al paciente con dolor un sentido o percepción de control sobre su dolor. El terapeuta centrará su atención en analizar si los intentos de control del dolor están limitando al paciente en la consecución de sus valores personales y, en el caso de que así sea, lo

orientará a dirigir sus esfuerzos a controlar sus acciones valiosas, en lugar de sus eventos privados u otras situaciones fuera de su alcance. De esta manera se le facilitará el aprendizaje de nuevos recursos personales que le permitirán el mayor grado de decisión y autonomía posibles, lo que, a largo plazo, puede terminar aminorando la sensación de indefensión e incrementando la percepción de control sobre la situación, aunque esto no se plantee como un objetivo, ni prioritario, ni necesario, para el cambio terapéutico.

Aunque las metas y las fases de ACT se han presentado con ligeras variaciones en los distintos textos que sobre la terapia se han ido publicando (Hayes, Strosahl *et al.*, 1999; en castellano ver Luciano, 1999, 2001; Kohlenberg *et al.*, 2005; Pérez, 1996; Wilson y Luciano, 2002b) se puede decir que los componentes terapéuticos fundamentales de ACT quedan resumidos en: la clarificación de las acciones valiosas (lo que genéricamente se conoce como “valores”), la exposición, la desactivación/distanciamiento de funciones verbales (también conocido como métodos para romper la fusión destructiva) y el fortalecimiento del cliente (Wilson y Luciano, 2002b).

Los valores del cliente son el componente esencial en ACT. Desde la perspectiva de ACT, valorar es actuar, es responder y hacerlo en una dirección importante para la persona. El dolor que puede suponer aceptar activamente los eventos privados aversivos queda validado y cobra verdadero sentido sólo si ello se ubica en un contexto de valor, de forma que todas las intervenciones utilizadas en la terapia están justificadas en la medida en que posibiliten a la persona vivir de acuerdo a sus valores. De hecho, si no fuera por la existencia de alguna dirección valiosa, ACT no tendría sentido. Por esto, cada vez más se reconoce que los valores del cliente tienen que estar presentes de un modo básico y central desde el primer momento, ya que son la guía y lo que dignifica el trabajo entre terapeuta y cliente. El terapeuta tratará de generar las condiciones para que el cliente pueda clarificar sus fines o direcciones valiosas en términos de sus acciones, así como las condiciones necesarias para romper las relaciones sentir-pensar-actuar envueltas en las respuestas de evitación que le alejan de lo que quiere para su vida. Igualmente, el terapeuta ayudará a clarificar las relaciones entre los valores que el cliente indique, los recorridos que elija y los pasos para avanzar en dirección a los mismos.

Pero actuar hacia lo que el cliente desea conseguir implica encontrarse con barreras psicológicas, eventos privados con funciones aversivas y discriminativas para la evitación que interfieren en su avance. Para superar estas barreras necesariamente se ha de contactar con los eventos privados temidos, lo que posibilitará un cambio de sus funciones. La exposición a lo temido, en sus diferentes formas, ha sido una estrategia conductual efectiva (Barlow, Craske, Cerny, y Klosko, 1989), ya que permite la habituación y el reforzamiento positivo por aproximarse a lo temido, así como la aminación *in situ* de las funciones aversivas. Pero la exposición que se plantea desde ACT no lo es en sentido topográfico, sino en sentido psicológico, esto significa involucrar los procesos verbales que forman parte de la evitación experiencial, incluyendo la exposición a los eventos privados (Friman, Hayes y Wilson, 1998; Luciano y Hayes, 2001) como uno de los componentes fundamentales de la terapia. En suma, lo que se busca es que el cliente aprenda a cuestionar el hecho de que necesariamente debe

responder evitando y, a partir de ahí, construir repertorios de respuestas más flexibles que implican la elección responsable ante los contenidos aversivos.

Otro componente fundamental en ACT es disponer múltiples oportunidades para producir la desactivación de funciones, o sea que el paciente se ejercite en reducir el dominio de las funciones del lenguaje y en potenciar la experiencia del yo como contexto de cualquier contenido psicológico. Una de las barreras más importantes que impide la aceptación de los eventos privados evitados es el dominio que ejercen las funciones psicológicas verbalmente establecidas, esto es, las palabras adquieren algunas de las funciones de sus referentes lo que puede llevar al extremo de que, bajo ciertas claves contextuales, las contingencias verbalmente establecidas ejerzan un mayor control que las contingencias experimentadas de forma directa. El trabajo de desactivar funciones o desliteralizar viene a ser un entrenamiento en discriminación para tratar a los pensamientos como pensamientos, los sentimientos como sentimientos, las sensaciones como sensaciones, y no como lo que aparentan ser; lo que supone diferenciar entre la persona o el yo como contexto y los pensamientos, sentimientos, sensaciones o cualesquiera otros comportamientos como contenidos del mismo. Esta discriminación es crítica para la aceptación porque significa que hay un lugar estable, inmutable en uno mismo (yo-contexto), que hace menos amenazante cualquier acontecer de la vida. Desde ACT se enseña al cliente a notar y contemplar la presencia de pensamientos, sentimientos, sensaciones, recuerdos, etc., desde esa perspectiva del yo contexto, promoviendo la distancia oportuna desde la cual la evitación se hace innecesaria al situar los eventos aversivos en un contexto diferente.

Por último, se trabaja con distintos elementos de la relación terapéutica, de cara a que, tras cada sesión, el cliente salga fortalecido como persona capaz de valorar y de comprometerse a poner esos valores en acción bajo cualesquiera circunstancias. La experiencia del cliente se privilegia como guía del curso de la terapia, más allá de cualquier planteamiento lógico que cliente o terapeuta pudieran elaborar. También el dolor y el sufrimiento de la persona suelen estar muy presentes en las sesiones de ACT pero se asumen como algo natural y positivo, ya que desde esta perspectiva se sostiene que si hay sufrimiento, es que están implicados aspectos importantes de la vida de la persona, de modo que el dolor se dignifica en su vinculación con sus valores.

Estos cuatro componentes son trabajados en ACT a través de métodos clínicos que se caracterizan por la adopción de estilos discursivos menos literales que permiten sortear las trampas del lenguaje usado en las interacciones más cotidianas. El terapeuta ACT emplea modalidades lingüísticas que minimizan las posibilidades de que el cliente se ajuste a sus demandas y, en cambio, sitúan su atención en la experiencia de sus actos. De lo que se trata con estos métodos es de cuestionar la literalidad del lenguaje, intentando reducir la discusión o el razonamiento ineficaz que suele producir resistencias en vez de cambios. Tres métodos clínicos son los más relevantes en ACT: las metáforas, las paradojas y los ejercicios experienciales (para una exposición detallada ver Wilson y Luciano, 2002b).

Aunque ACT es una terapia relativamente reciente, existen distintos estudios que ya han probado su utilidad (una revisión reciente de los estudios disponibles sobre la eficacia y la efectividad de ACT, de FAP - *Functional and Analytical Psychotherapy*-

y de la Terapia Dialéctica, se puede encontrar en Hayes, Masuda, Bissett, Luoma y Guerrero, 2004). Sin embargo, sólo recientemente se han comenzado a estudiar de forma controlada los procesos conductuales básicos a través de los que operan los diferentes componentes terapéuticos de ACT, de modo que aún existen muchos interrogantes abiertos (para una revisión extensa de las más recientes propuestas acerca de los mecanismos de acción de las estrategias ACT, así como de las investigaciones que las sustentan, ver Barnes-Holmes, Barnes-Holmes, McHugh y Hayes, 2004, y Luciano, Rodríguez *et al.*, 2004). Aunque los resultados no son definitivos, diferentes estudios (Luciano, Molina *et al.*, 2004; Luciano, Páez, Valdivia, Molina y Gutiérrez, 2003; Masuda, Hayes, Sackett y Twohig, 2004) sugieren que ACT opera transformando las funciones verbales de los eventos privados, de modo que éstos dejan de actuar como barrera hacia la consecución de los valores personales, incluso cuando la conducta no cambia necesariamente su topografía, al menos durante los momentos iniciales del progreso terapéutico. A través de múltiples ejemplos, ejercicios y metáforas se propiciaría la abstracción de reglas del tipo “el dolor (o, en su caso, la ansiedad, la tristeza, los recuerdos desagradables, etc.) forma parte de la vida... lo mejor es aceptarlo y con él, actuar en la dirección de lo que es personalmente valioso” que alteraría de forma derivada la relación de oposición culturalmente establecida “dolor-vida”, sustituyéndola por un enmarcado de coordinación entre el dolor y las acciones cargadas de valor personal que transformaría las funciones del dolor. Así, la discriminación de determinados eventos privados en lugar de ser la ocasión para poner en práctica estrategias de evitación al servicio de una reducción inmediata del malestar, controlaría la realización de acciones valiosas en tanto que contengan propiedades reforzantes por su relación con objetivos y metas a largo plazo (Luciano, Rodríguez *et al.*, 2004). Siguiendo con el caso concreto del dolor, en Gutiérrez *et al.* (2004) se demuestra que un protocolo breve basado en la aceptación del dolor, implementado a través de un paradigma de autocontrol con estimulación aversiva, facilita la realización de elecciones, cuyas consecuencias inmediatas son aversivas, a favor de consecuencias más demoradas verbalmente establecidas, incluso cuando la intensidad de la estimulación aversiva es más elevada y el dolor se valora como “extremadamente molesto”. Por el contrario, la utilidad de un protocolo breve basado en el control cognitivo del dolor para potenciar elecciones conectadas a un resultado valioso a largo plazo queda condicionada a niveles bajos de estimulación aversiva y a una reducción en el dolor percibido. En otras palabras, únicamente los participantes que se exponen a condiciones de aversividad reducida y que informan de niveles de dolor bajos se muestran dispuestos a tolerarlo en pro de un objetivo valioso pero cuando la magnitud de la estimulación o los informes de dolor son elevados, las estrategias de control cognitivo terminan potenciando la clase de evitación. Los resultados que se desprendan de éste y de otros trabajos que en este momento están en curso en diferentes laboratorios (Luciano, Dougher *et al.*, 2004; Stewart *et al.*, 2004) redundarán, sin duda, en un refinamiento considerable de las herramientas terapéuticas a utilizar y en un importante avance en la solución de los problemas vitales que se plantean en el contexto clínico, siendo éste el criterio último que permita evaluar cualquier aproximación científica dirigida al análisis de la psicopatología y de los tratamientos psicológicos.

Conclusiones

Dentro del análisis de conducta se encuentra en las últimas décadas un creciente interés por el estudio de los eventos privados (pensamientos, sensaciones, emociones) y su influencia en otros comportamientos (ver, por ejemplo, la serie de artículos dedicados a este tema que publica la revista *The Behavior Analyst*, 2000, v. 23). Si bien, desde una aproximación analítica, el estudio de los eventos privados había sido abordado como un comportamiento más construido en las interacciones sociales habidas en una comunidad determinada, liberando así su análisis de supuestas entidades mediacionales o intra-psíquicas, los recientes avances en la investigación sobre conducta verbal están permitiendo tener un conocimiento más exacto de las contingencias directas y derivadas a las que responden estos fenómenos conductuales complejos tradicionalmente englobados bajo las etiquetas de cognición y emoción. En concreto, la teoría del marco relacional (RFT) se ha perfilado como una aproximación al estudio del lenguaje, la cognición y la emoción que ofrece una potente metodología de investigación que permite dar cuenta de la transferencia de funciones y de la emergencia de nuevas conductas, con independencia de relaciones de contigüidad entre estímulos, que está posibilitando una aproximación al comportamiento humano en general y al dolor en particular más funcional y menos mecanicista. Desde esta aproximación se acude a los procesos verbales implicados en el aprendizaje relacional o simbólico que cada comunidad moldea en sus miembros desde edades muy tempranas para explicar la ubicuidad del sufrimiento humano y cómo éste limita la vida de muchas personas. Se ha propuesto la categoría diagnóstica del trastorno de evitación experiencial (TEE) como dimensión funcional que permite dar razón de la mutación de las propiedades naturales del lenguaje en contextos verbales destructivos, entroncando con una visión de la psicopatología centrada en la noción de "clase operante". Se ha explorado la utilidad de esta dimensión funcional en la reconceptuación de los problemas clínicos de dolor a la hora de identificar procesos funcionales comunes en su etiología y mantenimiento, así como cursos de acción terapéutica eficaces. Y esto nos ha llevado a cerrar este artículo con una breve exposición de la terapia de aceptación y compromiso (ACT) como un sistema terapéutico orientado al tratamiento de personas que muestran patrones de evitación experiencial cronificados y limitantes, que se está mostrando eficaz para alterar las clases de regulación verbal inefectivas y favorecer actuaciones valiosas.

Referencias

- Affleck, G., Tennen, H., Pfeiffer, C. y Fifield, J. (1987). Appraisals of control and predictability in adapting to a chronic disease. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 273-279.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4ª ed.)*. Washington, DC: Author.
- Baer, D., Wolf, M. y Risley, T. (1968). Some current dimensions of applied behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1, 91-97.
- Barlow, D. H., Craske, M. G., Cerny, J. A. y Klosko, J. S. (1989). Behavioral treatment of panic disorder. *Behavior Therapy*, 20, 261-282.

- Barnes-Holmes, Y., Barnes-Holmes, D., McHugh, L. y Hayes, S.C. (2004). Relational Frame Theory: Some implications for understanding and treating human psychopathology. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4, 355-375.
- Biglan, A. y Hayes, S. C. (1996). Should the behavioral sciences become more pragmatic? The case for functional contextualism in research on human behavior. *Applied and Preventive Psychology: Current Scientific Perspectives*, 5, 47-57.
- Bijou, S. W. (1976). *Child development: The basic stage of early childhood*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bolling, M. Y., Kohlenberg, R. J. y Parker, C. R. (2000). Behavior Analysis and depression. En M. J. Dougher (Ed.), *Clinical behavior analysis* (pp. 127-152). Reno, Nevada: Context Press.
- Cioffi, D. y Holloway, J. (1993). Delayed costs of suppressed pain. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 274-282.
- Fordyce, W. E. (1976). *Behavioral methods for chronic pain and illness*. San Luis: The C.V. Mosby Company.
- Fordyce, W. E. (1988). Pain and suffering. A reappraisal. *American Psychologist*, 43, 276-283.
- Forsyth, J. P. (2000). A process-oriented approach to the etiology, maintenance, and treatment of anxiety disorders. En M. J. Dougher (Ed.), *Clinical behavior analysis* (pp. 153-180). Reno, Nevada: Context Press.
- Foucault, M. (1973). *The birth of the clinic: An archaeology of medical perception*. Trans AM Sheridan Smith. Nueva York: Pantheon Books.
- Friman, P. C. Hayes, S. C. y Wilson, K. G. (1998). Why Behavior Analyst should study emotion: The example of anxiety. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 31, 137-156.
- Geiser, D. S. (1992). *A comparison of acceptance-focused and control-focused psychological treatments in a chronic pain treatment center*. Tesis doctoral. Universidad de Nevada, Reno.
- Gutiérrez, O. (2003). *El efecto diferencial de ACT vs. control cognitivo en un paradigma de autocontrol con estimulación aversiva*. Tesis doctoral. Universidad de Almería.
- Gutiérrez, O., Luciano, M. C., Rodríguez, M. y Fink, B. C. (2004). Comparison between an acceptance-based and a cognitive-control-based protocol for coping with pain. *Behavior Therapy*, 35, 767-783.
- Hayes, S. C. (1991). Substitution and reference. En L. J. Hayes y P. N. Chase (Eds.), *Dialogues on verbal behavior* (pp. 3-18). Reno, Nevada: Context Press.
- Hayes, S. C. (1993). Goals and the varieties of scientific contextualism. En S. C. Hayes, L. J. Hayes, T.R. Sarbin y H. W. Reese (Eds.), *The varieties of scientific contextualism* (pp. 11-27). Reno, Nevada: 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* (pp. 9-30). Reno, Nevada: Context Press.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D. y Roche, B. (2001). *Relational Frame Theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. Nueva York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Hayes, S. C., Bissett, R., Korn, Z., Zettle, R., Rosenfarb, I. S., Cooper, L. D. y Grundt, A. M. (1999). The impact of acceptance versus control rationales on pain tolerance. *Psychological Record*, 49, 33-47.
- Hayes, S. C. y Brownstein, A. (1986). Mentalism, behavior-behavior relations, and a behavior analytic view of the purposes of science. *The Behavior Analyst*, 9, 175-190.

- Hayes, S. C., Masuda, A., Bissett, R., Luoma, J. y Guerrero, L. F. (2004). DBT, FAP y ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies? *Behavior Therapy*, *35*, 35-54.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy*. Nueva York: The Guilford Press.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M. y Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavior disorder: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*, 1152-1168.
- Illich, I. (1976). *Medical Nemesis. The expropriation of health*. Nueva York: Pantheon Books.
- Jensen, M. P. y Karoly, P. (1992). Comparative self-evaluation and depressive affect among chronic pain patients: An examination of selective evaluation theory. *Cognitive Therapy and Research*, *16*, 297-308.
- Jensen, M. P., Turner, J. A. y Romano, J. M. (1992). Chronic pain coping measures: Individual vs. composite scores. *Pain*, *51*, 273-280.
- Kohlenberg, R.J., Tsai, M., Ferro García, R., Valero Aguayo, L., Fernández Parra, A. y Virués-Ortega, J. (2005). Psicoterapia analítico-funcional y terapia de aceptación y compromiso: teoría, aplicaciones y continuidad con el análisis del comportamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *5*, 349-371.
- Lethem, J., Slade, P. D., Troup, J. D. G. y Bentley, G. (1983). Outline of a fear-avoidance model of exaggerated pain perception-I. *Behaviour Research and Therapy*, *21*, 401-408.
- Luciano, C. (1993). La conducta verbal a la luz de recientes investigaciones. Su papel sobre otras conductas verbales y no verbales. *Psicothema*, *5*, 351-374.
- Luciano, C. (1999). La psicoterapia analítico funcional (FAP) y la terapia de aceptación y compromiso (ACT). *Análisis y Modificación de Conducta*, *25*, 497-584.
- Luciano, C. (2001). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Libro de casos*. Valencia: Promolibro.
- Luciano, C., Barnes-Holmes, Y. y Barnes-Holmes, D. (2002). Establishing reports of saying and doing and discriminations of say-do relations. *Research in Developmental Disabilities*, *23*, 406-421.
- Luciano, C. y Cabello, F. (2001). Trastorno de duelo y terapia de aceptación y compromiso (ACT). *Análisis y Modificación de Conducta*, *27*, 399-424.
- Luciano, C., Dougher, M.J., Fink, B., Hamilton, D., Molina, F., Valdivia, S., Rodríguez, M. y Gutiérrez, O. (2004, mayo). *Verbal processes in ACT defusion strategies*. Comunicación presentada en la 30ª Convención Anual de la ABA (Association for Behavior Analysis), Boston, Massachusetts.
- Luciano, C. y Gil Roales-Nieto, J. (1996). Aproximaciones explicativas en psicología clínica infantil. En M. C. Luciano (Ed.), *Manual de psicología clínica. Infancia y adolescencia* (pp. 87-142). Valencia: Promolibro.
- Luciano, C. y Hayes, S. C. (2001). Trastorno de evitación experiencial. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, *1*, 109-157.
- Luciano, C., Molina, F. J., Valdivia, S., Páez, M., Gutiérrez, O., Barnes-Holmes, D., Barnes-Holmes, Y. y Rodríguez, M. (2004). *Behavioral Processes Underlying ACT Defusion Methods: A clinical-experimental preparation*. Comunicación presentada en la 30ª Convención Anual de la ABA (Association for Behavior Analysis), Boston, Massachusetts (Mayo).
- Luciano, C., Páez, M., Valdivia, S., Molina, F., y Gutiérrez, O. (2003, mayo). *Acceptance and Commitment Therapy as a therapeutic approach centered in values*. Comunicación presentada

- en la 29ª Convención Anual de la ABA (Association for Behavior Analysis), San Francisco, California.
- Luciano, M.C., Rodríguez, M. y Gutiérrez, O. (2004). A proposal for synthesizing verbal contexts in Experiential Avoidance Disorder and Acceptance and Commitment Therapy. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4, 377-394.
- Luciano, M. C., Visdómine, J. C., Gutiérrez, O. y Montesinos, F. (2001). ACT (Terapia de Aceptación y Compromiso) y dolor crónico. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27, 473-502.
- Macquordale, K. y Meehl, P. (1948). On a distinction between hypothetical constructs and intervening variables. *Psychological Review*, 55, 95-107.
- Masuda, A., Hayes, S. C., Sackett, C. F. y Twohig, M. P. (2004). Cognitive defusion and self-relevant negative thoughts: Examining the impact of a ninety year old technique. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 477-485.
- Montero, I. y León, O.G. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 115-127.
- Morris, D. B. (1998). An invisible history of pain: Early 19th century Britain and America. *Clinical Journal of Pain*, 14, 191-196.
- Penzo, W. (1989). *El dolor crónico. Aspectos psicológicos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Pérez, M. (1996). *La psicoterapia desde el punto de vista conductista*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Schoenfeld, W. N. (1980). El dolor: un reporte verbal. En V. A. Colotla, V. M. Alcaraz y C. R. Schuster (Eds.), *Modificación de conducta. Aplicaciones del análisis conductual a la investigación biomédica* (pp. 220-234). México: Trillas.
- Skinner, B. F. (1975a). El análisis operacional de los términos psicológicos. En B. F. Skinner (Ed.), *Registro acumulativo* (pp. 413-429). Barcelona: Fontanella. (Original publicado en 1945).
- Skinner, B. F. (1975b). La naturaleza genérica de los conceptos de estímulo y respuesta. En B. F. Skinner (Ed.), *Registro acumulativo* (pp. 511-534). Barcelona: Fontanella. (Original publicado en 1945).
- Skinner, B. F. (1977). *Ciencia y conducta humana*. Barcelona: Fontanella. (Original publicado en 1953).
- Soucase Lozano, B., Soriano Pastor, J.F. y Monsalve Dolz, V. (2005). Influencia de los procesos mediadores en la adaptación al dolor crónico. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 227-241.
- Stewart, I.T., McHugh, L.A., Barnes-Holmes, D., Barnes-Holmes, Y., Luciano, M.C., Wilson, K.G. y Cunningham, L. (2004). *A transformation of functions based on simple ACT metaphors*. Comunicación presentada en la 30ª Convención Anual de la ABA (Association for Behavior Analysis), Boston, Massachusetts (Mayo).
- Sullivan, M. D. (1995). Pain in language from sentience to sapience. *Pain Forum*, 4,3-14.
- Sullivan, M. D. (2001). Finding pain between minds and bodies. *The Clinical Journal of Pain*, 17, 146-156.
- Sullivan, M. J., Rouse, D., Bishop, S. y Johnston, S. (1997). Thought suppression, catastrophizing and pain. *Cognitive, Therapy and Research*, 21, 555-568.
- Szasz, T. (1988). *Pain and pleasure. A study of bodily feelings*. Nueva York: Syracuse University Press.
- Vinaccia, S., Cadena, J., Juárez, F., Contreras, F. y Anaya, J. M. (2004). Relaciones entre variable sociodemográficas, incapacidad funcional, dolor y desesperanza aprendida en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 91-103.

- Vinaccia, S., Contreras, F., Restrepo Londoño, L.M., Cadena, J. y Anaya, J.M. (2005). Autoeficacia, desesperanza aprendida e incapacidad funcional en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 129-142.
- Waddell, G., Newton, M., Henderson, I., Somerville, D. y Main, C. J. (1993). A Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. *Pain*, 52, 157-168.
- Wegner, D. M., Schneider, D. J., Carter, S. R. y White, T. L. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 5-13.
- Wilson, K. G. y Hayes, S. C. (2000). Why it is crucial to understand thinking and feeling: An analysis and application to drug abuse. *The Behavior Analyst*, 23, 25-43.
- Wilson, K. G. y Luciano, M. C. (2002a). Lenguaje y comportamiento gobernado por reglas. En K. G. Wilson y M. C. Luciano (Eds.), *Terapia de Aceptación y Compromiso. Un tratamiento conductual orientado a los valores* (pp. 43-72). Madrid: Pirámide.
- Wilson, K. G. y Luciano, M. C. (2002b). *Terapia de Aceptación y Compromiso. Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.
- Wittgenstein, L. (1988). *Investigaciones filosóficas*. Barcelona: Editorial Crítica. (Original publicado en 1953).