

Tesis Doctoral



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

**Estudio experimental de la defusión verbal
en la Terapia de Aceptación y Compromiso
(ACT)**

Doctoranda:

María de los Ángeles López de Uralde Selva

Director:

Luis Valero Aguayo

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico

Facultad de Psicología

Junio de 2015



Publicaciones y
Divulgación Científica

AUTOR: María de los Ángeles López de Uralde Selva

 <http://orcid.org/0000-0002-5014-0568>

EDITA: Publicaciones y Divulgación Científica. Universidad de Málaga



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional:

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode>

Cualquier parte de esta obra se puede reproducir sin autorización pero con el reconocimiento y atribución de los autores.

No se puede hacer uso comercial de la obra y no se puede alterar, transformar o hacer obras derivadas.

Esta Tesis Doctoral está depositada en el Repositorio Institucional de la Universidad de Málaga (RIUMA): riuma.uma.es

D. LUIS VALERO AGUAYO, PROFESOR TITULAR DEL DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO PSICOLÓGICO, DE LA FACULTAD DE PSICOLOGA DE LA UNIVERSIDAD DE MALAGA

CERTIFICO:

Que D^a María de los Ángeles López de Uralde Selva, licenciada en Psicología por la Universidad de Almería, ha realizado bajo mi dirección en el Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, el trabajo de investigación correspondiente a su Tesis Doctoral titulada:

“Estudio experimental de la defusión verbal en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)”

Revisado el presente trabajo considero que puede ser presentado al Tribunal que ha de juzgarlo. Y para que conste a efectos de lo establecido en el Real Decreto 778/98 regulador de los estudios de Tercer Ciclo-Doctorado, AUTORIZO la presentación de esta Tesis en la Universidad de Málaga.

Málaga, a 30 de Junio de 2015

Fdo. Luis Valero Aguayo

Profesor Titular del Departamento. Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico

*“Aunque todas las posibles preguntas de la ciencia recibiesen respuesta,
ni siquiera rozarían los verdaderos problemas de nuestra vida.*

Los límites de mi lenguaje son los límites de mi mente”

(Ludwig Wittgentein, 1889-1951)

*Ciencia es ante todo un conjunto de actitudes. Es una disposición para
lidar con los hechos y no con lo que ha dicho alguien sobre ellos.*

B.F. Skinner (Ciencia y Conducta Humana, 1953/1970, pag. 41)

Dedicatoria:

A mis padres por formarme y a mi hijo al que formaré

Agradecimientos

Fueron dos los motivos por los cuales inicié esta investigación. Por una parte, mi inquietud por continuar aprendiendo, contestar mis interminables porqués; y por otra, abrirme a un campo de la investigación que desconocía pero al que me gustaría dedicarme por siempre.

En este punto es justo reconocer los agradecimientos a todos quienes me han ayudado. Este trabajo está dedicado a todos ellos. Por supuesto, a mis padres por ser, por estar y por padecer, a los que terminar esta tesis era darle una alegría (nada más por eso ya merece la pena). A mi hermano, por ser un ejemplo. A mi cuñada, que desde la sombra me cuida y me apoya en todo lo que hago. A mis sobrinos y a Antonio por robarle su tiempo. A Luci... por todo. A los investigadores cuyo propósito es mejorar el mundo. Y cómo olvidarme de mi Antoño Ruiz que estuvo ahí para lo bueno y lo malo. Especialmente, con gran cariño, este tiempo también ha ido paralelo a mi maternidad, por lo que tanto mi hijo como esta tesis son resultados de estos esfuerzos.

Y un agradecimiento afectuoso a mis maestros, al profesor Luis Valero quien nunca desistió en enseñarme y apostó por mí, aun siendo una alumna que le faltaban alguna habilidades investigadoras. Pese a ello continuó confiando y depositó en mí sus conocimientos. Espero estar a su altura. A todos los participantes que intervinieron y me facilitaron avanzar en la investigación.

Recuerdo que un buen día, me presenté en el despacho de Luis y le propuse mi deseo de realizar la tesis, y él sin pensarlo aceptó, aunque debería habérselo pensado mejor. Y desde entonces, con su paciencia y conocimientos, me ha ido guiando en estos casi cuatro años, donde ha ocurrido de todo, hemos pasado tiempo más duros por los resultados incoherentes con la literatura, ha habido tiempo de expectación por saber qué es lo que realmente pasa en el proceso de defusion, hemos realizado investigaciones paralelas y sobre todo mucho esfuerzo tiempo y voluntad. Y este es el resultado de mi aprendizaje y de su enseñanza.

Resumen

Se presenta una investigación de tesis doctoral sobre el fenómeno denominado “defusión cognitiva” dentro de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Desde esta psicoterapia, gran parte de los problemas psicológicos en muchos trastornos clínicos proviene del control contextual, ejercido sobre las respuestas verbales y emocionales de los clientes. De esta forma, las personas suelen responder a las palabras (recuerdos, pensamientos, ideas) como si se tratase de los objetos que representan, fusionando en uno solo el control contextual de esos eventos privados.

La técnica de la “defusión cognitiva” utiliza ejercicios y tareas experienciales dentro de la sesión clínica, con objeto de cambiar ese control contextual de forma tal que cada tipo de respuesta tenga su control correspondiente. El objetivo es que se “defusionen” o separen, y el cliente pueda tomar distancia de sus emociones y recuerdos, pueda contemplarlos, describirlos y aceptarlos como son, sin responder emocionalmente a ellos.

La Terapia de Aceptación y Compromiso tiene una literatura muy numerosa sobre su eficacia y efectividad, también comparada con grupos control y otras terapias cognitivo-conductuales. Sin embargo, se necesita conocer cuáles son los mecanismos que hacen que funcionen algunos de esos ejercicios. Se trata de plantear en un contexto más experimental y controlado, los cambios que producen estos ejercicios de “defusión cognitiva”. En concreto, uno de ellos el denominado “leche-leche-leche” es el más experimentado en laboratorio. Dadas las investigaciones al respecto, se plantean dudas sobre su funcionamiento y los mecanismos por los que es efectivo para cambiar las valoraciones emocionales de los clientes.

Se presentan, pues, tres experimentos sucesivos sobre este ejercicio de “defusión”, intentando controlar en cada uno de ellos diversas variables y parámetros. En el primero se estudia el efecto sobre la valoración en una tarea con imágenes que sugieren emociones. En el segundo, este mismo efecto pero sobre imágenes realistas de fuerte contenido emocional, positivo y negativo. Y en el tercero también la replicación de este efecto sobre frases personales auto-aplicadas que tienen contenido emocional para los clientes.

En los resultados de los tres experimentos no se replica completamente la eficacia de la técnica de “defusión” sobre las valoraciones de los participantes, cambian algunos parámetros y algunos grupos, pero no hay un efecto claro del beneficio emocional de tal ejercicio. Se discuten las similitudes y diferencias con otros experimentos en la literatura sobre ACT, incidiendo en la necesidad -como en otras ciencias naturales- de repetir la experimentación y los resultados, para que un tratamiento psicológico asegure las bases científicas sobre las que se fundamenta.

Presentación

Cuando se publicó el primer manual de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999), apareció ante nosotros una forma diferente de abordar los casos clínicos que no se había hecho hasta ahora en los tratamientos conductuales. Surgieron en esos años otras terapias denominadas de tercera generación o también “terapias contextuales”, y fueron momentos emocionantes, de gran cantidad de lecturas, discusiones y pruebas con los clientes que caían en nuestras manos, sobre todo los casos crónicos, resistentes, con problemas de pensamientos, obsesiones, depresivos, e incluso existenciales.

El origen de esta tesis comenzó cuando en esos primeros comienzos, aparecían cambios rápidos y casi “milagrosos” en algunos clientes. Tras contarles algunas de las metáforas de ACT y hacer algunos de esos ejercicios, en la consulta siguiente a los clientes ya parecían no importarles sus recuerdos pasados o sus pensamientos rumiatorios que habían llevado durante varios años. De forma más concreta, uno de esos ejercicios, de repetición “leche-leche-leche”, parecía tener un efecto sorprendente de una sesión a otra. Tras realizarlo en algunos casos clínicos, los clientes decían no haber pensado más tal preocupación, o si la habían tenido no le habían dado importancia. Sin hacer mucho más, clínicamente, esta técnica parecía una herramienta de la interacción verbal terapeuta-cliente muy rápida y efectiva.

Lógicamente esto alimentó nuestra curiosidad por saber qué mecanismo conductual, qué variables, o qué condiciones, eran las que producían tales efectos. De ahí la necesidad de comenzar a experimentar con este fenómeno que entonces se denominaba “desliteralización”, y más tarde le dieron el nombre de “defusión”. Diseñamos, pues, un primer experimento para ver cómo cambiaban, bajo condiciones experimentales y controladas, esas valoraciones emocionales de los participantes. Los resultados y discusión nos llevaron a un segundo experimento, y este a otro más específico aún, con los resultados finales que dejamos descubrir al lector para no adelantar acontecimientos, de forma que pueda ilustrarse el proceso de investigación progresivo seguido a lo largo de esta tesis doctoral.

Índice

Capítulo 1. INTRODUCCIÓN	19
1.1. Terapias de conducta	19
1.2. Terapias contextuales de tercera generación.....	24
1.2.1. Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT).....	27
1.2.2. Psicoterapia Analítica Funcional (FAP).....	29
1.2.3. Terapia Conductual Integral de Pareja (IBCT)	32
1.2.4. Terapia de Conducta Dialéctica (DBT).....	34
1.2.5. Terapia de Activación (BA).....	36
1.3. Terapia de Aceptación y Compromiso	39
1.3.1. Características fundamentales de ACT	40
1.3.2. La evitación experiencial y la flexibilidad psicológica como explicaciones en ACT	43
1.3.3. Fases y tareas en ACT	45
1.3.4. Técnicas terapéuticas de ACT	48
1.4. Reglas verbales en la terapia	50
1.5. Teoría del Marco Relacional (RFT).....	54
1.6. Eficacia y aplicaciones de ACT	59
1.7. La posmodernidad filosófica y cultural de ACT	61
1.8. Estudios sobre los componentes de ACT	63
1.8.1. Los estudios sobre el efecto de evitación	63
1.8.2. Estudios sobre las instrucciones de aceptación	65
1.8.3. Estudios sobre entrenamiento en mindfulness	71
1.8.4. Estudios sobre el efecto de los protocolos breves de ACT.....	73
1.9. Defusión verbal en ACT	81
1.9.1. Proceso de la defusión	82
1.9.2. Ejercicio “estoy teniendo un pensamiento”	86
1.9.3. Ejercicio cantando y poniendo voces.....	86
1.9.4. Ejercicio de la pantalla del ordenador	87
1.9.5. Ejercicio del juego de tarjetas	87
1.9.6. El juego del timo de Internet	88
1.9.7. Ejercicio clásico de “leche, leche, leche”	89
1.10. Estudios sobre la defusión	91
1.10.1. Defusión en la historia	91
1.10.2. Los experimentos de apoyo a la defusión	92
1.10.3. Los experimentos críticos	94
1.10.4. Experimentos con población clínica	97

Capítulo 2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	101
2.1. Preguntas de investigación	103
2.2. Objetivos generales.....	103
2.3. Objetivos específicos.....	104
 Capítulo 3. PRIMER EXPERIMENTO	 107
3.1 Objetivos	110
3.2 Metodo	112
3.2.1. Diseño	112
3.2.2. Condiciones experimentales	112
3.2.3. Participantes	114
3.2.4. Instrumentos.....	115
3.2.5. Procedimiento	120
3.3. Resultados	122
3.4. Conclusiones y discusión	127
 Capítulo 4. SEGUNDO EXPERIMENTO	 129
4.1. Objetivos	132
4.2. Método.....	133
4.2.1. Diseño	133
4.2.2. Participantes	135
4.2.3. Instrumentos	137
4.2.4. Procedimiento	143
4.3. Resultados	146
4.4. Conclusiones y discusión	153
 Capítulo 5. TERCER EXPERIMENTO	 157
5.1. Objetivos	166
5.2. Método	168
5.2.1. Diseño	168
5.2.2. Participantes	171
5.2.3. Instrumentos	172
5.2.4. Procedimiento	176
5.3. Resultados	180
5.4. Conclusiones y discusión	192

Capítulo 6. RESULTADOS GENERALES	195
Capítulo 7. DISCUSIÓN	201
Capítulo 8. CONCLUSIONES	207
Capítulo 9. REFERENCIAS	215
Capítulo 10. ANEXOS	233

Índice de figuras

<i>Figura 3.1.</i> Ejemplos de pantallas de la evaluación de palabras descriptivas del programa Tact.exe para la denominación de emociones.....	118
<i>Figura 3.2.</i> Ejemplos de pantallas del programa Emociones.exe para la evaluación del grado de malestar de las imágenes mostradas	119
<i>Figura 3.3.</i> Puntuaciones de los distintos cuestionarios en la evaluación pre y post en cada grupo	124
<i>Figura 3.4.</i> Puntuaciones en la descripción de las palabras pre y post en cada grupo	126
<i>Figura 3.5.</i> Puntuaciones en la valoración del malestar de las palabras pre y post en cada grupo	126
<i>Figura 4.1.</i> Ejemplos de pantallas del programa Descripciones.exe	140
<i>Figura 4.2.</i> Ejemplos de pantallas del programa Emociones.exe	142
<i>Figura 4.3.</i> Puntuaciones de los distintos cuestionarios en la evaluación pre y post en cada grupo	148
<i>Figura 4.4.</i> Denominación de emociones o nombres de las fotos positivas, neutras negativas en cada grupo	151
<i>Figura 4.5.</i> Tiempo de latencia en segundos ante cada grupo de fotos positivas, neutras y negativas, en cada uno de los cuatro grupos	151
<i>Figura 4.6.</i> Valoración emocional (escala de Likert 0-1) de las imágenes positivas, negativas y neutras en cada grupo.....	152
<i>Figura 4.7.</i> Tiempo de latencia en segundos ante cada grupo de fotos positivas, neutras y negativas, en cada uno de los cuatro grupos	152
<i>Figura 5.1.</i> Ejemplos de pantallas de la evaluación de palabras descriptiva y su grado emocional	175
<i>Figura 5.2.</i> Resultados en los cuatro grupos de los distintos cuestionarios pre y post (AAQ. ERQ. EOSS. y Yo soy)	183
<i>Figura 5.3.</i> Descripciones emocionales pre-post de las frases autoaplicadas positivas y negativas en los 4 grupos (Defusión verbal, Instrucciones, Anti-defusión y Control)	186
<i>Figura 5.4.</i> Valoración emocional pre-post de frases autoaplicada positivas y negativas	187
<i>Figura 5.5.</i> Latencia de respuesta pre-post ante la valoración descriptiva de frases autoaplicadas positivas y negativas	188
<i>Figura 5.6.</i> Latencia de respuesta pre-post ante la valoración emocional de las frases autoaplicadas positivas y negativas	188
<i>Figura 5.7.</i> Valoración de la frase descriptiva propia autoaplicada, en los 4 grupos y pre-post	189
<i>Figura 5.8.</i> Valoración emocional de la frase propia autoaplicada	189

Figura 5.9. Latencia de respuesta en la valoración de la frase descriptiva propia autoaplicada.....	190
Figura 5.10. Latencia de respuesta en la valoración emocional de la frase propia autoaplicada.....	190
Figura 5.11. Descripción emocional comparativa de las frases positivas y negativas en la primera y segunda evaluación	191
Figura 5.12. Valoración emocional comparativa de las frases positivas y negativas en la primera y segunda evaluación.....	191

Índice de tablas

Tabla 3.1. Datos pre y post de los diversos cuestionarios aplicados y la significatividad estadística obtenida en cada caso	123
Tabla 3.2. Medias obtenidas en cada grupo y cada una de las variables	125
Tabla 3.3. Datos estadísticos del análisis factorial y significatividad en cada una de las comparaciones entre-grupos y pre-post en las distintas variables.....	125
Tabla 4.1. Distribución de la muestra de los 4 grupos experimentales.....	136
Tabla 4.2. Datos pre y post de los diversos cuestionarios aplicados y la significatividad estadística obtenida en cada caso.....	147
Tabla 4.3. Medias obtenidas en cada grupo y cada una de las variables	149
Tabla 4.4. Datos estadísticos del análisis factorial y significatividad en cada una de las comparaciones entre-grupos y pre-post, en las distintas variables.....	150
Tabla 5.1. Distribución de la muestra de los 4 grupos experimentales.....	171
Tabla 5.2. Datos pre y post de los diversos cuestionarios aplicados y la significatividad estadística obtenida en cada caso	181
Tabla 5.3. Medias obtenidas en cada grupo y cada una de las variables	184
Tabla 5.4. Datos estadísticos del análisis factorial y significatividad en cada una de las comparaciones entre-grupos y pre-post, en las distintas variables.....	185

Índice de anexos

Anexo 1. Carta de consentimiento informado y los cuestionarios empleados en los diversos experimentos	233
Anexo 2. Láminas del TAT utilizadas como estimulación para suscitar emociones en el primer experimento.....	247
Anexo 3. Conjunto de imágenes IAPS utilizadas en el segundo experimento (20 de valencia negativa, 20 positiva y 20 neutras)	253
Anexo 4. Imágenes del programa e instrucciones de del tercer experimento (defusión, instrucciones y anti-defusión) empleadas por ordenador....	257

Capítulo 1

INTRODUCCIÓN

El marco terapéutico de esta investigación se inscribe en las denominadas “terapias de tercera generación” o también “terapias contextuales”. Se trata de un conjunto de psicoterapias y aproximaciones terapéuticas surgidas aproximadamente a partir de los años 90, y que se caracterizan por una nueva reconsideración de los problemas psicológicos a partir de los principios del conductismo radical y el análisis experimental y aplicado del comportamiento. Son terapias que abordan problemas psicológicos que hasta ahora estaban bajo una consideración “cognitiva” de esos problemas, y cuyas técnicas se van a basar en el uso del lenguaje -como conducta verbal- y la relación terapéutica entre cliente y terapeuta durante la sesión.

Para plasmar el contexto terapéutico e investigador en que se inscribe esta tesis hemos de comenzar por situar en su marco histórico la terapia de conducta de la “primera” y “segunda generación”, para entrar después en la descripción de las distintas terapias de “tercera generación”, y de forma más específica en la *Terapia de Aceptación y Compromiso* (ACT) cuyos ejercicios clínicos de defusión verbal serán el objetivo de investigación fundamental. Para ello, pues, revisaremos también en detalle esta terapia y sus investigaciones de eficacia y sobre la *Teoría del Marco Relacional* (RFT), así como las investigaciones más recientes sobre el fenómeno de la defusión como proceso de cambio de la conducta clínica.

1.1. Terapias de conducta

Para describir el sentido y la importancia de estas terapias es bueno tomar perspectiva desde las generaciones anteriores. No se pretende hacer aquí una exposición histórica de la *Terapia de Conducta*, sino de recordar algunos de sus características radicales e indicar su evolución, es decir, describir el contexto en el que surgen y se inscriben estas llamadas “terapias contextuales de tercera generación”.

Sobre 1958 con la aparición del libro de Joseph Wolpe “Psicoterapia por inhibición recíproca” (Wolpe, 1958/1981), podríamos situar lo que se manifiesta como la primera generación de terapia de conducta, marcando una nueva época en la forma de abordar los problemas psicológicos de tipo clínico. Aunque había ya experimentos como los de Watson y el pequeño Albert (Watson y Rayner, 1920), serían los estudios sobre condicionamiento operante de Skinner (1938/1975, 1953/1971) los que más aportarían desde los años 60 para la creación de todas las técnicas aplicadas a casi todo tipo de problemas infantiles, de adultos institucionalizados en hospitales psiquiátricos, consultas clínicas habituales, y programas sociales e intervenciones comunitarias. La terapia de conducta surgida en ese periodo poseía una especial disposición ambientalista o contextual, y de hecho muchos autores prefieren denominarla como *modificación de conducta* (una vertiente más norteamericana) en vez de *terapia de conducta* (una vertiente más inglesa), incluso otros como *análisis conductual aplicado* (una vertiente más conductista radical).

Se podría decir que, por un lado, supuso una rebelión frente a la psicología clínica establecida, subyugada por el psicoanálisis, y por otro, supuso la instauración de una terapia psicológica sustentada sobre todo por la psicología del aprendizaje y basados en principios científicos del análisis experimental del comportamiento. El principal propósito e interés de esta primera generación fue romper y superar las limitaciones e inconvenientes de las tradicionales visiones clínicas vigentes en ese momento, que buscaba en el inconsciente y en rasgos psicológicos subyacentes, la fuente de los problemas clínicos. Como alternativa, y en contraste con el modelo dominante, enfatizaron la necesidad de crear una aproximación clínica cuya teoría y tecnología estuvieran ambas en un mismo nivel explicativo, lo que se estudia y modifica están en el mismo nivel observacional y empírico, basando sus técnicas en los principios y las leyes del comportamiento humano establecidas ya bajo el marco científico en estudios con animales y humanos.

La primera generación presenta como características comunes: 1) una extensa base de conocimientos sobre investigación de aprendizaje que exhiben todos los clínicos, 2) aplicación clínica de esos resultados más recientes a los diversos problemas clínicos, y 3) visión de la aplicación clínica como formando parte de un programa de investigación y terapia más general.

Esta primera generación surge a partir del condicionamiento clásico o pavloviano y el condicionamiento operante o skinneriano. Dentro de la línea del condicionamiento clásico, que responde al esquema Estímulo-Respuesta, se desarrollarían las conocidas técnicas de desensibilización sistemática (Wolpe, 1948) y de exposición (Eysenck, 1979). Estas técnicas resultaron especialmente apropiadas para los problemas clínicos relacionados con el miedo, la ansiedad y las obsesiones. Con el éxito de la *Modificación de Conducta* (MC) nace un nuevo tipo de profesional, más clínico y menos investigador, con menor formación básica.

La otra raíz de esta generación es la línea del condicionamiento operante, semilla también de la terapia de modificación de conducta, que más tarde en la vertiente más experimental se concreta como el *Análisis Aplicado de la Conducta* (AAC). Estas técnicas fueron particularmente aplicadas en contextos institucionales, en colegios con niños con y sin retraso, en centros psiquiátricos, en centros clínicos controlados, donde se desarrollaron técnicas de gran éxito basadas en reforzamiento positivo y negativo, moldeamiento, encadenamiento, reforzamiento diferencial, programas de reforzamiento, economía de fichas, contratos conductuales, etc. Aunque se han aplicado a una gran variedad de problemas psicológicos (ansiedad, depresión, esquizofrenia, habilidades diarias, habilidades sociales, alteraciones del lenguaje, problemas sexuales y de pareja, publicidad, reciclaje, manejo del tráfico, diseño ambiental, economía conductual, etc.) ha seguido siendo más escasa su aplicación a la problemática tradicional de la psicoterapia clásica, de la consulta ambulatoria individual con terapeuta y clientes cara a cara. Puede consultarse el manual de Kazdin (1983) para una descripción más completa de todos los avances de esta primera generación.

La llamada segunda generación de la terapia de conducta se sitúa en torno a 1970, con el triunfo de la *Terapia Cognitivo-Conductual* (TCC). Esta terapia plantea superar la obligación de la observabilidad de los problemas psicológicos, de tratar solo comportamientos externos, para centrarse más en las cogniciones (creencias, pensamientos, expectativas, atribuciones, etc.). En la TCC las conductas externas solo serían los síntomas o los efectos de otras posibles causas de esos problemas, que estarían en los procesos cognitivos del individuo. Más aún, se afirmaría que cada trastorno psicológico tendría como base un déficit o una disfunción cognitiva específica (Hayes, 2004a; Pérez, 2006). En un principio, se trataba de terapias contrarias al psicoanálisis, y al influjo psiquiátrico en las atribuciones sobre los problemas clínicos.

Sin embargo, a partir de la explicación cognitiva de Beck (1979/1983) sobre los problemas depresivos, estas terapias (TCC) empezaron a ganar prestigio y aplicar esa forma de entender los problemas psicológicos a otros problemas y otros esquemas de pensamiento erróneo, distorsionado, automático o deficitario. Ahora la explicación es que el problema psicológico del individuo se debe fundamentalmente a ideas cognitivas erróneas sobre uno mismo, sobre los demás o sobre el futuro, más que a las contingencias directas de las vivencias de esa persona en el momento. Comenzaron a surgir, pues, las técnicas basadas en hablar y discutir en la sesión sobre los pensamientos, las ideas, las emociones, las percepciones y las expectativas del individuo acerca de lo que le pasaba, más que cambiar lo que le pasaba. De ahí todas las técnicas basadas en la imaginación, técnicas encubiertas, autocontrol, toma de decisiones, resolución de problemas, inoculación al estrés, etc. El problema con todas ellas es que más que técnicas individuales, son conjuntos de técnicas, suelen ser “paquetes” de tratamientos que incluyen a su vez varios componentes, con lo que el éxito está asegurado, aunque no se tenga una ciencia cierta sobre qué elementos o componentes son los fundamentales para esa eficacia. Esta TCC tuvo gran éxito desde los años 70 y 80 porque se adaptaba muy bien a la práctica clínica habitual de muchos psicólogos, de consulta ambulatoria, basados en hablar con el cliente, darle instrucciones y consejos, e intentar cambiar su forma de pensar, esperando que ya después cambiaría su forma de actuar, haciendo pues el trabajo del terapeuta más fácil.

Por otro lado, el éxito de las terapias de segunda generación fue también debido a que se adoptó el modelo médico de los trastornos psicológicos, y también el mismo modelo de práctica profesional en la evaluación y en la psicoterapia que tenían los médicos. En todos los casos se trataba de un modelo internalista, dualista y nosológico (nomotético), buscando categorías diagnósticas comunes para aplicarles tratamientos estandarizados comunes. Estas terapias siguen utilizando las mismas técnicas centradas en el cambio conductual por contingencias (de la primera generación); sin embargo para éstas, las variables que dan razón a las llamadas “patologías”, son los eventos privados, siendo las cogniciones consideradas como la causa directa del comportamiento, por tanto, estas son el objetivo principal de intervención. En este sentido, la premisa básica de las TCC sostiene que si la causa de la conducta son las cogniciones, se han de cambiar éstas para cambiar la conducta. En el manual de Gardner (2011) puede

encontrarse un recorrido histórico de la llamada “revolución cognitiva” desde las teorías del neo-conductismo hasta las de la neuro-cognición actual.

Las principales críticas a la TCC se centran en que éstas pueden ser limitadas debido a su propia tendencia a estandarizar los casos, y no adaptarse a las características específicas del caso individual. A la vez se derivan de una filosofía que considera que todo aquello que genere malestar o produzca dolor ha de ser rápidamente erradicado o eliminado a través de todos los medios disponibles; especialmente, enfatizando el uso de estrategias o técnicas de control (eliminación, supresión, evitación, sustitución, etc.) (Tai y Turkington, 2009). Una forma terapéutica que encaja muy bien en el pensamiento único occidental y consumista donde se ha de eliminar todo sufrimiento, ha de alejarse cualquier molestia, y la búsqueda de la “felicidad individual” parece el único objetivo.

A partir de los años noventa han ido apareciendo publicaciones con datos experimentales que señalan que el intento de control, reducción o eliminación de los eventos privados, puede ser el problema, puesto que cuanto más evitación se produzca más será reforzada negativamente, y más se mantendrá a largo plazo en el repertorio del individuo, manteniendo de forma crónica los problemas. Existen estudios que a su vez señalan que en muchos de los casos se producen efectos contrarios o de rebote, o bien la aparición de pensamientos intrusivos durante el período de supresión (Wegner, Schneider, Carter y White, 1987; Wegner, 1994; Wenzlaff y Wegner, 2000). Otros han descrito el incremento de los pensamientos suprimidos tanto en la intensidad, frecuencia, así como en la duración, e incluso en la accesibilidad a los eventos privados no deseados (Gross y Levenson, 1993, 1997; Gutiérrez, Luciano, Rodríguez, y Fink, 2004; Sullivan, Rouse, Bishop, y Johnston, 1997; Wegner y Erber, 1992). El efecto rebote parece indicar que la accesibilidad del pensamiento diana, aumenta tras el período de supresión. La investigación ha mostrado que es mucho más probable que el efecto rebote aparezca cuando las personas están en una situación de sobrecarga cognitiva durante el período de supresión, lo que indica que la supresión es un proceso de control que requiere esfuerzo (por ejemplo, se les obliga al mismo tiempo a contar hacia atrás de tres en tres desde el número cien). A este efecto se le ha llamado hiperaccesibilidad del pensamiento suprimido. En resumen, para que el efecto rebote ocurra debe darse una de estas dos condiciones: bien el abandono voluntario de la supresión por parte del cliente, o bien que se produzca una gran aumento de procesos de pensamiento durante el período de supresión. Por otra parte, el hecho de que el

terapeuta cognitivo-conductual se dedique sistemáticamente a reestructurar pensamientos, incidiendo en su contenido, intentando cambiarlos por otros más positivos, etc., puede tener un efecto de reforzamiento positivo sobre tales pensamientos, al mostrar una gran atención del terapeuta sobre esos contenidos, comentándolos una y otra vez, insistiendo en ellos, de forma tal que al final también el terapeuta puede tener un efecto iatrogénico al mantener de manera crónica los propios eventos cognitivos que trata de cambiar. De esta forma, en suma, las técnicas basadas en suprimir pensamientos o eventos internos podría tener un efecto paradójico e iatrogénico a largo plazo, consiguiendo en muchos clientes mantener de forma crónica los problemas que trata de cambiar.

1.2. Terapias contextuales de tercera generación

Las llamadas terapias de conducta de tercera generación o también como “terapias contextuales”, surgen más recientemente como críticas a ese interés exclusivamente en la parte cognitiva de los problemas, sin atender al contexto y variables presentes en la situación vivencial del individuo; además de apoyarse en recientes investigaciones de laboratorio sobre la influencia de las reglas verbales, las funciones del lenguaje y el aprendizaje de relaciones de equivalencia. Esta denominación se debe en gran medida al trabajo de divulgación publicado por Steven Hayes en *Behavior Research and Therapy* en 2006 (Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis, 2006). Estas terapias conductistas y con un enfoque contextual, surgen finales de los 80, y se consolidan en el contexto científico con varios manuales clínicos en los 90. Para una revisión más amplia pueden consultarse en castellano Barraca (2006), Ferro y Valero (1998), y Pérez-Álvarez (2006, 2014). Estas terapias se identifican por: 1) adoptar asunciones de corte más contextualista, con explicaciones más conductuales tanto de los problemas como de los eventos privados y el lenguaje; 2) utilizar estrategias de cambio más experienciales para la persona, en lugar de emplear exclusivamente estrategias de cambio de contingencias naturales o incidir en los contenidos de los eventos privados; y 3) ampliar y modificar de forma considerable el objetivo a tratar o cambiar durante la terapia, al centrarse en clases de conductas, el lenguaje como forma de cambiar otras conductas, y la propia relación terapéutica como instrumento de cambio directo.

Siguiendo las ideas de Hayes (2004), es posible afirmar que estas maneras de trabajar en la clínica tienen en común un planteamiento contextual, confiriendo una importancia singular al análisis de la funcionalidad, manejando la flexibilidad como criterio de adaptación ante los problemas y desbancando las categorías diagnósticas tradicionales. Este grupo de terapias poseen ciertos axiomas comunes (Pérez Álvarez, 2006), a la vez que se diversifican notoriamente por sus dinámicas y modalidades de intervención (Barraca, 2006). Por ejemplo, localizamos en la literatura científica, cómo diferentes autores han citado claramente las sustanciales diferencias en los procedimientos de ACT con respecto a las tradicionales técnicas conductuales (Kohlenberg et al., 2005). Por ejemplo, estas nuevas terapias no se centran en la eliminación, cambio o alteración de los eventos privados con el objetivo de alterar o modificar la conducta, aunque no niegan ese objetivo final a largo plazo. En lugar de ello, se centran en la transformación de la función psicológica del evento en particular, por medio del cambio de los contextos verbales en los cuales los eventos cognitivos resultan problemáticos (Hayes, 1999; Luciano, 2004). De esta forma, promoverán la aceptación de los eventos privados que molestan al cliente y que desea quitarse de encima a través la terapia. Más que entrar el contenido de esos eventos (pensamientos, recuerdos, frustraciones, emociones, etc.) el terapeuta tratará de cambiar el contexto y la función que los mantiene, y para ello va a utilizar el lenguaje, las relaciones verbales por equivalencia, el moldeamiento, las reglas auto-generadas, las metáforas, ejercicios experienciales, etc., (incluso *mindfulness*) para alterar dentro de la propia relación terapéutica la función que tienen esos problemas psicológicos del cliente.

Este grupo de terapias de tercera generación fundamentan su actuación en un paradigma contextual que explica el comportamiento humano en términos interactivos, funcionales y contextuales. El trastorno no está en la persona, ni en sus esquemas cognitivos, sino que está en las variables actuales presentes que mantienen una situación como problemática, fundamentalmente como problemas de interacción. Enfatizan, pues, el papel de las estrategias de cambio contextuales y experienciales. Los dos grandes principios que sirven de base a las intervenciones son:

- *Aceptación*: El abandono de la búsqueda permanente del bienestar, como una forma de evitación experiencial que mantendría de manera crónica los problemas; promoviendo, pues, la aceptación de los síntomas y del malestar como experiencia vital normal.

- *Activación*: Si no se evitan los síntomas, se ha de promover un cambio conductual. La eficacia no se mide por la cantidad de síntomas eliminados, sino por los logros personales del cliente que va consiguiendo en su vida. A partir de la clarificación de sus valores durante la terapia, el cliente va tomando decisiones y adoptando un plan de vida y objetivos en su vida adaptados a esos valores.

Otra base común de estas terapias es el contextualismo funcional. Esta es la base filosófica del *Análisis Conductual Aplicado* desde el conductismo radical. Representa su cimiento filosófico, ahora re-visado y re-vitalizado, al considerar la importancia de los eventos privados como una conducta más, pero no como la causa de los problemas, sino como una conducta que también puede ser problemática por sí misma, y que está en interacción con el resto de conductas del individuo. Todos los eventos privados ahora son una conducta más a analizar e incluir en el proceso terapéutico, pero no como eventos subyacentes, de naturaleza mental o cognitiva, con propiedades diferentes y causales, sino como una conducta más, con las mismas características y susceptible a las mismas variables que el resto de conductas. De esta forma, los eventos privados se dan en un contexto (generalmente verbal) y es alterando este contexto como pueden alterarse esos eventos privados que hacen sufrir al cliente. Lo importante de cualquier conducta no es tanto su topografía o forma (el contenido de los pensamientos), sino su función. De ahí que la utilización del *Análisis Funcional* aplicado a la conducta clínica sea fundamental en todas estas terapias, como forma de conocer qué variables están manteniendo en su contexto los problemas psicológicos que presenta el cliente.

Por otro lado, este enfoque contextualista tiene también su base en el pragmatismo del conductismo radical, se buscan las variables externas que generan el comportamiento y controlan su probabilidad (acciones históricas y contextuales). Y la forma de estudiar y comprobar esa influencia es mediante estudios empíricos y experimentales, en este caso dentro de los problemas clínicos, pero la metodología científica será elemento común para comprobar esas terapias y los elementos que las componen. De ahí que se entronque también con la raíz experimental de utilizar diseños de caso único para los estudios clínicos, la medición continua de variables, estudiando no solo los resultados o eficacia general de una terapia, sino también los efectos de variables específicas, de los componentes activos de las terapias (Öst, 2008).

Este enfoque del análisis conductual de los fenómenos psicológicos tiene una relación estrecha con la teoría evolucionista de los organismos. En un nivel filogenético las especies que se adaptan al medio, cambian ese medio, son las que sobreviven transmitiendo sus características a las siguientes generaciones, aquellas conductas de la especie que son reforzadas (adaptadas) por el medio de supervivencia, aumentan su probabilidad en esa especie. De forma similar, en un nivel ontogenético las conductas que se adaptan al medio (producen efectos y lo cambian) son las que sobreviven en el repertorio individual, son las que tienen mayor probabilidad de ocurrencia en el futuro. En suma, las conductas operantes que obtienen reforzamiento al adaptarse a su medio, son las que sobreviven y se repiten en el repertorio de esa persona. Así, pues, hay que estudiar cuál es el contexto de la persona que permite esa supervivencia de repertorios adaptativos en unos casos, y no tan adaptativos (o problemas psicológicos) en otros casos.

Ya sea resultado de un espíritu de época o bien una secuela de las teorías y tradiciones anteriores, en los últimos 20 años hemos visto aparecer un buen número de terapias que poseen algunas propiedades similares como se ha descrito (Pérez-Álvarez, 2006, 2014). En la actualidad en la literatura científica no existe un acuerdo sobre qué terapias son de tercera generación y cuáles no, mostraremos un brevemente grupo de ellas, las que creemos que más se ciñen a las características de un contexto científico y conductual. El grupo de terapias que conforman la tercera generación de terapias de conducta serían, pues, las que siguen.

1.2.1. Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)

Es la terapia más conocida y publicada de esa generación de psicoterapias, y desde los años 90 han ido apareciendo un buen número de manuales, traducciones y adaptaciones al castellano (Hayes et al., 1999; Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis, 2006; Hayes y Strosahl, 2004; Hayes, Strosahl, y Wilson, 1999; Hayes y Wilson, 1994; Luciano, 1999, 2001; Luciano y Valdivia, 2006; Wilson y Luciano, 2002). Su acrónimo ACT (*Acceptance and Commitment Therapy*) es un indicador de lo que la terapia pretende conseguir en el cliente, es decir, que *ACT-túe* y tome un compromiso de futuro a partir de la terapia, después de haber aceptado y dejado de luchar en ella con sus emociones y pensamientos más aversivos.

Se encuadra dentro del conductismo radical, que considera las cogniciones como conductas y, como tales, sujetas a las mismas leyes que cualquier otro comportamiento. De forma que lo importante para ella, no es el contenido de los pensamientos, sino la función que tienen en el contexto que se da. Una diferencia radical sobre otras estrategias de intervención psicológicas, es que su intención principal no se centra en cambiar el contenido de los pensamientos, sino en modificar la función de los eventos privados de la persona (Hayes, Strosahl, y Wilson, 1999; Wilson y Luciano, 2002). Puesto que se dedicará mayor atención a la descripción y características de esta psicoterapia y sus fundamentos, que constituyen parte del objetivo de esta investigación, baste por ahora enumerar algunas de sus particularidades (Luciano y Valdivia, 2006):

- 1) Es un tratamiento centrado en las acciones valiosas del cliente como medio para el cambio conductual.
- 2) Contempla el malestar/sufrimiento como normal, producto de la condición humana en tanto que seres humanos verbales.
- 3) Defiende que se aprende a resistir el sufrimiento normal y esa resistencia genera el sufrimiento patológico.
- 4) Promueve el análisis funcional de los comportamientos del individuo y, por tanto, se basa en la experiencia del usuario como la clave del tratamiento.
- 5) Tiene por objetivo flexibilizar la reacción al malestar.
- 6) Implica clarificar los valores del cliente para actuar en la dirección valiosa, aceptando con plena conciencia los eventos privados que surjan, y practicar la aceptación cuanto antes y tantas veces como sea posible.
- 7) Implica aprender a "caer y a levantarse", o sea, a elegir nuevamente actuar hacia valores con los eventos privados que sobrevengan por la recaída.

Cabe señalar que la tarea más trascendente de esta terapia, reside en el “desarmar del pensamiento” fomentando la distancia entre el individuo y esos eventos privados. Este concepto de desarmar el pensamiento se ha materializado en el la técnica de la “defusión cognitiva” de ACT, como heredera del distanciamiento cognitivo que ya estaba en la terapia cognitivo-conductual (Hollon y Beck, 1979). “La fusión cognitiva implica un cambio en el uso normal del lenguaje y las cogniciones de tal manera que el

proceso de pensamiento se hace más evidente y las funciones de los productos de pensamientos se amplían” (Luoma y Hayes, 2003, pp. 181).

Otra aportación importante al mundo clínico de ACT es el concepto transdiagnóstico de “evitación experiencial” que podría estar en la base de muchos trastornos psicológicos. El individuo tiende a evitar cualquier sufrimiento, pensamientos negativos, recuerdos aversivos, experiencias pasadas traumáticas, sentimientos y sensaciones desagradables de esos recuerdos, etc., por lo que estaría embarcado en una tarea continua de librarse de ellos. Como sabemos, al eliminar un evento aversivo se refuerza negativamente la conducta a la que sigue, con lo que realmente en esa evitación está aumentando aún más y de manera crónica sus problemas. Esta posible causa psicopatológica sería transversal a varios diagnósticos clásicos, que siempre tienen una definición puramente formal, no funcional. De esta forma, ACT sería aplicable por igual a problemas depresivos crónicos, pensamientos rumiatorios y obsesivos, problemas de ansiedad de todo tipo, trastornos con sustancias, problemas alimentarios, etc., es decir, todos aquellos en que el análisis funcional del caso indique que está “evitando experimentar sus emociones o pensamientos” (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999; Hayes y Strosahl, 2004).

Puesto que esta terapia ACT es el contexto terapéutico en el que se enmarca la investigación de esta tesis, la abordaremos con más detalle en otro apartado posterior.

1.2.2. Psicoterapia Analítica Funcional (FAP)

El análisis funcional del comportamiento verbal de tradición skinneriana ha encontrado desarrollos recientes en modelos de intervención conductual que son objeto de exposición y análisis de esta terapia. La Psicoterapia Analítico-Funcional (*Functional Analytic Psychotherapy*, FAP, Kohlenberg y Tsai, 1991; Kohlenberg et al., 2005; Tsai et al., 2009, 2012; Valero y Ferro, 2015) se asienta en el análisis funcional y moldeamiento del comportamiento verbal en tiempo real. La relación terapéutica se considera un modelo de relación interpersonal para generalizar a la vida diaria del cliente. La FAP realiza un análisis conductual de la interacción terapeuta-persona, por lo que proporciona así un marco clínico compatible con otras terapias de la tercera generación, e incluso con otras terapias cognitivo-conductuales.

La base de la FAP son: (1) las contingencias de reforzamiento en la sesión terapéutica, (2) la generalización funcional del cambio, en la medida que se produce una similitud funcional entre la sesión y la vida diaria, (3) el moldeamiento de la conducta a lo largo de las sesiones, y (4) el trabajo centrado en la conducta verbal del cliente y el terapeuta.

Kohlenberg y Tsai (1991) señalan la importancia no sólo de la conducta pública, especialmente verbal, que aparece en sesión, sino que analizan las emociones, memorias, cogniciones, creencias, y el yo verbal y social; todos ellos como procesos conductuales centrados en los principios del análisis funcional y el análisis experimental del comportamiento. La FAP especifica tanto los problemas clínicos como las metas y objetivos terapéuticos en términos conductuales y analiza la conducta en términos funcionales. La terapia se centra en observar y tratar de cambiar tres tipos de conductas clínicamente relevantes (CCR):

CCR1. *Las conductas del cliente relacionadas con sus problemas*, son las que deben ser reducidas durante sesión, normalmente están condicionadas aversivamente y por ello suelen ser conductas evitativas o intentos sin éxito de eliminar esos componentes aversivos, lo que constituye gran parte de los problemas psicológicos del individuo.

CCR2. *Las conductas del cliente que muestran un avance*, suponen las conductas positivas o adecuadas, que al principio de la terapia suelen ser escasas pero que es objetivo del terapeuta incrementar su probabilidad y generalización a otros contextos.

CCR3. *Las interpretaciones del cliente sobre sus propias conductas*, son las descripciones y análisis verbales del individuo sobre lo que le ocurre, sobre los cambios que se van produciendo o sobre sus interacciones en su vida diaria. Se considera que cuantas más CCR3 hagan alusión a su propia conducta y su correspondencia con los reforzadores, discriminaciones y estímulos contextuales, más avances se están produciendo en la terapia.

Para ayudar en esta tarea, los autores proponen varias reglas que debe seguir el terapeuta en la sesión:

- 1) *Observar las CCR1*, es la regla principal, ya que se pretende detectar la presencia de una conducta relacionada con el problema.
- 2) *Producir CCR1*, lo correcto según los autores sería provocar estas CCR1 dentro de la sesión si no se llegan a producir al principio por si solas, y al tiempo aumentar la frecuencia de las CCR2.
- 3) Reforzar las CCR2, los autores dan indicaciones de cómo estas conductas se debe reforzar de la forma natural a lo largo de la interacción terapeuta-cliente, para fomentar la generalización de dichas conductas.

Entre los casos que se han publicado en la literatura sobre la aplicación de FAP (Kanter, Tsai y Kohlenberg, 2010; Kohlenberg y Tsai, 1987, 1991, 1994) se detallan su utilización exitosa con personas que presentan problemas significativos en interacción social, problemas de personalidad, problemas de intimidad, e incluso problemas existenciales. En cuanto a categorías diagnósticas clásicas, encontramos con frecuencia en la literatura que esta terapia está ligada a personas diagnosticadas con personalidad-límite, depresiones recurrentes, con problemas centrados en el miedo al abandono, rechazo, dificultades para expresar sentimientos, afectos inapropiados, hostilidad, sensibilidad a la crítica, ansiedad social, compulsividad obsesiva y trastornos de personalidad de varios tipos (Ferro, Valero y López, 2007; Valero y Ferro, 2015).

Kohlenberg y Tsai (1991) han aportado también un concepto transdiagnóstico de algunos problemas psicológicos al proponer la existencia de dificultades en la formación del yo como base de muchos problemas, no solo de personalidad, sino también relacionados con la intimidad, la autenticidad como persona, la efectividad con otros, o las relaciones sociales en general. En este caso, y desde un punto de vista conductual, se propone una formación del yo con base verbal y social, la creación progresiva desde la niñez de un concepto de yo formado por las interacciones con los demás. En concreto, clasifican las perturbaciones del yo en un continuo de “leves” a “graves” sobre la base del control privado del yo; es decir, del control privado del individuo sobre sus respuestas que tienen como sujeto ‘yo’ (por ejemplo, “yo quiero”, “yo siento”, etc.), denominadas respuestas ‘Yo X’. En el desarrollo normal, el ‘yo’ se encuentra bajo el control estimular del ‘lugar’ en el que se producen las actividades como ver, querer, sentir o pensar. Así, el ‘yo’ emerge como unidad funcional a partir de un gran número de unidades ‘Yo X’ que se encuentran bajo control privado, dando

lugar a que el ‘sí mismo’ sea experimentado como relativamente estable y continuo. Desde esta concepción, cuanto mayor sea el rango de respuestas ‘Yo X’ que no se encuentran bajo control privado, más problemas experimentará el cliente en la experiencia de ‘sí mismo’. En el extremo, los problemas graves del yo se corresponden con una falta de control privado sobre numerosas unidades verbales ‘Yo X’, y un control exclusivamente público de los demás de ese yo, y así el individuo responderá siempre a los deseos y conceptos que los demás tengan de él, sintiéndose como que “no tiene personalidad”, “no sabe quién es”, o que “vive en función de los demás”. Base, pues, de muchos problemas psicológicos no ligados directamente a una categoría diagnóstica (Kohlenberg y Tsai, 2001).

1.2.3. Terapia Conductual Integral de Pareja (IBCT)

Esta terapia surgió a partir de la propia terapia de pareja de Jacobson (*Integrative Behavioral Couples Therapy o IBCT*; Cautilli, Simon y Sabag, 2006; Christensen, Atkins, Baucom y Yi, 2010; Christensen y Jacobson, 2000; Cordova, Jacobson y Christensen, 1996; Jacobson, Christensen, Prince, Cordova y Eldridge, 2000; South, Doss y Christensen, 2010) al integrar la modificación de conducta más tradicional con una aproximación más contextual y relacional entre los dos miembros de la pareja. Es una propuesta que resalta la importancia de la aceptación de los patrones de comportamiento considerados como inadmisibles por sus parejas.

Esta terapia da una perspectiva general de la conducta dentro de la pareja, desde el enfoque contextual, a partir de un análisis funcional de las variables que determinan la conducta problemática, para que usando manipulaciones de las condiciones antecedentes o consecuentes al comportamiento o en su defecto la conducta misma, se pueda obtener el bienestar entre los dos (Jacobson y Christensen, 1996). Además, se basa al igual que FAP en el manejo en directo de la interacción entre los dos miembros de la pareja, los objetivos de diálogo, comprensión y aceptación del otro han de producirse durante la sesión bajo la guía del terapeuta. Aunque hay ejercicios y tareas para casa, el cambio ha de producirse ya dentro de la terapia, en los diálogos e interacciones desarrollados delante del terapeuta. Se busca que los problemas planteados entre la pareja terminen siendo aceptados, comprometiéndose ambos al cambio de esas interacciones. Propone modificar el contexto del problema más que en

el comportamiento (Jacobson, 1992), algo característico de las terapias de tercera generación. “La resolución de numerosos problemas de pareja se consigue mejor cambiando el contexto en el que se vuelve problemática la conducta que cambiando la conducta problemática” (Koerner, Jacobson y Christensen, 1994, p. 113).

La IBCT se centra en tres cuestiones importantes: 1) utilizar al análisis funcional como modo de evaluar las dificultades de la pareja; 2) utilizar como técnica de tratamiento el reforzamiento natural y el moldeamiento, empleando pocas reglas verbales; y 3) situar al contexto de la interacción como el eje de la intervención. También en esta terapia de tercera generación se introduce una explicación funcional (causal) sobre muchos de los problemas de pareja, que estaría relacionada con un patrón coercitivo de relaciones entre ellos. Es decir, a partir de un pequeño problema un miembro de la pareja suele aplicar estimulación aversiva hacia el otro para escapar a ese problema, lo que provoca una situación emocional aversiva en el otro (culpabilidad) que puede ceder también para librarse de ese “chantaje emocional”, pero a su vez iniciará después otras conductas que generen estimulación aversiva a la contra. Toda esta cadena de acontecimientos irán produciendo más conflictos y más incompatibilidades, a las que el otro miembro habrá de ceder, reiniciando el ciclo, o bien aumentar el nivel de estimulación aversiva, para que ceda el primero. Esta secuencia de interacción aversiva entre ambos es la que generaría poco a poco todos los problemas de relación, aumentándolos progresivamente sin visas de solución.

Por el contrario, durante la IBCT las técnicas de aceptación son usadas para enseñar a las parejas a manejar sus diferencias, de forma que no se rompa su relación. Las técnicas principales que se utilizan según Dimidjian, Martell y Christense (2008) son las siguientes:

- 1) *La unión empática*, el objetivo es reducir los comportamientos negativos de la pareja, para ello se solicita a la pareja que hablen el dolor producido por estos comportamientos, sin efectuar una denuncia y sin reproches, solo exponiendo al cónyuge las emociones que han incitado su conducta.
- 2) *Desapego unificado*, se trabaja junto con el terapeuta para comprender las interacciones del matrimonio, se trata de que los individuos presten atención los problemas íntimos desde otras perspectivas.

- 3) *Tolerancia*, se usa cuando los dos métodos primeros no dan resultado, entonces el terapeuta ayuda a la pareja a establecer tolerancia entre ellos, para corregir el problema. Sin embargo, algunas conductas extremas no deben ser ni aguantadas ni admitidas, como la violencia doméstica y el maltrato.

En esta terapia IBCT la intervención se estructura en torno a tres cuestiones que trae la pareja de una sesión a otra: 1) discusión durante la sesión de rutinas ordinarias y concretas que hayan surgido alrededor del problema; 2) circunstancias en las que haya desembocado el problema y lo han resuelto con éxito; 3) y condiciones que se podrían denominar “conductas positivas”, el terapeuta alienta a la pareja a declarar emociones que no son formulados diariamente y que se presume que elicitan un contexto más empático. Así, al final, el objetivo primordial de la IBCT es convertir las condiciones y el contexto donde se da la crisis de la pareja en "vehículos para la intimidad".

Se podría resumir que en la IBCT los mecanismos de cambio que subyacen a cada uno de los tratamientos son diferentes, basándose por un lado en el cambio de comportamiento y otro en la aceptación del comportamiento de la pareja, siendo éste último el factor que más parece influir en el mantenimiento a largo plazo de la mejoría lograda durante la terapia. En conclusión, lo que advertimos en esta terapia es que, el mecanismo de la aceptación es imprescindible para poder emplear un procedimiento centrado a las necesidades de cada paciente, un mecanismo similar al que utiliza ACT.

1.2.4. Terapia de Conducta Dialéctica (DBT)

Es una terapia desarrollada por Linehan (1993a) con el propósito específico de tratar trastornos límite de personalidad (*Dialectical Behavior Therapy* o DBT; Aramburu, 1996; Linehan, 1993a, 1993b). Comenzó centrándose en las áreas de conductas problemáticas más especiales del trastorno límite de la personalidad: a) Disfunción emocional, determinada por problemas en la regulación de las emociones por parte del cliente; b) Disfunción interpersonal, que se establece por relaciones sociales caóticas, intensas y muy problemáticas; c) Disfunción comportamental, sobre todo impulsividad y conductas suicidas y parasuicidas; e) Alteraciones de la identidad, que se caracteriza por “poseer” emociones crónicas de vacío y la inseguridad en relación a su autoconcepto, su identidad sexual, su imagen corporal u otros aspectos del sentido

de sí mismo. Es partir de estas áreas desde donde, Linehan confecciona su teoría o explicación de este tipo de trastornos, como “una disfunción del sistema de regulación emocional producto de la interacción entre aspectos biológicos y un ambiente invalidante” (García, 2006). Los grandes problemas relacionales, emocionales, e incluso agresivos de las personas con estos problemas vendrían de un intento fallido de regulación emocional, un intento de solución que se convierte a su vez en la fuente de sus problemas. Siguiendo un pensamiento filosófico marxista las personas con este problema estarían en una continua polaridad entre tesis y antítesis en cualquier asunto de su vida, siendo incapaces de llegar a una integración, una “dialéctica” que solucione esos extremos en su vida.

La DBT tendría, pues, como objetivos enseñar a estas personas las habilidades necesarias para mejorar las relaciones interpersonales, controlar sus conductas impulsivas y fuertemente emocionales, la flexibilización de pautas de pensamiento dicotómicos, y conseguir un sentido de la identidad personal. Asumiendo, al igual que otras terapias de tercera generación, la necesidad de aceptar o asumir los propios errores, las propias contradicciones, esas polaridades emocionales, esa fragilidad emocional, y a pesar de ellos promover los cambios necesarios para superarlas en una “síntesis”, en un centro emocional y estable que regule la vida de esa persona. También al igual que FAP se van a trabajar esas emociones y el aprendizaje de esa regulación emocional, dentro de la propia consulta.

Aunque no es una terapia regulada o estandarizada, sí proporciona ciertas orientaciones sobre el proceso o fases de tratamiento. De esta forma, se genera una primera fase de pre-tratamiento centrado en establecer una buena relación terapéutica, los objetivos y el contexto o acuerdo entre terapeuta y cliente de cómo seguirá el proceso. Después, el terapeuta DBT se va a centrar en ir cambiando progresivamente los distintos comportamientos característicos en el trastorno límite de personalidad, comenzando por la reducción de conducta suicida, reducir las disruptivas o problemas que interfieren en el proceso terapéutico o en la calidad de vida diaria del cliente, y sobre todo, en el incremento de habilidades hacia la toma de conciencia y aceptación de emociones, formas de aprender a regular esas emociones, tolerar el malestar, y también aprender habilidades sociales para la interacción con los demás. En la fase final, se buscará definir las metas individuales para después de la terapia, establecer metas vitales en las distintas áreas personales, de pareja, de familia, de trabajo, etc.

Otra ventaja añadida al tratar estos problemas emocionales mediante DBT es que es posible aplicarla en grupos, sobre todo en clientes institucionalizados con trastornos mentales graves (Kroger et al., 2006); y han aparecido varios estudios aplicándola no sólo en clientes con trastornos límite de personalidad, sino también con problemas de suicidios, depresión, y adicciones (Linehan et al., 2002).

1.2.5. Terapia de Activación Conductual (BA)

La Terapia de Activación Conductual (*Behavioral Activation*, BA; Jacobson, 1989; Lejuez et al., 2005; Martell, Addis y Jacobson, 2001) constituye una alternativa a los modelos del déficit de la depresión de la literatura más clásica, ya sea en términos de química cerebral o de mecanismos psicológicos (Pérez-Álvarez, 2007). La BA tiene su origen en nuevos estudios comparativos sobre la eficacia de los componentes de la terapia cognitiva-conductual en el tratamiento de la depresión (Dimidjian et al., 2006; Jacobson et al., 1996). Después de las oscilaciones teóricas sobre las explicaciones del mantenimiento de la depresión, desde un polo más conductual a uno más cognitivo, y últimamente a uno más biológico, la explicación vuelve de nuevo al polo exclusivamente conductual (Pérez-Álvarez, 2014). Estas investigaciones concluyen que el componente exclusivamente de activación conductual es tan eficaz como el componente conductual más el cambio de cogniciones, luego la activación conductual es más que suficiente para tratar con eficacia los problemas depresivos. De esta forma, se re-visan y re-consideran las explicaciones conductistas (Ferster; 1973; Skinner, 1957/1981) sobre la depresión como un efecto de la reducción de conductas reforzadas, un proceso de extinción o la pérdida de reforzadores en general. A esta hipótesis funcional se añade también la evitación de situaciones problemáticas o aversivas, donde el individuo se defiende y deja de actuar para no tener que enfrentarse a nada. Y se puede unir también la hipótesis sobre el mantenimiento de forma crónica de las conductas depresivas a partir del reforzamiento positivo de los familiares y allegados, que típicamente actúan como cuidadores, excusando sus comportamientos y permitiéndole esas conductas de evitación y pasividad en su vida.

De nuevo, la BA ha vuelto a introducir hipótesis funcionales, buscando posibles causas de la adquisición y el mantenimiento de esos problemas psicológicos, que resultan útiles para la planificación del tratamiento. Pero ahora la evaluación del caso

necesita un análisis funcional específico para detectar cuál de las posibles hipótesis, o varias de ellas, son las que están manteniendo esos problemas depresivos. De esta forma, la AC se propondrá activar los comportamientos del individuo, creando un programa de activación, planificado por pasos progresivos, que lleven al individuo desde esa inactividad y emociones negativas, a la búsqueda de nuevas actividades, nuevas interacciones, nuevos intereses, en suma, la búsqueda de reforzadores que de forma masiva aumenten todo tipo de comportamiento social de esa persona. La BA entiende la depresión en términos contextuales y trata de ayudar a las personas “deprimidas” a reengancharse en sus vidas. De esta manera, la propia activación cambiará las emociones, que ahora volverán a ser positivas, y cambiará de forma subsecuente la forma de pensar sobre los demás, su vida y su futuro. Al contrario que la hipótesis cognitiva, comenzando con la activación se consigue cambiar los pensamientos y emociones subsiguientes, con lo que la terapia es más directa, más corta e igualmente efectiva.

La BA ha proporcionado numerosas investigaciones sobre valoración de resultados en casos clínicos (Hopko et al., 2004, 2005; Mulick y Naugle, 2004; Ruggiero et al., 2005) y diseños de grupos (Cullen et al., 2006; Dimidjian et al., 2006; Hopko et al., 2003, Porter et al., 2004). También se ha creado un manual con el protocolo de esta BA (Kanter, Bush y Russ, 2009, 2011; Martell, Dimidjian y Herman-Dunn, 2013) con una versión breve de esta terapia (Lejuez, Hopko y Hopko, 2001, 2002), e incluso sus propios instrumentos de autorregistro, análisis de las interacciones diarias, y escala de evaluación de activación en problemas depresivos (Kanter et al., 2009). También ha aparecido un estudio de meta-análisis (Cuijpers et al., 2007) donde se muestran los efectos superiores de BA frente a tratamientos placebos y tratamientos farmacológicos, e idénticos a los de tratamientos cognitivo conductuales habituales, pero con menos sesiones y menos complejidad que esos otros tratamientos.

La BA supone siempre una aplicación idiográfica de los principios del análisis funcional, el terapeuta ha de tener muy presentes los principios del comportamiento y tener habilidades para realizar análisis funcionales de lo que le ocurre al cliente. Esta terapia no se caracteriza por una estructura rígida, ni existen fases, ejercicios o técnicas concretas con un orden determinado, sino que se acomodan al resultado del proceso terapéutico, reflejado en el progresión del cliente. Sin embargo, sí puede hablarse de tres etapas globales al desarrollar la BA:

- 1) Establecer una “buena relación terapéutica” y explicar el modelo, donde el terapeuta será una guía a lo largo del proceso; comenzando a trabajar sobre las funciones de la conducta depresiva; además de observar las conductas positivas o adaptativas y también la búsqueda de todo tipo de reforzadores naturales para utilizar a lo largo del tratamiento.
- 2) Monitorizar día a día la propia conducta del cliente para buscar las relaciones entre acciones y estado de ánimo; para esas explicaciones se utilizan esquemas con acrónimos que ayuden al cliente a recordar esas funciones de su propia conducta, con ejemplos adaptados de su propia experiencia.
- 3) Emplear nuevas destrezas para afrontar a los problemas, a través de la aceptación de las emociones y de la búsqueda de alternativas, provocando cambios para mejorar la vida cotidiana, y buscar acciones que sean reforzadas de manera natural en el contexto diario, y que supongan responsabilidades consigo mismo como persona.
- 4) Revisiones y prevención de recaídas; pues también en las sesiones finales de la BA se instruyen habilidades asertivas (p.ej., con *role-playing*) para revolver a los problemas diarios, para prevenir futuras situaciones aversivas, enfrentarse a conflictos con otras personas, etc.

De forma general, la estructura de trabajo va progresando mientras se van obteniendo esas pequeñas actividades positivas del cliente. A lo largo de las sesiones sí hay una serie de tareas que se repiten, para ir observando ese progreso, y que serían las siguientes: 1) Localizar necesidades de las personas en cada instante. 2) Definir los objetivos semanales dentro y fuera de las sesiones. 3) Examinar y debatir sobre las acciones de la semana anterior. 4) Crear una “agenda” o temas a trabajar en cada sesión. 5) Crear tareas o “ejercicios de prácticas” para cada sesión. También se van a utilizar como instrumento los autorregistros, no solo como forma de evaluación, sino como forma de ir consiguiendo los objetivos cada semana, donde el cliente obtiene un *feedback* de lo que va haciendo y consiguiendo, y cómo cambian sus actividades y, lo que es más importante, su estado de humor a lo largo de esas semanas.

La BA vuelve a re-considerar todos los principios del análisis funcional, y a aplicarlos ahora de forma más estricta, más conductual, sin acudir a explicaciones

cognitivas, aunque se va a aplicar de forma mucho más flexible, pues es idiográfica y se va a ir adaptando continuamente a los progresos del cliente. Al mismo tiempo, tiene en común con las demás terapias de tercera generación, la utilización expresa de las funciones del lenguaje y seguimiento de reglas, de forma que el terapeuta utilice lo que se conoce sobre la efectividad de las reglas verbales para conseguir cambiar la conducta depresiva del cliente. Además, ha de utilizar todas sus habilidades como reforzador social para aplicar el moldeamiento y cambio progresivo durante las sesiones, de forma tal que el terapeuta ha de observar en la propia sesión los cambios que se van produciendo semana tras semana.

1.3. Terapia de Aceptación y Compromiso

Puesto que el desarrollo de esta tesis doctoral tiene que ver con las técnicas que se utilizan en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), vamos a describir más en detalle esta terapia, especialmente lo relativo a sus técnicas, estudios empíricos y pruebas experimentales de sus componentes. Corresponde decir de entrada que en sus orígenes fue etiquetada como terapia contextual (Hayes, 1987) desde el primer pequeño manual inicial (Hayes, McCurry, Afari y Wilson, 1991) hasta los más genéricos y más conocidos (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999; Hayes y Strosahl, 2004) también en castellano (Hayes, Strosahl y Wilson, 2012; Wilson y Luciano, 2001). Esta terapia es una forma de tratamiento psicológico inspirada en el conductismo radical y su nombre “contextual” inicial, alude al carácter ambiental propio del análisis de la conducta.

Desde el principio, la ACT se fundamenta en el conductismo radical (Baum, 1994; Skinner, 1953/1970, 1969/1979, 1974/1987), lo que supone en el campo clínico una alternativa innovadora porque rompe con la tradición terapéutica existente, introduciendo una forma de analizar funcionalmente los eventos internos (las emociones, sentimientos, recuerdos y pensamientos) como conductas, sin tener la necesidad en entrar en los contenidos de ellos, sino la función que cumplen.

Esta forma de trabajar se interesa particularmente en el contexto dado por el lenguaje, en el que se constituyen los problemas psicológicos. La clave sería que los problemas psicológicos y sus soluciones participan, ante todo, de este contexto verbal común.

1.3.1. Características fundamentales de ACT

Steven C. Hayes ha creado la ACT a partir de los estudios de aprendizaje relacional y verbal, además de la denominada Teoría del Marco Relacional (*Relational Frame Theory*, RFT; Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001). En la literatura científica podemos ver cómo esta terapia utiliza los hallazgos sobre la conducta gobernada por reglas, empleando una nueva forma de abordar la psicoterapia, sin instrucciones directas, donde el terapeuta teóricamente solo ayuda a evidenciar las propias reglas del cliente. Esta forma de solucionar los problemas psicológicos busca combinar estrategias de aceptación y toma de consciencia del comportamiento propio por parte de los individuos como una forma de consecución del cambio conductual, por lo el aprendizaje de estas habilidades va a influir directamente en la mejora de la *flexibilidad psicológica* (Arch y Craske, 2008; Berman, Boutelle y Crow, 2009; Carrascoso y Valdivia, 2009; Ossman, Wilson, Storaasli y McNeill, 2006; Strosahl y Robinson, 2008).

La ACT se configura como una terapia conductual, radical, analítica, contextual y por tanto, funcional. Puesto que los eventos privados (sentimientos, emociones, pensamientos, recuerdos, etc.) se consideran conductas, y por tanto eventos como acción, han de considerarse siempre dentro de un contexto, no son entidades separadas, como lo consideran las teorías cognitivas donde lo que piensa el individuo es algo aparte del contexto donde ocurre, sino que han de integrarse como acciones dentro de un contexto determinado. Son acciones en curso a partir de un contexto, y siendo éste en gran medida de naturaleza verbal. Solo con propósitos pragmáticos podrían separarse las acciones del contexto en el que ocurren (Hayes, 2008; Hofmann, 2008; Ruiz, 2010; Vilardaga et ál., 2007; Yovel, 2009).

De esta forma, pues, se explican los problemas del individuo, como comportamientos (sean públicos o privados) en función de las contingencias ambientales en un momento determinado, y en función de la historia de aprendizaje que la persona haya tenido hasta ese momento. De lo que se trata no es sólo la explicación de cómo ocurren esos eventos y en función de qué, sino también es la predicción de esos comportamientos y los procedimientos para cambiarlos si así se decide por el cliente. En este caso, el nivel de predicción vendrá dado por el grado de conocimiento del terapeuta sobre la historia de esos problemas y su conocimiento sobre las variables

actuales que puedan estar manteniéndolos, y en este sentido muchas de esas variables serían de tipo verbal.

Una categoría diagnóstica elaborada también por Hayes y su grupo sería la de *evitación experiencial* (Hayes, Wilson, Gifford, Follete y Strosahl, 1996; Luciano y Hayes, 2001) que supone un análisis funcional explicativo sobre el mantenimiento de muchos problemas psicológicos humanos. Este patrón de evitación estaría formado por numerosas respuestas, con topografías muy diferentes pero que tienen todas ellas la misma función: eliminar el malestar y los eventos privados aversivos, al igual que el contexto en el que se inscriben y que presumiblemente los causa. Es decir, no querer experimentar los pensamientos, recuerdos, sentimientos, sensaciones y emociones que nos aparecen en un determinado contexto. Este comportamiento de evitación es reforzado negativamente por la disminución del sentimiento de incomodidad, vivido en el momento, a corto plazo (Blackledge y Hayes, 2001; Gaudiano, 2009; Ruiz, 2010; Ruiz y Luciano, 2009; Wilson y Luciano, 2002; Yovel, 2009), pero que se mantiene y aumenta a largo plazo. De esta forma, cuanto más intenta el cliente evitar tener esos recuerdos, esos pensamientos o esos sentimientos que le resultan aversivos, más los aumenta y mantiene en su vida. Podría hablarse en un paralelismo con otros problemas clínicos, como una *fobia a los propios pensamientos* o el *trastorno de personalidad evitativa*, pero esa categoría funcional va más allá de un diagnóstico formal. En la literatura se refieren a este trastorno de evitación experiencial como una clase funcional limitante, el individuo ha aprendido a apartar todo tipo de eventos privados, no quiere experienciarlos a nivel privado, por lo que ese patrón repetitivo de evitación mantiene aún más sus problemas.

Esta teoría no solo será explicativa de gran parte de los problemas psicológicos adultos, sino también predictiva de patrones de conducta problemáticos, como es el caso de la llamada *flexibilidad psicológica*. Es decir, teóricamente aquellas personas que desarrollan a lo largo de su historia esa falta de flexibilidad psicológica, apenas tienen contacto con las contingencias directas y naturales de su comportamiento, viven en función de su contexto verbal, muchas veces como eventos privados que controlan su conducta de forma rígida (seguimiento de reglas de cumplimiento), lo que no le permite cambios en su vida, ni adaptaciones a un nuevo contexto relacional con los demás, ni por supuesto tener contacto directo con el aquí-ahora donde las contingencias directas cambiarían su conducta futura. Así, pues, un *patrón de inflexibilidad psicológica* puede

predecir con toda seguridad la aparición de problemas psicológicos de distinta índole. No solo eso, sino que si se promueve a lo largo de la terapia una mayor flexibilidad en esos patrones de conducta, se puede predecir que con seguridad el individuo tendría un mayor contacto con su realidad, se adaptaría a los cambios en su ambiente más rápidamente, y viviría el momento de una manera más positiva, con patrones de conducta dirigidos hacia el futuro, con objetivos y metas más flexibles en su vida.

Con esta base, pues, esta concepción contextual permite también la planificación de diversas técnicas de modificación de conducta, para esa evitación experiencial y esa rigidez de comportamiento. Se genera así toda una terapia ACT que se va nutriendo de diversas fuentes a lo largo de los últimos años, pero que tiene como nexo fundamental conseguir la *aceptación*. Es decir, la forma conductual de eliminar una conducta bajo reforzamiento negativo es bloquear ese reforzamiento, extinguir los intentos de eliminación de experiencias, sensaciones y emociones. Pero en un contexto verbal de terapia con adultos, con eventos privados, resulta bien difícil parar los pensamientos o no tener determinadas sensaciones, puesto que el propio intento ya constituye una estimulación discriminativa para la evitación (p.ej., es muy conocido el ejercicio de “intentar no pensar en un oso blanco”, la propia instrucción ya induce la imposibilidad de evitación). Aunque la modificación de conducta ya ha mostrado la eficacia de técnicas como la “parada de pensamiento” o la “distracción focalizada” para eliminar pensamientos rumiatorios, recurrentes o aversivos en general (Barraca, 2011; Luciano y Algarabel, 2007), desde esta perspectiva esas técnicas no harían sino aumentar más esos pensamientos. De esta forma, la ACT va a utilizar la aceptación, es decir, dejar de intentar evitar, experienciar y contemplar los propios eventos privados tal cual son, sin quitarlos de en medio, como estrategia para conseguir esa extinción y desaparición progresiva de la evitación. A lo largo de las primeras fases de ACT se va a intentar bloquear las evitaciones del cliente, que deje de hacer lo que hacía antes con sus eventos privados, los acepte, describa y contemple como son. Y para lograrlo ACT utiliza también un cambio del contexto verbal durante la terapia, introduciendo numerosas metáforas, ejemplos, ejercicios experienciales, etc., para lograr esa aceptación y hacer ver al cliente que el propio intento de evitación es el problema. A partir de ahí, el cliente habrá de buscar, ayudado o guiado por el terapeuta, cuáles son sus *valores*, o reglas verbales propias, con las que desea actuar en el futuro, por lo que ACT se centrará también en el cambio de valores (como reglas verbales de seguimiento) que son los que

podrían mantener a largo plazo acciones valiosas, centradas en las contingencias presentes, y dirigidas a nuevas fuentes de reforzamiento y satisfacción vital para el cliente. De ahí, pues, su segunda denominación como terapia del *compromiso*, puesto la fase final a conseguir en ACT es que el cliente adquiera compromisos frente al terapeuta para cambiar su vida y comience a cambiarla de manera efectiva, centrado en el aquí-ahora, el contacto con las contingencias directas naturales y la flexibilidad psicológica en sus circunstancias futuras.

Luciano y Valdivia (2006) resumen de esta forma las características específicas de ACT: a) interacciones centradas en las acciones valiosas, como medio para el cambio conductual; b) el malestar/sufrimiento como normal; c) la resistencia a sentir el sufrimiento ocasiona el sufrimiento patológico; d) utiliza el análisis funcional de los comportamientos como herramienta; e) plantea como objeto terapéutico flexibilizar la reacción al sufrimiento. por tanto romper del patrón de evitación pues estos son el problema; y f) suscitar la aceptación con plena conciencia los eventos privados que aparezcan.

1.3.2. La evitación experiencial y la flexibilidad psicológica como explicaciones en ACT

ACT no formula una filosofía novedosa sobre la vida, sino que recoge la filosofía de vida que ha sido propagada desde diferentes tradiciones culturales. La experiencia de las emociones contrarias (sufrimiento-placer) históricamente forma parte de diferentes tradiciones religiosas, antropológicas, literarias y filosóficas (Hayes, Stroschal y Wilson, 1999; Luciano, 2001; Szasz, 1960; Wilson y Luciano, 2002). Esta tradición filosófica argumenta que el sufrimiento y el placer están en la misma dimensión, produciendo un continuo emocional, uno no puede ir sin el otro. La cuestión es que la civilización occidental moderna ha propiciado una forma de pensar y actuar, que tiende a anular todo tipo de dolor, evitar todo tipo de sufrimiento, no pensar en las situaciones difíciles, no vivir ninguna emoción negativa. Ello ha llevado a un entorno cultural de la evitación, y más específicamente de la “evitación experiencial”, donde nadie quiere sentir emociones negativas, recordar hechos pasados aversivos, o afrontar situaciones difíciles en el día a día. En su lugar, se propicia la ingesta de fármacos, de bebida y drogas de todo tipo, de vías de escape rápidas en diversión y entretenimiento.

El problema es que la evitación aumenta aún más por reforzamiento negativo la propia conducta, puesta en marcha para eliminar esas sensaciones, emociones y recuerdos. Y de hecho gran parte de la modificación de conducta y de las terapias cognitivo-conductuales están también dentro de este esquema evitativo, el terapeuta ayuda a eliminar los “síntomas” que producen dolor y sufrimiento.

Por el contrario, el objetivo de ACT va a ser ayudar a las personas a enfrentar su dolor, su sufrimiento, sus recuerdos, sus obsesiones, localizando las circunstancias que crean limitaciones psicológicas, es decir, bloqueando esa evitación y cambiando el contexto que las mantiene; y posteriormente construyendo un repertorio extenso y flexible de acciones encaminadas a avanzar en direcciones personalmente valiosas. Se ha de aceptar que el *miedo*, el *sufrimiento*, el *dolor*, no son en sí mismos síntomas incapacitantes, sino emociones y pensamientos que forman parte de la vida, al igual que las emociones positivas o placenteras. El verdadero problema estaría en la acción fusionada de eventos privados-públicos, respondiendo al contexto verbal y no al entorno *real físico* “sobre su piel”, así como todas las acciones de evitación que el cliente va desarrollando a lo largo de su vida.

Desde esta perspectiva, ACT propone que la persona con problemas psicológicos no sería consciente de los pensamientos y sensaciones como un proceso en marcha, sino que las acciones y las personas en sí mismas, están fundidas, forman una unidad en sus eventos privados. Es decir, no perciben estos pensamientos y sensaciones como algo que ocurre, sino como algo consustancial con él mismo.

ACT sostiene que la base de los problemas psicológicos se encuentra en el lenguaje, haciendo inevitable que en ciertas condiciones surjan pensamientos y sensaciones que puedan vivirse como “fóbicos”, de los que hay que huir y a los que se teme. El entorno cultural occidental basado en un contexto verbal es el que también nos incita a combatir contra nuestros eventos privados como la solución a ese sufrimiento, nos empuja a quitar de en medio cualquier mínima sensación desagradable, a pesar de que con frecuencia los resultados de tales luchas resulten desacertados.

ACT se presenta clínicamente como una alternativa, intentando debilitar, flexibilizar esta condición verbal mediante, metáforas, paradojas y ejercicios experienciales de forma que se aprenda a tolerar y aceptar los pensamientos, sentimientos, recuerdos, sensaciones, y actuar con ellos solamente como eventos

privados, y responder directamente al entorno, pero sin tener fusionados unos y otros eventos. De esta manera, en ACT se propone modificar las relaciones con los eventos privados, filtrar a lo largo del proceso terapéutico lo que le importa a la persona en su vida, y adquirir un compromiso de actuación en el aquí y ahora.

En los textos más actuales de ACT ha surgido un nuevo concepto, que se pretende explicativo, y es la “rigidez psicológica” y su contrapartida la “flexibilidad psicológica”, que se pretende como un modelo unificado del funcionamiento humano (Hayes, Stroschal y Wilson, 2014). Este concepto hace referencia a un conjunto de procesos y comportamientos relacionados de una forma congruente y que contribuyen a la adaptabilidad humana, mientras que la “rigidez” contribuiría al sufrimiento y la psicopatología. Además, este concepto se describe de manera gráfica como un *hexaflex* (un exágono interrelacionado) en cuyas puntas estaría cada uno de esos procesos que influyen en la inflexibilidad psicológica:

- 1) La evitación experiencial, y su contrapartida en la terapia sería conseguir la aceptación.
- 2) La fusión cognitiva, y la tarea en la terapia sería conseguir la defusión.
- 3) La vinculación con el yo-conceptual, y se pretende durante la terapia conseguir establecer el yo como contexto.
- 4) Los patrones de evitación persistentes, que también suponen inactividad o impulsividad, y que durante la terapia se busca un compromiso de acción, no evitar.
- 5) Predominio de valores de conformidad, fusión y evitación, e incluso la quiebra de valores que trae el cliente la terapia, donde el objetivo sería conseguir tener unos valores acordes al contexto real, actuar y comprometerse con ellos.
- 6) Un patrón de conducta inflexible regido por esos valores y por aprendizajes pasados, cuyo objetivo durante la terapia sería sustituir por una atención flexible al momento presente.

Siguiendo este modelo, el vivir supone también sufrimiento y estar empeñados en una acción continua de evitarlo lleva a esa rigidez. Esta inflexibilidad psicológica hace que el individuo no se adapte al contexto interno o externo real, que no se adapte a las circunstancias naturales de su entorno, que no tenga contacto con las contingencias

naturales de su conducta. El elemento clave desde esta teoría es que el problema fundamental se mantiene por el contexto de la actividad verbal privada, los pensamientos y emociones privados. El individuo responde al contenido de esa actividad, y es lo que suelen hacer los terapeutas cognitivo-conductuales, trata de evitarlos y eso le hace sufrir porque no lo consigue, el efecto es una lucha continuada consigo mismo y sus eventos privados. Desde ACT se trata de cambiar el contexto de esa actividad verbal privada, no el contenido, cambiar el control contextual para que el individuo esté más en contacto con las consecuencias positivas de sus acciones, que viva de acuerdo a la contingencias que le ocurren, que viva en el momento presente.

1.3.3. Fases y tareas en ACT

Pero ¿cómo se propone ACT llegar a conseguir modificar esas relaciones con los eventos privados?, ¿cómo adquirir un compromiso de actuación en la vida?, y ¿cómo realizar todo ello durante la terapia?. Funcionalmente, los autores delimitan seis fases en el desarrollo de esta terapia, cada fase tendría sus objetivos, estrategias e intervenciones propias (Hayes, Stroschal y Wilson, 1999):

Fase 1: *Desesperanza creativa*. Especialmente se dirige a anular todas las conductas de evitación que suele realizar la persona, para no tener contacto con sus experiencias privadas. Es una experiencia “emocionalmente dura” en tanto que sitúa a la persona en contacto su realidad, con la paradoja de intentar controlar los eventos privados para eliminarlos o evitarlos. Las personas en este proceso, no solo deben de asumir la responsabilidad de su sufrimiento, sino también, de la solución. En esta fase, se pretenderán eliminar los repertorios de evitación emocional, que constituyen parte del mantenimiento de los problemas psicológicos; paralelamente se pretende cambiar el soporte verbal y social que mantiene esa evitación continua. Son actuaciones dirigidas a generar las condiciones para que el individuo experimente su realidad: lo que quiere, lo que hace para conseguirlo y los resultados obtenidos a corto y largo plazo.

Fase 2: *El control*. En contexto social donde vivimos nos presenta el mensaje que la conducta anormal es el resultado de los eventos internos. En la psicología popular, e incluso en muchas concepciones psicológicas no solo cognitivo-conductuales, se asume que para que una persona sea capaz de controlar su conducta

debe controlar los eventos internos, puesto que éstos serían la causa de los eventos públicos. En esta fase el terapeuta pretende llevar al cliente a una acción de estar dispuesto a identificarlos, vivir con ellos, y no huir de ellos. Los eventos privados serían otro tipo de conducta, pero no la causa de la conducta externa que tiene.

Fase 3: *Aceptación*. Esta etapa trata de dismantelar las funciones del lenguaje y su relación con las emociones o los recuerdos. Los autores en principio denominaron este proceso como «desliteralización», y posteriormente lo denominaron “defusión”. Siendo el objetivo de ACT que las personas deje de comportarse de manera literal a lo que le dicen sus pensamientos, que contemple y acepte sus emociones como lo que son, como eventos privados pero que no tienen que llevarle a ninguna acción. El objeto de la aceptación es que las personas aprendan a experimentar sus eventos privados negativos sin hacer nada, solo siendo conscientes de que están ahí, que los están experimentando, pero no ha de evitarlos sino aceptarlos tal cual son. Se trataría de conseguir un control contextual de cada tipo de conducta por separado: una conducta es el lenguaje o pensamiento privado y otra la emoción que se siente. Ambos tipos de conducta no tienen porque estar *fusionadas*, la persona ha de responder al contexto en que se encuentre, no a lo que le dicen sus pensamientos y emociones.

Fase 4: *El yo como contexto y no como contenido*. Este es un punto importante del tratamiento, pretende que la persona llegue a entender que ella no es equivalente a sus conductas, el *yo* es el contexto desde el que se actúa pero no debe estar fusionado con esas conductas, ya sean públicas o privadas. Se trata de situar al *yo* como foco desde el que actuar y distinguirlo de las emociones, pensamientos o recuerdos, todo ello a través de diversos tipos de ejercicios y metáforas verbales. En suma, se trata poder *tener* eventos privados mientras también se presta atención a lo que se quiere, y elegir entonces actuar en dirección valiosa. De esta forma, se podrá asumir un pensamiento o una emoción determinados, pero apreciar que estos no son su *yo*, sino solo son pensamientos o emociones que tiene en ese momento.

Fase 5: *Los valores*. Desde ACT se entienden como valores a las *direcciones vitales globales*, elegidas, deseadas y construidas verbalmente, pero que son más que reglas verbales auto-generadas. Los valores pueden alcanzarse a partir de la conducta pero nunca pueden ser conseguidos como un objeto (véase revisión en Páez et al., 2006). Por todo ello los valores del cliente son un elemento decisivo para suscitar el

cambio comportamental. Los valores están presentes desde la primera sesión de la terapia, puesto que el cliente ya llega con unos valores y contextos de valor determinados, que son precisamente los que le están produciendo sufrimiento. Emociones que el cliente intenta controlar y cambiar, pero que no consigue de forma alguna, atrapado en unos valores construidos social y verbalmente que no le dejan otra escapatoria. Realmente sin ese contexto de los valores personales del cliente no habría sufrimiento, ni problema psicológico para resolver en la terapia. Pero también ese contexto de valores es donde se va a producir la experiencia de la *desesperanza creativa*, o el proceso de *defusión* durante la terapia. Sin los valores no habría ni problema, ni solución.

Fase 6: *El compromiso*. En este momento se procura comprometer al individuo con el cambio, aunque es un proceso que deber surgir desde las primeras sesiones. Para ello el cliente debe estar dispuesto a realizar acciones de acuerdo a sus valores, y asumir las consecuencias que ello tiene, es decir, *tener* emociones, pensamientos y eventos privados de carácter aversivo. En suma, desde ACT se resalta el compromiso con las trayectorias valiosas que el cliente elige, que ha de ser con la plena conciencia de la aceptación de los pensamientos, recuerdos y sensaciones de cualquier tipo que emerjan en cualquier momento. En la fase final de ACT, el individuo ha de estar dispuesto para convivir con cualquier dificultad o malestar que surja, manteniendo firme con sus valores, asegurándose que *sus acciones van en dirección de sus objetivos en la vida*.

1.3.4. Técnicas terapéuticas de ACT

Los componentes y técnicas de ACT presentan ligeras variaciones en las sucesivas versiones de esta terapia (Hayes y Strosahl, 2004; Hayes, Strosahl y Wilson, 1999, 2014; Luoma, Hayes y Walser, 2007; Strosahl y Wilson, 1999; Wilson y Luciano, 2002), apareciendo en cada manual nuevos ejemplos y metáforas, adaptaciones explicativas en la RFT, nuevos conceptos desde la “desesperanza creativa” a la “defusión”, y desde la “evitación experiencial” a la “rigidez y flexibilidad psicológica”.

Los métodos clínicos de ACT se han forjado por la investigación de la Teoría del Marco Relacional (RFT), que abordaremos más adelante, y por el ajuste de la terapia a las necesidades del individuo en cada momento, por lo que ACT ha tenido

bastantes variaciones a lo largo de su corta historia. Pero además, muchas de sus técnicas provienen también de otras terapias (véase Hayes et al., 2004; Páez, Gutiérrez, Valdivia y Luciano, 2006; Pérez-Álvarez, 2001). En esta mezcla de técnicas, ACT ha tomado desde la logoterapia, la filosofía oriental, las metáforas literarias y los ejercicios experienciales de la fenomenología. Todo ello implica que lo fundamental de ACT no son las técnicas, sino cómo se utilizan, es decir, su función.

Las técnicas clínicas de ACT se valen de diversas modalidades verbales, aunque no puede hablarse de ellas como técnicas: las *metáforas* que han de ser analogías del problema, son ejemplos verbales que actuarían como relaciones de equivalencia verbales entre la historia contada y el problema del cliente. Encontrando una solución en la metáfora, el cliente puede hallar también la solución o la orientación terapéutica de qué hacer, sin que sea una instrucción directa. Lo importante de las metáforas es que pueden adaptarse, cambiarse, inventarse, y que será bienvenida cualquier historia que funcionalmente sirva para cambiar el contexto verbal del patrón de evitación del cliente. Las *paradojas* muestran las trampas verbales, cambian el control contextual de las verbalizaciones que hace el propio cliente y crean nuevas relaciones verbales por equivalencia. En este caso, cambiando drásticamente el contexto de esas afirmaciones, por lo que sirven funcionalmente al objetivo contrario al que aparentemente se describe en esas paradojas. En si mismo, el hecho de que desde la primera sesión se le diga que no luche contra sus emociones, que deje de hacer lo que venía haciendo hasta el momento, es una paradoja total para el cliente. Los *ejercicios experienciales* son la práctica de la exposición a los eventos privados, que incluyen también técnicas como el *mindfulness* o “atención plena”, como forma de estar en contacto con los eventos privados, aceptándolos, sin rechazarlos ni evitarlos. Realmente son los ejercicios *in situ* que más convencen al cliente, le cambian el contexto verbal respecto a lo que venía acostumbrado en su historia, adquiere un nuevo repertorio aunque sea durante breves momentos en la sesión, pero que pone en práctica teóricamente y generaliza luego en su vida diaria. Precisamente uno esos ejercicios experienciales sobre la defusión constituye el objetivo de investigación de esta tesis. Todas estas técnicas buscan una regulación verbal adecuada de los problemas psicológicos del cliente, sin embargo, aunque en los textos oficiales no aparezca, el terapeuta sigue empleando las técnicas de modificación de conducta habitual: reforzamiento positivo, extinción, bloqueo de evitación, reforzamiento diferencial, moldeamiento, etc., como muchos otros terapeutas.

1.4. Reglas verbales en la terapia

Tanto en la terapia de ACT, como en otras contextuales o de la tercera generación, resulta fundamental el uso de “reglas verbales” puesto que toda la interacción terapéutica se basa en un diálogo continuo entre terapeuta y cliente. Dentro de ese diálogo, el terapeuta en ocasiones está dando reglas verbales de distinto tipo, y más en concreto en ACT el terapeuta trata de crear nuevas reglas verbales, reglas auto-generadas, que propicien en cambio de conducta en el cliente. Muchas de esas reglas precisamente se van creando a lo largo de los diversos ejemplos, metáforas y ejercicios experienciales. Además, desde un punto de vista estricto, los valores que tanto fundamentan el trabajo en ACT no son sino reglas verbales más o menos complejas, pero que dirigen el comportamiento del individuo.

Hacia 1966 Skinner diferencia ya entre conducta moldeada por las contingencias y conducta gobernada por reglas. “Aquella conducta que satisface un complejo conjunto de contingencias, y de este modo permite resolver un problema, puede verse como el resultado directo del moldeamiento por las contingencias... o la conducta puede ser evocada por estímulos relacionados a dicha contingencia, ya sea que los haya construido la misma persona que enfrenta el problema o por otros. La diferencia entre el seguimiento de una regla y la conducta moldeada por las contingencias se hace obvia cuando contrastamos instancias particulares que son muy claras en un caso y en el otro” (Skinner, 1966 pág. 241). Una regla es un estímulo discriminativo que especifica una contingencia, habitualmente es de tipo verbal y es dado por los otros, pero también se pueden formar a partir de la experiencia generándose auto-reglas de acuerdo a las cuales se comporta el individuo.

Las conductas son moldeadas por contingencias cuando se aprende a discriminar eventos y a responder dependiendo de sus consecuencias directas y naturales. Las reglas en cambio, son estímulos verbales que especifican y describen las contingencias (Labrador, 1998) o bien descripciones verbales de contingencias conductuales (Malott, 1989), pero que son mantenidas por el reforzamiento social de otras personas, por uno mismo, y en último extremo también por contingencias naturales. Esto implica que la conducta gobernada por reglas está bajo control más de las reglas verbales antecedentes que del contacto directo con las contingencias que le siguen. Esta favorece a los seres

humanos a responder en un modo muy efectiva en situaciones donde las contingencias pueden ser poco efectivas. Según Bijou (1995) una persona debe poseer una historia de conducta moldeada por contingencias que comprenda una selección de comportamiento verbal primero, para poder comprender y seguir las reglas verbales después. En sí, ambas acciones que gobiernan la conducta contribuyen al conocimiento, pero ese conocimiento es adquirido por la experiencia en el caso de la conducta moldeada por contingencias, y en el caso de la conducta gobernada por reglas es obtenido por la información verbal (Bijou, 1995).

La conducta gobernada por reglas se ha convertido en una de las áreas de investigación más importantes en los últimos años, en particular porque convierte a las personas en “insensibles” a las contingencias directas (Catania, Matthews y Shimoff, 1990), y parece explicar muchos fenómenos propios de la conducta humana, en particular para la psicología clínica (Zettle y Hayes, 1982). Es decir, bajo reglas verbales una persona puede temerle a salir sola a la calle porque piense que se va a desmayar; el individuo puede mantenerse a dieta y tener conductas purgativas continuadas, consiguiendo adelgazar casi hasta el extremo de morir; una persona puede mantener una orientación sexual oculta por el miedo al qué dirán; o puede mantenerse en una conducta pasiva y depresiva porque piense que ya se ha jubilado y no sirve para nada; e incluso puede colocarse un cinturón de dinamita alrededor del cuerpo e inmolarse en un mercado público porque piense que sirve a la causa justa y encontrará mayores beneficios en el más allá. Todos ellos son ejemplos de insensibilidad a las contingencias directas y naturales, llegan incluso a superar a la máxima de supervivencia del individuo. En suma, las reglas verbales gobiernan otras conductas, serían estímulos discriminativos para otras conductas, y en determinados casos pueden llegar a ir en contra de las contingencias naturales. En este caso, ACT va a manejar constantemente estas reglas verbales en forma de “valores” al principio o al final de la terapia, serían reglas que propician una rigidez conductual, impiden que el individuo se adapte a su contexto natural, le impiden que tengan contacto directo con esas contingencias y por tanto siga solo la regla. Durante la terapia ACT se buscará la mayor flexibilidad conductual, que el cliente tenga contacto directo con su realidad, que viva en el aquí ahora, y se deje moldear por sus vivencias, más que seguir reglas estrictas (Törneke, Luciano y Valdivia, 2008).

Por otro lado, la ventaja de la adquisición de una conducta mediante reglas verbales es que es mucho más rápida y a veces puede mantenerse con mayor probabilidad que una conducta moldeada. Por tanto, también es importante que el terapeuta maneje las técnicas para hacer efectivas las reglas verbales. En este sentido, Grant y Evans (1994, citado en Labrador, 1998) resumen las formas de fortalecer o hacer más efectivas las reglas:

1. *Describir consecuencias diferenciales*, es decir, describir qué resultados se obtienen por seguirlas y por no seguirlas. Especialmente si se incluye en la regla la descripción de las consecuencias de reforzamiento positivo, éstas serán más efectivas.
2. *Especificar y describir claramente las reglas*. Cuanto más específica sea la regla, es más fácil de controlar, para ello será beneficioso una descripción precisa del antecedente, el cómo ejecutar la conducta y la descripción específica de la consecuencia de emitir o no la conducta.
3. *Combinar reglas con razones*. Toda regla tienen su resultado natural, al hacer la descripción de una regla incluyendo ese regulado, es mucho más fácil seguirla y permite además su generalización, pues las consecuencias naturales siguen estando presente en diversos ambientes y son las que ocurrirán cuando efectivamente se ejecute esa conducta.
4. *Combinar reglas difíciles con reglas fáciles de seguir*. Esta combinación refuerza las reglas difíciles con las reglas fáciles. De manera similar al principio de Premack, una regla que tenga alta probabilidad puede actuar como reforzador de otra de menor probabilidad.
- 5.- *Establecer reglas que se apliquen de forma personal* o directa a la persona más que de forma impersonal. Cuando la regla incluye de forma personal en su descripción al propio individuo que la ha de ejecutar, es más probable que se siga. De ahí que en terapia las reglas auto-generadas o auto-referenciales tengan mayor probabilidad de mantener el comportamiento del propio cliente.

Otra propiedad principal de las relaciones verbales y las técnicas terapéuticas empleadas en ACT, es la regulación verbal, es decir, la manera en que una respuesta o

estimulación verbal puede a su vez modificar una conducta operante. Existirían tres tipos básicos, identificados desde Hayes, Zettle y Rosenfarb (1989):

- *La regla de cumplimiento (pliance)* sería aquella en que la realización de la conducta, que describe la regla, es reforzada y mantenida por otras personas. Es la forma más básica de regulación verbal, y atañe a una historia con numerosas ocasiones en las que los otros han reforzado ese seguimiento de las reglas. Estarían siempre mediadas por terceros. En terapia precisamente son las reglas directas que se suelen dar en la modificación de conducta o en terapia cognitivo-conductual. Se espera que el cliente siga las instrucciones del terapeuta sobre qué hacer, qué pensar, cómo actuar en un momento dado una vez salga de la terapia.

- *La regla de seguimiento (tracking)* sería aquella en que al hacer lo que dice la regla, el individuo obtiene contingencias directas. Implica una historia con numerosas ocasiones en las que hacer lo que se dice, ha sido reforzado por las consecuencias propias o naturales de la acción. En este caso, aunque estén iniciadas por otros, pueden ser independientes de las consecuencias mediadas por otros, y estarían más bajo control de las contingencias directas naturales. Estas reglas también pueden ser auto-generadas a partir de la propia experiencia del individuo. En el caso de casi todas las terapias contextuales es el tipo de reglas que se intenta utilizar, tratar de conseguir que el individuo obtenga sus propias conclusiones, sus propios criterios de actuación, su propia solución a los conflictos, en suma sus propios valores con los que manejarse en la vida.

- *Las reglas motivacionales (augmenting)* es el control motivacional de las reglas sobre la probabilidad de las conductas a las que antecede, sin tener una función explícita de estimulación discriminativa. Es una forma de control más compleja en tanto que implica la existencia ya en el repertorio del individuo de un seguimiento de otros tipos de reglas, a las que al añadir estas otras de carácter motivacional pueden aumentar o disminuir la probabilidad de seguimiento de las primeras. En este caso, algunas de las historias, metáforas y ejercicios experienciales en ACT pueden actuar también como reglas motivacionales que aumente la probabilidad de seguir esas reglas que ha obtenido durante la terapia, después también en su vida diaria.

1.5. Teoría del Marco Relacional (RFT)

El rápido crecimiento que se ha dado en la investigación del lenguaje y la cognición desde un punto de vista conductual, ha sido en el campo de las relaciones derivadas de la equivalencia entre estímulos. Estas investigaciones constituyen otra de las bases en que se fundamenta ACT.

El efecto básico de equivalencia es la aparición de una nueva relación estimular, sin haberse entrenado explícitamente, a partir de un entrenamiento relacional solo en algunos de esos estímulos. En un experimento típico sobre relaciones de equivalencia se entrega refuerzo por la elección de un estímulo arbitrario B en la presencia de otro estímulo A, y por la elección de C en la presencia de B. La mayor parte de humanos con destrezas verbales son capaces, a partir de este entrenamiento básico, hacer nuevas relaciones estímulares sin entrenamiento explícito. Es decir, el individuo puede relacionar en los primeros ensayos de prueba los estímulos A y C correctamente, sin que antes hayan estado juntos en ninguna parte de ese aprendizaje. Además, ahora los participantes también seleccionarán sin entrenamiento posterior: C dado A y A dado C, de acuerdo con las relaciones derivadas de estímulo implicadas de forma combinatoria. Siguiendo tales ejecuciones derivadas, se dice que el estímulo participa en una clase de equivalencia (Sidman, 1994) o en un marco relacional de coordinación (Barnes, 1994; Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001).

Por ejemplo, en la experimentación básica si se enseña a un niño a relacionar el dibujo de un coche (A) con la palabra escrita “coche” (B), y este a su vez con la palabra escrita “car” (C), sin más entrenamiento el niño será capaz de relacionar el dibujo del coche con la palabra en inglés “car” (A-C), aunque todavía no sepa leer ni sepa inglés naturalmente. En un ejemplo más clínico, si una cliente por su experiencia ha aprendido a relacionar el sonido de una sirena (A) con “ambulancia” (B), y esta a “accidente” (C), aunque no haya tenido experiencias directas con ambulancias y accidentes, inmediatamente relacionará el sonido con un accidente (A-C), sentirá un escalofrío y puede que también lo relacione con su marido que está de viaje en coche (A-D). Todo ello sin una elaboración cognitiva o aprendizaje directo, sino por equivalencia entre estímulos, que es automática tras establecerse una primera relación. Así, puede explicarse cómo se adquieren y extienden muchos problemas psicológicos, no solo por

la generalización habitual, sino más allá de la experiencia directa con los estímulos originales, por un aprendizaje relacional por equivalencia entre ellos.

A partir de este tipo de investigaciones sobre aprendizaje por relaciones de equivalencia, Hayes elaboró la denominada Teoría del Marco Relacional (*Relational Frame Theory*, RFT), en la que plantea que la formación de múltiples respuestas relacionales a partir de una historia de contingencias dadas, ese aprendizaje facilitaría una operante relacional que queda bajo un tipo de control contextual (Barnes-Holmes, Rodríguez y Whelan, 2005). A partir de estas relaciones básicas de equivalencia, por ejemplo solo del tipo A-B-C, la RFT ha elaborado otros tipos de relaciones estimulares que se concretan en los denominados “marcos relacionales”, es decir, diversos aprendizajes relacionales por entre estímulos que definen diversos tipos de equivalencias entre esos estímulos. La importancia de las relaciones derivadas reside en que, dado un estímulo que tiene una función, es decir que elicitaba una conducta en ese contexto, si otro estímulo establece una relación con él en ese contexto, la función de ambos queda transformada por la relación. Por ejemplo, en el caso clínico mencionado anteriormente, esa cliente no solo relacionaría entre sí y estarían en la misma equivalencia los estímulos “sirena-ambulancia-accidente-marido”, sino que si uno de los estímulos tiene una función aversiva como es “accidente”, entonces esa función aversiva se transfiere también al sonido, a ver la ambulancia y a pensar en el marido, con lo que la preocupación y ansiedad serán inmediatas.

Se definen y estudian un conjunto de nueve aprendizajes de características relacionales (Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001; Wilson y Luciano, 2002):

1. *Coordinación*, es una relación de parecido o semejanza conductual entre estímulos (A es igual a A).
2. *Oposición*, hace referencia a las propiedades contrarias de eventos como la temperatura, luminosidad, emocionalidad, etc., (A es lo contrario de B).
3. *Distinción*, implica que dos o más eventos no pueden ser comparables a partir de ningún criterio, simplemente se distinguen uno de otro (A es diferente de B).
4. *Comparación*, clasifican los eventos en dimensiones físicas aparentes comparando unas con otras (A es mayor que B, B es menor que A).

5. *Jerarquía*, que se refieren a aspectos atributivos de clase y categoría, estableciendo entre ellos un orden o prelación entre los diversos estímulos comparados (A incluye a B).
6. *Relaciones temporales*, son con las que se ubican los sucesos en un continuo desde la perspectiva del tiempo aquí-y-ahora (A ocurre antes que B)
7. *Relaciones espaciales*, que describen la ubicación de los eventos en un espacio tridimensional determinado (A está encima de B, B está delante de C).
8. *Condicionidad y causalidad*, establecen relaciones sucesivas entre eventos bien por ser una causa y efecto seguidos, o porque un estímulo es condición para la ocurrencia de otro (Si A entonces B).
9. *Relaciones deícticas o de perspectiva*, suponen el desarrollo de la identidad de los individuos, suponen los estímulos relacionales de la perspectiva del hablante. Se sitúan en relaciones comparativas como todas las anteriores entre el yo y los otros (yo-tu, mío-suyo, nosotros-ellos).

A su vez, los marcos relacionales deben desempeñar tres propiedades relacionales: la vinculación mutua, la vinculación combinatoria y la transformación de funciones de estímulo (Barnes, Barnes, Smeeth, Cullinam y Leader, 2004; Barnes et al., 2004; Hayes et al., 2001; Luciano y Gómez, 2001; Luciano, Barnes y Barnes, 2001; Wilson y Luciano, 2002).

- *La vinculación mutua* afirma que si dos estímulos están relacionados de una manera particular en un contexto explícito, una relación inversa los debe vincular bidireccionalmente. De este modo dado un estímulo A que se relaciona de una forma particular con otro estímulo B, entonces en un contexto semejante, se derivará una relación entre B y A, consistente con la clave contextual y la relación directa previa entre A y B. La primera relación se especifica, la segunda se deriva sin entrenamiento. Esta propiedad establecería la bidireccionalidad, aun cuando esta bidireccionalidad no sea simétrica, por lo que sobrepasaría el concepto de la equivalencia de estímulos.

- *La vinculación combinatoria* es una relación derivada entre dos estímulos cuando estos han sido relacionados de manera indirecta por otro u otros estímulos. Si en un contexto particular A está relacionado con B y B con C, A y C estarán relacionados

en ese contexto de manera indirecta. Se corresponde con la relación transitiva y la relación equivalente en los marcos de equivalencia. La vinculación combinatoria se aplica a cualquier tipo de relación entre los estímulos, desde la de equivalencia o coordinación hasta otras de no equivalencia.

- *La transformación* de la función de estímulo ocurre cuando un estímulo en la red relacional tiene ciertas funciones conductuales, modificando las funciones de otros eventos en la red de acuerdo con la relación derivada subyacente. Incluiría tanto la transferencia (cuando la función se deriva a través de un marco de equivalencia, por ejemplo A es como B), como la transformación (cuando la función se deriva a través de marcos de relaciones entre estímulos que no son de equivalencia) (Wilson y Luciano, 2002).

Las relaciones arbitrarias aprendidas en esos marcos relacionales son completamente arbitrarias, están establecida por la comunidad verbal en que se incluyen, y por tanto no tienen que estar sujetas a las propiedades físicas de los estímulos. Por ejemplo, podemos decir que un billete de 50 euros tiene igual valor que 50 monedas de euro, pero también que estas últimas pesan más que el primero, y que se pueden distinguir de otras monedas de otros países aunque tengan parecido físico, también que el billete lo tengo en la cartera y las monedas en el bolsillo, o bien que es preferible un billete a las monedas sueltas, e incluso que yo tengo un billete de 50 euros y tu no, o sea que no te lo presto (función social). Todas estas relaciones estarían en diversos marcos relacionales que son artificiales, arbitrarias y establecidas por la comunidad verbal en la que se aprenden.

Esta perspectiva de la RFT intenta explicar cómo por medio del lenguaje el ser humano logra constituir relaciones entre pensamientos, sentimientos y acciones problemáticas. De esta forma, se definen cuatro contextos verbales en los que se producirían esas relaciones múltiples y que, precisamente, serían problemáticos (Luciano, Valdivia, Gutiérrez y Páez, 2006):

- *Contexto verbal de la literalidad o fusión.* Implica responder a un evento en términos de otro, sobre la base de los procesos verbales involucrados en el aprendizaje relacional o simbólico de cada contexto verbal. Esta forma de comportarse es altamente adaptativa, el responder a las palabras como si fuesen los eventos a los que hacen referencia, pues de esa manera se pueden comunicar hechos pasados y se pueden

planificar acciones futuras. Pero a la vez puede generar problemas, pues esas palabras pueden terminar evitándose, tanto como los eventos reales con los que de forma directa o derivada están relacionados. Esto crea limitaciones en la vida diaria de las personas, pues sus pensamientos y las emociones correspondientes le impiden actuar en muchos aspectos de su vida. Romper esta fusión o flexibilizarla es un objetivo común de varias de las terapias de tercera generación, no solo de ACT. El objeto de esta tesis es ahondar, precisamente, en las variables que intervienen en la defusión que pretende establecer un contexto nuevo entre las personas y todos aquellos pensamientos, sentimientos o emociones que le limiten su vida produciéndoles dolor y desesperación.

– *Contexto verbal de las valoraciones.* Como seres verbales vivimos en un contexto donde nos “educa” en lo que es saludable o peligroso, lo que resulta normal o anormal, lo que es bueno o no. Todas estas reglas verbales, facilitadas por el contexto social, terminan formando las funciones del comportamiento privado o público de cada individuo. Centrándonos en el contexto verbal de la sociedad actual, este se caracteriza específicamente por suscitar una serie de comportamientos que resultan limitantes para el individuo, como es el caso de valorar siempre negativamente todo tipo de sufrimiento psicológico. Estas experiencias privadas de malestar, en un contexto en que el cliente las valora como negativas, se convierten en reglas para evitarlas continuamente, y por tanto no actuar de un modo personalmente valioso y adaptativo al entorno que produce esas experiencias privadas.

– *Contexto de las explicaciones o de dar razones.* En la cultura occidental, la comunidad tiende a enseñarnos explicaciones de la conducta pública a través de causas internas. Los pensamientos y los sentimientos, terminan siendo condicionados como estímulos discriminativos privados para después actuar. Nuestro contexto social nos moldea instrucciones como “hazlo por que tengas ganas”, “si no te apetece no lo hagas”, “si te sientes mal quédate en casa”, y nos instruye a que estos eventos privados han de ser las causa de nuestra actuación. Así, una persona con dolor explicaría su poca implicación en actividades sociales porque sea debida a sus escasas ganas de levantarse de la cama, a sus sentimientos de desamparo o a no tener impulsos; y esas explicaciones se dan tanto para explicar esa conducta a los demás, como para tratar de modificarla.

– *Contexto de la regulación verbal.* Cuando tenemos algún evento privado que hayamos aprendido a valorar negativamente para poder vivir, el procedimiento

socialmente establecido para mejorar dichos eventos privados es eliminar esos pensamientos y sentimientos, o sustituirlos por otros más positivos. De acuerdo con ello, lo normal es que se combata para no tener (en el sentido literal de posesión) la ansiedad, el miedo, la depresión, etc. Unos buscarán un profesional que les de las estrategias adecuadas no solo para sentirse bien sino para ser feliz. La norma social instituida como táctica de solución de estos problemas psicológicos es que se deben “controlar los pensamientos, sentimientos, emociones...”, se deben “cambiar unos pensamientos por otros”, se deben “eliminar los malos pensamientos”, etc.

Esta RFT permite un amplio abanico de aplicaciones para el análisis de numerosos fenómenos complejos, muchos de ellos de tipo cognitivo, que no se habían abordado desde un punto de vista conductual o contextual. Por ejemplo, el pensamiento, la comprensión, el razonamiento analógico, la solución de problemas, auto-eficacia, locus de control, abstracción del pensamiento, categorización social, auto-concepto, actitudes, estereotipos y estigmas, discriminación de funciones emotivas y del estado de ánimo, entre otros. La investigación básica y aplicada sobre la RFT es muy extensa y va mucho más allá de sus implicaciones en el ámbito clínico, pero dados los objetivos y la temática de esta investigación, no es el momento de abordar ahora, pero pueden consultarse textos como los de Barnes-Holmes, Barnes-Holmes, McHugh y Hayes (2004), Hayes, Barnes-Holmes y Roche (2002) y Törneke (2010).

1.6. Eficacia y aplicaciones de ACT

La ACT ha sido puesta en práctica en una variedad de poblaciones, diversidad de problemáticas e igualmente en múltiples características de los terapeutas. Asimismo, ha sido utilizada con variaciones en la permanencia de la intervención, desde aplicaciones extensas de varios meses hasta intervenciones breves (Wilson y Luciano, 2002). Los primeros casos en que se aplicó ACT eran sobre diversos problemas depresivos (Zettle y Hayes, 1986), posteriormente aparecerían sobre diversos trastornos de ansiedad, tanto de fobias específicas como ansiedad generalizada (Block; 2002; Roemer y Orsillo; 2007 Twohig, Hayes y Masuda, 2006; Zettle, 2003). También se ha aplicado en conductas repetitivas como tricotilomanía y escaras en la piel (Twohig y Woods, 2004; Towhig, Hayes y Masuda, 2006; Woods, Wetterneck y Flessner, 2006). Se han realizado aplicaciones sobre conductas adictivas (Gifford et al., 2004; Hayes,

Wilson et al., 2004; Towhig, Schoenberger y Hayes, 2007), problemas de personalidad (Gratz y Gunderson, 2006), incluso con conductas de tipo psicótico (Bach y Hayes, 2002; Gaudio y Herbert, 2006), y también problemas de salud como dolor crónico (Dahl, Wilson y Nilsson, 2004; Vowles, McCracken y Eccleston, 2008) y los efectos psicológicos del cáncer (Branstetter, Wilson, Hilderbrandt y Mutch, 2004; Montesinos y Luciano, 2005), o comportamientos relacionados con diabetes (Gregg, Callaghan, Hayes y Blenn-Lawson, 2007), y la disminución de los efectos subsiguientes a problemas como el VIH, *lupus*, *tinnitus*, etc.

También ACT se ha aplicado en otras áreas diferentes a la clínica, por ejemplo, en deportes en la mejora de la fuerza en remar (Fernández, Secades, Terrados, García y García, 2004), y de los resultados al jugar al ajedrez (Ruiz y Luciano, 2009). Y también en el área social al reducir los prejuicios sobre personas con trastornos mentales (Hayes, Bissett et al., 2004; Masuda et al., 2007, prejuicios étnicos (Lillis y Hayes, 2007) o prejuicios sobre personas con adicciones (Luoma, Kohlenberg, Hayes, Bunting y Rye, 2008).

La primera revisión exhaustiva sobre los estudios de ACT fue la de Hayes et al (2006) donde recogían 20 estudios de grupo y aleatorizados que mostraban la mayor eficacia de ACT frente a las condiciones de control y listas de espera, y también algo superior a otras intervenciones estandarizadas; los datos se repetían también en el seguimiento. Sin embargo, poco después, un estudio de meta-análisis de Öst (2008) revisando más de 15 estudios aleatorizados, encontró mayores beneficios de ACT comparados con el no tratamiento y que otros tratamientos, pero no tanto en comparaciones con tratamientos cognitivo-conductual estandarizado. Además este autor resalta que muchos de las investigaciones de ACT no cumplen con las condiciones metodológicas adecuadas para comparar en grupos y frente a tratamientos aleatorizados. La crítica de Gaudio (2009) a este estudio fue que la mayoría de los casos tratados con ACT eran problemas crónicos, con más historia y más difíciles de tratar que los agrupados en ese análisis con tratamientos cognitivo-conductuales. Un meta-análisis más reciente del mismo autor (Öst, 2014) presenta una revisión sobre los datos de más de 60 estudios aleatorizados, que no mejorarían los resultados de su anterior estudio, al mostrar un tamaño del efecto medio (0.42), y más pequeño si se compara con los tratamientos cognitivos o cognitivo-conductuales (0.16). Afirma que puede considerarse un tratamiento probablemente eficaz para el dolor crónico, la depresión, síntomas

psicóticos, trastorno obsesivo-compulsivo, diversos tipos de ansiedad, abuso de drogas y estrés, pero puede considerarse aún experimental para otro tipo de trastornos psicológicos.

Otro estudio meta-analítico sobre ACT es el de Powers, Vording y Emmelkamp (2009) según el cual ACT es mejor que los grupos en lista de espera y la atención como placebo u otros tratamientos generales, pero no tan diferente de otros tratamientos cognitivo-conductuales ya establecidos para esos tipos de problemas clínicos. Sin embargo, el re-análisis de Levin y Hayes (2009) con esos mismos datos sí encontraba diferencias significativas con los tratamientos cognitivo-conductuales.

Una revisión exhaustiva de todos los estudios sobre ACT puede consultarse en Ruiz (2010) agrupando las diferentes investigaciones en torno a su metodología correlacional, p.ej., relaciones entre variables psicológicas y los conceptos de ACT como evitación experiencial; experimental en laboratorio sobre tareas o ejercicios específicos de ACT, p.ej., tareas de evitación experiencial o instrucciones de aceptación ante estímulos visuales, frases, frío; y estudios de casos clínicos sobre la aplicación de diversos componentes de ACT en terapias breves, p.ej., el uso de la aceptación o ejercicios de defusión en condiciones controladas. De igual forma, puede consultarse la disputa conceptual entre Hofmann y Asmundson (2008) que critican ACT en distintos aspectos por no ser realmente una terapia nueva ni diferente de las terapias cognitivo-conductuales, frente a las réplicas de Gaudio (2011) que hace una contra-crítica de cada uno de los puntos del artículo anterior..

1.7. La posmodernidad filosófica y cultural de ACT

Después de todas las aplicaciones y derivaciones que ACT ha tenido y sigue teniendo, esta terapia termina siendo una filosofía de vida, que plantea una visión cultural sobre la que entender y tratar los trastornos psicológicos. El problema de ACT, desde nuestro punto de vista, es que en su evolución a lo largo de los diversos manuales y las decenas de publicaciones anuales que se producen sobre ella, ha ido derivando desde una psicoterapia propiamente dicha, con sus objetivos, técnicas, fases, ejercicios, evaluaciones, validaciones, etc., hacia una visión cultural y filosófica de la vida. Desde sus inicios más experimentales, basados en las funciones del lenguaje, las relaciones de

equivalencia, la teoría el marco relacional, el análisis funcional de eventos privados, etc., ha ido incorporando distintos elementos foráneos, no estrictamente terapéuticos, ni con una base conductual ni experimental.

El uso de metáforas, por ejemplo, con una base relacional verbal en principio ha derivado en el uso indiscriminado de todo tipo de ejemplos, prestados de la filosofía, de la religión, de la literatura, etc. Así se utilizan muchos aforismos y ejemplos de la filosofía oriental, que resultan enigmáticos y profundos, que seguro impresionan al cliente, pero cuya eficacia o base conductual estaría por demostrar. De hecho, Hayes advierte en más de un texto del abuso de las metáforas: “Embutir cinco o seis metáforas en una sesión sin un contexto claro, por lo general, resulta tan inútil como utilizar la lógica para que el cliente defusione. Es frecuente ver a los terapeutas noveles utilizar técnicas sin prestar atención a las funciones de la conducta verbal del cliente. El cliente no se identifica con lo que intenta hacer el terapeuta cuando éste divaga sin parar con múltiples metáforas y ejercicios” (Hayes, Strosahl y Wilson, 2012, pág. 392). Pero nos tememos que es lo que está ocurriendo, muchos terapeutas ACT se quedan prendados de la supuesta profundidad de las metáforas, y si no saben qué función cumplen, no tienen sentido a lo largo de las sesiones terapéuticas.

De forma similar, el uso de ejercicios experienciales con una base empírica anterior que se utilizan en ACT, como por ejemplo los que se investigan en esta tesis doctoral sobre la *defusión cognitiva* (anterior ejercicio de *saciación semántica* de Titchener en 1916), han pasado a mezclarse con ejercicios de relajación profunda, con ejercicios de meditación, de imaginación, y de forma más específica con mayor éxito de público en la denominada *mindfulness* o atención consciente. No hay más que revisar la cantidad de cursos, seminarios y publicidad de autoayuda sobre *mindfulness* para sospechar que es algo añadido/pegado a la psicoterapia pero que no beneficia en nada a la rigurosidad metodológica y conductual con la que surgió ACT. De hecho, el *mindfulness* es un conjunto de ejercicios de relajación, respiración y atención importados desde la religión budista de Vipassana a occidente por Jon Kabat-Zinn en un libro de autoayuda (Kabat-Zinn, 2004), adoptado rápidamente por las aproximaciones de la *terapia metacognitiva* y la *terapia de mindfulness*, ambas con una orientación exclusivamente cognitiva. No es de extrañar, pues, que las últimas publicaciones del propio Hayes también deriven hacia la autoayuda (Hayes, 2013; Wilson y DuFrene,

2009), y que se escriba sin rubor sobre la *mente*, habiendo surgido desde una base conductista y radical.

1.8. Estudios sobre los componentes de ACT

Además de los estudios sobre eficacia clínica que ya se han revisado, las investigaciones de esta tesis doctoral estarían más relacionadas con otros estudios específicos que se realizan sobre los diversos componentes de ACT. Es decir, existen otras vías de investigación, muchas de ellas realizadas en laboratorio, que intentan dar una base experimental a los principios y teorías explicativas de la propia terapia. En este sentido, las publicaciones versan sobre tres tipos de estudios: 1) los que tienen como objetos el efecto del repertorio de evitación experiencial del individuo en alguna tarea experimental; 2) las que se centran en el efecto de las instrucciones de aceptación de afrontamiento; 3) aquellos centrados en el efecto de los protocolos ACT breves sobre tareas experimentales concretas, y 4) dejaremos para un apartado final la revisión de los estudios sobre la defusión verbal.

1.8.1. Los estudios sobre el efecto de evitación experiencial

Estos estudios tienen como factor común la calificación de los participantes con las puntuaciones altas y bajas en *Acceptance and Action Questionnaire* (AAQ, Barraca, 2004; Bond et al., 2011; Hayes et al., 2000). Con las puntuaciones de este cuestionario se derivan posibles predicciones sobre el nivel de evitación experiencial del individuo comparándolo en el rendimiento de alguna experimental propuesta.

Así, el estudio de Feldner et al. (2006) se centró en las diferencias entre los participantes que informaban de altos niveles de evitación experiencial, que tuvieron bajos niveles de resistencia al dolor (en una tarea experimental de inmersión de la mano en hielo), y los que tenían bajos niveles de evitación experiencial que, por el contrario, tuvieron mayor resistencia al dolor del frío y una mayor y más rápida recuperación de esa experiencia de dolor. En otro estudio de este mismo grupo (Feldner, Zvloensky, Eifert y Spira, 2003) sometieron a los participantes a una tarea experimental con la inhalación de aire enriquecido un 20% con dióxido de carbono, lo que produce

una experiencia altamente desagradable. Los participantes fueron divididos en altas y bajas puntuaciones en AAQ, y en dos grupos con instrucciones diferentes: a uno se les dijo que trataran de inhibir las sensaciones emocionales, y a otro grupo simplemente que observaran sus respuestas emocionales. En ambos casos, los participantes con alto nivel de evitación experiencial informaron de mayores niveles de ansiedad subjetiva y emocional, aunque no en respuestas fisiológicas, y esta diferencia también fue similar en los que recibieron instrucciones sobre evitar e inhibir las sensaciones, que en aquellos que solamente debían observarlas.

También Zettle et al. (2005) utilizaron una tarea de inmersión de la mano en frío para inducir dolor, y tuvieron unos resultados similares: los participantes que puntuaban más alto en evitación experiencial eran menos tolerantes al frío, e informaban de utilizar estrategias de afrontamiento más disfuncionales, aunque no se diferenciaban del resto de participantes en cuanto a la sensibilidad e intensidad del dolor. Del mismo modo, en otro estudio (Zettle, Petersen, Hocker, y Provines, 2007) en el que crearon una tarea experimental en la que los participantes debían colocar pajitas de colores en sus contenedores correspondientes, pero al mismo tiempo llevaban una gafas que producían sensaciones de estar borracho, tales como mareos, visión borrosa, desorientación, etc. En este caso los participantes con las puntuaciones más altas en AAQ evaluaban las sensaciones inducidas como más incómodas y tenían un peor rendimiento en la tarea perceptivo-motora que los participantes con baja puntuaciones en evitación experiencial.

Utilizando la misma tarea de inhalación de aire enriquecido con dióxido de carbono, Karekla, Forsyth, y Kelly (2004) registraron también diversas medidas a la vez, tanto fisiológicas (tasa cardíaca, respuesta electrodermal, electromiograma) como subjetivas (escala de malestar, puntuaciones de ansiedad, confirmación de síntomas). Observaron que los participantes con alta evitación experiencial mostraron más respuestas subjetivas de ansiedad, en síntomas de pánico, miedo, ansiedad, etc., mientras que en las medidas fisiológicas no hubo diferencias entre los grupos.

Con la tarea anteriormente descrita de inhalación de aire enriquecido con 10% de dióxido de carbono, lo que supone una tarea aversiva, Eifert y Heffner (2003) estudiaron las diferencias en un grupo de mujeres con problemas de ansiedad, con un entrenamiento en aceptación (de observación y conciencia plena de las sensaciones

desagradables), frente a un grupo con entrenamiento en respiración diafragmática para controlar los síntomas respiratorios, y frente a un grupo control sin entrenamiento. En los resultados los participantes evitaron menos la tarea e informaron de menor intensidad respuestas de ansiedad y menores respuestas cognitivas catastrofistas durante la inhalación de aire.

Sloan (2004) comparó las reacciones emocionales de los participantes durante el visionado de películas agradables, neutras y desagradables. Los participantes con alto nivel de evitación experiencial mostraron mayor experiencia emocional y una mayor frecuencia cardíaca con las películas agradables y desagradables que los participantes con los niveles más bajos, sin embargo las medidas fisiológicas de tasa cardíaca fueron ligeramente más bajas en los de baja evitación experiencial.

En un estudio similar, mediante el visionado de una película emocional y una tarea Stroop con interferencia por palabras emocionales (Salters-Pedneault, Gentes, y Roemer, 2007), midieron las reacciones emocionales subjetivas como “miedo a la emoción”, el tiempo de reacción de la tarea Stroop, y también la conductancia de la piel. Los resultados mostraron que cuanto mayor era el miedo a la emoción, aumentaba el malestar, las emociones negativas y la conductancia de la piel en reacción a las imágenes de las películas, y también aparecía mayor interferencia de la tarea Stroop.

Finalmente, el estudio de Cochrane, Barnes-Holmes, Barnes-Holmes, Stewart, y Luciano (2007) comparó también las medidas electroencefalográficas de potenciales evocados en ambos grupos mostrándoles imágenes positivas, negativas y neutras. En ambos experimentos del estudio, los participantes con las puntuaciones más altas AAQ mostraron más molestias y mayor afecto negativo de las imágenes, además de mayor latencia al elegir las imágenes negativas, pero además el registro EEG mostró que estos mismos participantes tenían mayor activación en el hemisferio izquierdo, por lo que los autores concluyen que podría ser debido a la mayor actividad cognitiva y verbal de los participantes poniendo en marcha estrategias para evitar la experiencia emocional inducida por las imágenes.

En suma, este tipo de investigaciones parecen observar diferencias en las tareas experimentales, entre aquellos individuos que presentan ya por su historia una alta evitación experiencial, de los que no. Aparecen diferencias respecto a las valoraciones subjetivas de ansiedad, frío o malestar, y en algunas medidas como el tiempo de

reacción o la interferencia Stroop en las tareas propuestas. Sin embargo, no aparecen diferencias tan claras en cuanto a las medidas más objetivas de tipo fisiológico, lo que podría estar indicando que las diferencias entre personas con alta o baja evitación experiencial estarían más en las respuestas verbales y el contexto social de esa evitación, que en las respuestas fisiológicas. De alguna forma siente el dolor, pero se comporta de forma diferente respecto a él. Podría afirmarse que el modelo psicopatológico de evitación experiencial es congruente con los conocimientos experimentales sobre conducta, pero no corresponden con exactitud a un modelo de respuestas de ansiedad específica como ocurriría, por ejemplo, en los problemas de fobias mediante condicionamiento clásico. Habría tal evitación, pero sería más de carácter verbal, adquirido por aprendizaje operante y en un entorno necesariamente verbal y social.

1.8.2. Estudios sobre las instrucciones de aceptación

Una estrategia experimental alternativa ha sido comparar diferentes instrucciones dadas a los participantes que suponen diferentes estrategias para afrontar la situación, mientras se hace una tarea experimental que involucra estimulación aversiva. En la mayoría de los casos, se trata de dar a los participantes instrucciones sobre aceptación para ver la influencia de este componente de ACT sobre la tarea experimental.

Así, Keogh, Bond, Hanmer y Tilston (2005) utilizó una tarea de inmersión en frío y mostró que unas instrucciones del investigador para afrontar ese malestar mediante la aceptación de las sensaciones, obtenía mejores resultados, mayor umbral y mayor tolerancia al dolor, que unas instrucciones dirigidas solamente a la distracción. En este caso, las diferencias aparecieron entre mujeres y hombres, pues las primeras tenían menor tolerancia al dolor y fue a las únicas que afectó el protocolo de aceptación. En términos generales, no había diferencias entre ambas aproximaciones para enfrentarse al dolor del frío. Los autores atribuyen estas diferencias al efecto del género que podría mediar en estos informes sobre dolor, y también a que el protocolo era muy breve y solo se realizaban instrucciones directas sobre la tarea.

El estudio de Masedo y Esteve (2007) utilizó también una tarea similar de agua fría en tres grupos con instrucciones diferentes: supresión, aceptación y afrontamiento espontáneo. Los resultados mostraron que el grupo de aceptación tuvo un mayor tiempo de tolerancia al frío y también menor grado de dolor y malestar, que los otros dos grupos. Este mismo equipo realizó un estudio posterior (Masedo, Esteve y Van Damme, 2011) comparando la eficacia de la distracción (pulsar un pedal según el color de una luz mientras mantenían la tarea de la mano en el frío), al mismo tiempo que el efecto de las instrucciones para que los participantes viesen la tarea como amenazante o no, y por tanto evitaran los pensamientos antecedentes y catastrofistas más que el frío en sí. Midieron simultáneamente la tolerancia al frío, el grado de dolor, los pensamientos de catastrofismo, ansiedad y malestar. Dividieron a los participantes en cuatro grupos según las instrucciones: amenazantes con distracción, amenazantes sin distracción, neutrales con distracción y neutrales sin distracción. Los resultados mostraron mayor tolerancia, menos dolor y menos pensamientos catastrofistas en aquellos participantes que habían hecho la tarea distractora; sin embargo, no hubo diferencias respecto al tipo de instrucciones y la posible amenaza de la tarea, por su parte el grado de evitación experiencial se relacionó más con la ansiedad y el malestar, pero no afectó a la tarea. Podría concluirse que aunque la evitación experiencial pueda estar relacionada con los pensamientos catastrofistas o el miedo al dolor, realmente es una tarea de distracción inmediata la que puede conseguir disminuir el grado de dolor y la tolerancia a esas sensaciones aversivas.

En el estudio de Marcks y Woods (2007) compararon las estrategias de supresión, aceptación o solo monitorización de pensamientos intrusivos de tipo obsesivo-compulsivo sobre ansiedad, culpabilidad y responsabilidad en una muestra no-clínica. En este caso, el grupo de monitorización también disminuyó las puntuaciones de creencias obsesivas, aunque los autores sugieren que la estrategia de supresión está relacionada con mayores intrusiones, más pensamientos negativos y mayores niveles de ansiedad. Por su parte, Najmi, Riemann y Wegner (2009) observaron efectos similares con los participantes clínicos que sí presentaban un trastorno obsesivo compulsivo. Enseñaron a cada grupo tres alternativas para manejar los pensamientos obsesivos e intrusivos: supresión, distracción focalizada y aceptación. Los resultados mostraron que la supresión es una técnica contraproducente, aumentaba la magnitud del malestar

aunque no aumentaba su frecuencia; mientras que la distracción y la aceptación sí que disminuyeron los pensamientos intrusivos.

El estudio de Levitt, Brown, Orsillo y Barlow (2004) utilizó instrucciones grabadas durante 10 minutos para probar los efectos de la supresión frente a la aceptación de las sensaciones desagradables en una tarea que suponía la respiración de dióxido de carbono al 5,5%. Todos los participantes tenían trastornos de pánico. Un grupo recibió instrucciones grabadas para generar la aceptación de esas sensaciones desagradables, otro recibió instrucciones para tratar de suprimirlas, y el grupo control recibió una grabación neutral narrativa. Los resultados mostraron que el grupo de aceptación tenía menor ansiedad y menos evitación que los demás grupos de supresión y control en cuando a su ansiedad subjetiva, sin embargo no había diferencias respecto a la cantidad de respuestas informadas de pánico, ni tampoco en las medidas fisiológicas.

También para estudiar las estrategias de aceptación, varios estudios han utilizado las películas con contenido emocional. Campbell-Sills, Barlow, Brown y Hofmann (2006) compararon, en un grupo control y un grupo clínico con problemas emocionales y de ansiedad, estudiando el efecto diferencial de la supresión o la aceptación de las emociones negativas suscitadas por ver diversas películas aversivas. Todos los participantes aumentaron sus puntuaciones emocionales al ver las películas y por tanto aumentaron también su grado de supresión mientras veían la película y en la reposición posterior. En el grupo clínico fueron las mujeres quienes mostraron mayor grado de supresión, y el grado de intensidad emocional o su aceptabilidad estaban mediados por la intensidad de las emociones negativas y el uso de una estrategia de supresión. Sin embargo, no había diferencias significativas entre la estrategia de supresión y la de aceptación.

En un estudio relacionado, Liverant, Brown, Barlow y Roemer (2008) utilizaron participantes clínicos con depresión a los que se pedía utilizar su estrategia habitual para regular sus emociones de tristeza y ansiedad, o bien utilizar una estrategia de aceptación y supresión. Esta última produjo una reducción a corto plazo en la tristeza con bajos niveles de ansiedad, pero la supresión ya no era efectiva en niveles moderados y altos de ansiedad.

El estudio de Low, Stanton y Bower (2008) comparó tres estrategias de afrontar una situación emocional mientras los participantes estaban escribiendo sobre una

experiencia propia estresante: evaluando lo apropiado de la respuesta emocional, atendiendo a sus propias emociones y aceptándolas, y describiendo en detalles objetivos esas emociones. También registraban la tasa cardíaca de forma continua mientras escribían y mientras se recuperaban unos minutos después. Los resultados mostraron que la estrategia de aceptación producía mayor habituación y recuperación de la respuesta cardíaca, que las otras dos estrategias.

Hofmann, Heering, Sawyer y Asnaani (2009) estudiaron los efectos de tres estrategias de afrontamiento de ansiedad (reevaluación, aceptación y supresión) mientras los participantes realizaban una exposición oral ante una cámara de video. A cada grupo se le instruyó una estrategia diferente para manejar sus emociones y ansiedad. El grupo de supresión mostró un aumento mayor en la tasa cardíaca que los demás grupos, y el grupo de supresión informó de mayor ansiedad que el de reevaluación, sin embargo los grupos de aceptación y de supresión no se diferenciaban en las medidas subjetivas de ansiedad.

Por otra parte, también se han comprobado en una amplia muestra de personas con dolor crónico (Esteve y Ramírez, 2013; Ramírez, Esteve y López, 2014) las correlaciones entre la evitación experiencial con el miedo a sufrir dolor, mientras que la aceptación del dolor estaría más relacionada con la resiliencia y negativamente con emociones negativas, discapacidad y la intensidad del dolor. Estos estudios han mostrado la relación entre la evitación experiencial y la evitación del miedo al dolor, pero también la relación entre la intensidad del dolor sobre esa evitación, y ésta sobre el estado de ánimo negativo. Sin embargo, estas relaciones variaban entre grupos de pacientes con diferentes tipos de dolor en cuanto a la aceptación del dolor y su ajuste al dolor crónico. Lo que podría indicar que si bien la evitación experiencial y la evitación del dolor van parejas, la estrategia que promueve ACT sobre la aceptación del dolor y ajuste al dolor como problema crónico, no necesariamente se produce en todas las personas.

Una estrategia de investigación diferentes es la de Dunn, Billotti, Murphy, y Dalgleish (2009), que analizaron los efectos de tres estrategias de manejo de las emociones (supresión, aceptación y no regulación) en una tarea de visionado de un video con accidentes de tráfico. En este caso, el grupo de la supresión mostró mejores resultados que el control para reducir la experiencia subjetiva de malestar mientras

veían el video, pero no cambió la respuesta electrodermal ni la tasa cardíaca. Por otro lado, el grupo de aceptación no tuvo impacto mientras veían el video e incluso tuvo un incremento en la respuesta electrodermal y también un efecto negativo en el seguimiento una semana después. Los autores concluyen sobre la necesidad de más investigación, puesto que sus resultados son contrarios a otros estudios donde la supresión no se ha mostrado efectiva para reducir las emociones negativas, en este experimento sí que lo fue.

Otro estudio de Van Schie, Geraerts y Anderson (2013) ha estudiado la posibilidad de controlar recuerdos a través de la estrategia de supresión de esos pensamientos. Con población universitaria utilizaron un procedimiento de “pensar/no-pensar” sobre una tarea de identificación de palabras negativas y neutras. Los participantes recibieron primero un entrenamiento de control de instrucciones “pensar/no-pensar” cada vez que aparecía un estímulo consistente en dos palabras asociadas que debían repetir ante el micrófono, después se probó cómo realizaban esta tarea pero mostrando solo las primeras palabras, ante las que se les pedía “pensar/no-pensar”, y se medía el tiempo de reacción para contestar. Los participantes disminuyeron las palabras recordadas en la condición “no-pensar”, frente a “pensar” o la línea base. Es decir, los participantes aprendieron a suprimir pensamientos directamente siguiendo las instrucciones o reglas directas del experimento, lo cual muestra que la estrategia de supresión sí puede servir para eliminar pensamientos incluyendo los negativos.

Un resultado también contradictorio sobre la eficacia de la aceptación es el de Najmi et al. (2010) al comparar población clínica con problemas obsesivo-compulsivos con otros participantes no-clínicos. Mientras estos últimos suelen utilizar la aceptación y están de acuerdo con la inutilidad de suprimir los pensamientos, sin embargo los participantes con problemas clínicos reales de tipo obsesivo-compulsivo no cambiaban sus creencias sobre sus pensamientos repetitivos, y trataban siempre de suprimir esos pensamientos, no consiguiendo la aceptación como estrategia para abordar esos problemas.

En la literatura sobre la eficacia de ACT hay muchas más publicaciones dedicadas a la aceptación y la terapia completa sobre los problemas de dolor crónico de muy diverso tipo. Sin embargo, el propósito en esta revisión es reflejar solo los que han

estudiado experimentalmente algún ejercicio específico de ACT en alguna tarea en laboratorio con mayor control experimental, y no los estudios sobre la terapia como un todo donde ilustran la eficacia global de ACT, pero esos estudios no permiten delimitar cuales de los múltiples ejercicios, tareas y procedimientos son los responsables de esa eficacia.

En suma, en este tipo de investigaciones sobre la estrategia de aceptación en tareas aversivas en laboratorio aparecen resultados contradictorios, sobre todo comparados con la estrategia de supresión de esas sensaciones o malestar mientras se realiza una tarea. En algunos casos parece plausible que la aceptación sea mejor que otras estrategias pasivas o no hacer nada, sobre todo si se tienen en cuenta las mediciones de malestar o ansiedad subjetiva, pero no tanto en las mediciones fisiológicas. Incluso, también aparece que en algunos otros experimentos la aceptación es mejor estrategia que la supresión, pero en otros la supresión también puede conseguir buenos resultados experimentales (Barraca, 2011). Así pues, el hecho de que las instrucciones de aceptación sean claramente mejores que otras estrategias de control de emociones, continua siendo un punto controvertido sobre las estrategias terapéuticas de ACT.

1.8.3. Estudios sobre entrenamiento en *mindfulness*

Dentro de ACT también se utiliza la estrategia de *mindfulness* o “atención plena”, para disminuir la importancia y credibilidad de los pensamientos repetitivos o intrusivos. Esta técnica es importada de la filosofía y meditación Zen (Kabat-Zinn, 2004) y es utilizada también por otras terapias de tercera generación y terapias cognitivo-conductuales, como un procedimiento concreto para manejar pensamientos. El *mindfulness* puede considerarse una técnica que incluye a su vez ejercicios de relajación, respiración diafragmática y respiración profunda al tiempo que el terapeuta da instrucciones para centrarse en las sensaciones del *aquí-y-ahora*, aceptar los pensamientos y sensaciones que ocurren mientras realiza los ejercicios, no juzgarlos, solamente observarlos, renunciar al control directo de las emociones y, en suma, centrar toda la atención en el minuto presente, volviendo a la respiración y sensaciones presentes si aparecen eventos distractores o intrusivos.

Los ejercicios de *mindfulness* suponen siempre una observación de los estímulos internos y/o privados (sensaciones, pensamientos, emociones) y por tanto se supone que su práctica produce una atención focalizada continuamente en si mismo (Baer, 2009). Esta práctica parece tener beneficios para el bienestar psicológico en general, al aplicar ese estado de auto-observación en la vida diaria (Baer et al., 2008; Watkins y Teasdale, 2004), sin embargo otros autores informan que esta auto-focalización podría estar en la base de muchos problemas psicológicos (Harvey, Watkins, Mansell y Shafran, 2004; Ingram, 1990). Dentro de ACT los ejercicios de *mindfulness* se utilizan como una forma de tomar perspectiva, de aceptar los propios pensamientos, y por tanto tendrían efectos beneficiosos para eliminar problemas de rumiaciones, pensamientos negativos y preocupaciones constantes (Hayes y Plumb, 2007; Hayes, Strosahl y Wilson, 1999; Kingston, Dooley, Bates, Lawlor y Malone, 2007; Segal, Williams y Teasdale, 2002). De hecho, también se incluyen ejercicios de *mindfulness* en la Terapia de Conducta Dialéctica (Linehan, 1993a, 1993b) y en la Psicoterapia Analítica Funcional (Kohlenberg, Tsai, Kanter y Parker, 2005).

Algunos de los estudios más experimentales sobre el uso de *mindfulness* incluyen el estudio de Hanstead, Bidron y Nyklick (2008) con clientes con problemas obsesivo-compulsivos, utilizó 8 sesiones de *mindfulness* frente a un grupo control, encontrando que los pensamientos obsesivos se redujeron y también el despego o desatención hacia esos pensamientos. El estudio de Wilkinson, Bocci, Thome y Herlihy (2010) también se centró en el cambio pensamientos obsesivos, con un tratamiento durante 10 sesiones más prácticas en casa, y mostró disminuciones importantes en las puntuaciones de los cuestionarios sobre obsesión-compulsión.

Feldman, Greeson y Senville (2010) probaron la eficacia de *mindfulness* para disminuir la frecuencia de pensamientos repetitivos y la valoración negativa de esos pensamientos en un grupo de mujeres. Utilizaron la relajación muscular, *mindfulness* centrado en la respiración y meditación sobre pensamientos relacionados con la bondad. Al final los pensamientos repetitivos disminuyeron y también el grado de malestar de esos pensamientos. También se ha mostrado, por ejemplo, su eficacia para disminuir pensamientos suicidas (Hepburt et al., 2009).

En suma, parece que este tipo de ejercicios dentro de ACT también añade efectos beneficiosos al cliente, al incidir en las mismas líneas de actuación de esta

terapia, es decir, en la contemplación de los propios eventos privados, en su contemplación y aceptación tal cual son, sin juzgarlos ni evitarlos, cambiando el contexto verbal (a partir de las instrucciones del terapeuta y las auto-instrucciones para centrarse en el aquí-ahora). Funciones todas ellas también similares a los que tienen otros ejercicios de ACT. Sin embargo, como esos otros ejercicios, se desconocen los mecanismos de actuación del mindfulness, aparte de que puedan influir la propia relajación y el seguimiento de instrucciones del terapeuta (Baer, 2009).

1.8.4. Estudios sobre el efecto de los protocolos breves de ACT

Una estrategia alternativa de investigación de los componentes de ACT ha sido aplicar algunos de esos componentes como terapia breve, en muy pocas sesiones o poco tiempo, aplicando solo algunos de los componentes activos para ver su efecto aislado, o bien en comparación con otras formas de terapia como control.

Hayes, Bissett et al. (1999) compararon el efecto diferencial de un protocolo basado en la aceptación aplicado en protocolos terapéuticos de solo 90 minutos para hacer frente a una tarea con frío, frente a grupo control sin ese protocolo y un grupo de atención como placebo. Las medidas fueron el tiempo que los participantes podían mantener la mano dentro del agua fría, evaluaciones subjetivas de dolor y malestar. Los resultados mostraron que los participantes que recibieron el protocolo de aceptación mantuvieron su mano en el agua fría más tiempo, toleraban más el frío que los participantes del grupo control y del placebo. Sin embargo, no hubo diferencias en las experiencias subjetivas de dolor ni de malestar entre los grupos.

Un estudio posterior (Roche, Forsyth y Maher, 2007) intentó replicar este mismo experimento, pero encontraron resultados diferentes al introducir como variable la influencia o presión del experimentador. Trataban de demostrar que en situaciones reales de terapia ACT que la influencia del terapeuta podía ser mayor que el propio proceso de aceptación. En este experimento midieron el tiempo de permanencia con la mano dentro del agua antes y después del tratamiento, además de las sensaciones subjetivas de dolor y malestar. Sin embargo, la mitad de los participantes recibieron un tratamiento breve de 10 minutos basado en aceptación, pero con gran presión del experimentador, lo que suponía una mayor cercanía física, contacto ocular continuo y

presión social para agradar al experimentador. De esta forma crearon cuatro grupos aleatorios de 10 participantes cada uno: grupo aceptación con alta presión, grupo aceptación con baja presión, grupo control con alta presión y grupo control con baja presión. Al grupo control se le daban razonamientos para mantener y aguantar el frío. Los resultados mostraron que la variable que mostró más tolerancia al frío, los participantes mantuvieron más tiempo la mano dentro del agua helada, fue la presión social del experimentador, tanto en el grupo de aceptación como en el control; y además las puntuaciones valorativas de dolor y malestar no se vieron afectadas por esa demanda y presión social.

En el caso del primer estudio (el de Hayes, Bisset et al., 1999) los autores interpretaron la disparidad entre las medidas de reacción al frío y medidas subjetivas de dolor como una confirmación del modelo de ACT porque conseguiría separar las emociones de las conductas públicas; sin embargo, en este otro de Roche, Forsyth y Maher (2007) esa conclusión no se sostiene al haber encontrado también variaciones a veces negativas en las valoraciones subjetivas de dolor en los participantes del grupo de aceptación más presión social; y además en las puntuaciones de ansiedad los participantes de control mostraron mayor reducción que los del grupo aceptación. Para los autores, en suma, las demandas clínicas y terapéuticas que se ejercen durante las sesiones de terapia pueden ser un elemento fundamental en el éxito, más que la propia aceptación por sí sola.

Takahashi, Muto, Tada y Sugiyama (2002) analizaron si un razonamiento dado a los participantes basado en la aceptación-defusión, tendría un efecto similar incluso si se combina con ejercicios tradicionales de terapia cognitivo-conductual, diseñados para controlar el dolor. Los resultados mostraron que los participantes en la condición de aceptación-defusión y los ejercicios de ACT, aumentaron su tolerancia al dolor más que los participantes que recibieron el razonamiento basado en aceptación-defusión mas los ejercicios de terapia cognitivo-conductual.

El estudio de Gutiérrez, Luciano, Rodríguez y Fink (2004) comparó el efecto diferencial de un protocolo basado en el control cognitivo frente a un protocolo basado en la aceptación durante una única sesión de 20 minutos para hacer frente a una tarea de tolerancia al dolor. En este caso los participantes tenían que hacer una tarea de igualación de sílabas sin sentido en el ordenador, al tiempo que iban recibiendo shocks

eléctricos cada vez más intensos. La tarea consistía en una igualación de letras sin sentido al tiempo que recibían un shock cada vez de mayor cantidad de pulsos, y donde en cada ensayo los participantes evaluaban el grado de dolor en una escala visual, y tenían la opción de abandonar o seguir con los siguientes ensayos. La tolerancia se medía por el número de shock que llegaba a recibir cada participante antes de abandonar. Tras la evaluación inicial de tolerancia al dolor, un grupo recibió un protocolo en aceptación de ACT mientras otro grupo recibió un protocolo de control de las sensaciones de dolor. Ambos protocolos incluían la presentación de ejemplos, una metáfora y un ejercicio sobre cómo enfrentar el dolor, solo que en el primera caso era de aceptación, con una metáforas y ejemplos dirigidos a observar y notar los pensamientos y sensaciones de dolor, mientras que en la otra condición los ejemplos eran para intentar controlar y modificar el dolor mediante pensamientos y sensaciones positivas. Se midió el tiempo de tolerancia al shock y la sensación subjetiva de dolor, tanto antes como después de recibir ambos tipos de protocolos. En los resultados encontraron que el protocolo basado en aceptación obtuvo una mayor tolerancia al dolor y menor credibilidad de la experiencia de dolor, un 65% de los participantes del protocolo ACT incrementó su tolerancia, mientras que el 40% del grupo de control fue el que incrementó también esa tolerancia. Sin embargo, en el reporte del dolor fue el grupo de control quien disminuyó su valoración del dolor en un 85%, mientras que el grupo de aceptación lo disminuyó en un 55% de los participantes. Sin embargo, los autores interpretan estos resultados a favor de la estrategia de aceptación, puesto que “los participantes en el tratamiento de control intentaron cambiar los contenidos de los eventos privados (pensamientos y sentimientos) y, por tanto, solo los participantes que informaban de bajos niveles de dolor percibido incrementaron su tolerancia al dolor... (por el contrario) en el tratamiento de aceptación, que habían intentado desconectar los contenidos de sus eventos privados de las acciones literales, incrementaron la tolerancia al dolor incluso aunque percibían niveles más elevados de dolor” (pág. 780). Pero también cabe una explicación alternativa y es que los participantes siguiesen más las instrucciones de aceptación del dolor, de contemplarlo y sentirlo, y por tanto evitasen menos las descargas eléctricas, mientras que en el segundo grupo seguían las instrucciones de evitación, tratar de controlarlo, y por tanto eso es lo que hicieron: evitarlo aguantando menos el dolor.

En un estudio posterior Páez-Blarrina et al., (2008), muy similar al anterior, estudiaron en esta misma tarea con *shock* eléctrico y evaluación del dolor, la posible influencia de la estrategia de ACT como aceptación del dolor, frente al intento de controlar el dolor y una condición sin tratamiento alguno. En una primera fase evaluaron la influencia del protocolo sobre valores de ACT, como parte de una acción dirigida a valores, frente al control del dolor como opuesto a acciones valiosas, y frente a ningún valor sobre la tarea. En una segunda fase evaluaron la influencia de añadir una estrategia de afrontamiento adecuada a cada condición, es decir, la defusión para ACT y la supresión para el control del dolor. Las instrucciones eran muy cuidadosas y descritas con detalle en el experimento, y muy similares entre el grupo de ACT y el de control del dolor. Además de ser grabadas, durante unos 20 minutos, incluían la explicación de los objetivos del estudio y sus implicaciones clínicas, la relación entre los eventos privados y las acciones valiosas, y la equivalencia funcional entre ejemplos generales y personales y su relación con la tarea de dolor a realizar. En la primera fase, el protocolo de ACT basado en valores mostró mayor tolerancia al dolor que el protocolo de control y el grupo sin ningún protocolo; pero en la segunda fase aunque también el grupo del protocolo de ACT mostró mayor tolerancia al dolor, solo utilizaron 3 participantes de los 10 iniciales, por lo que el protocolo de intervención basado en defusión no es comparable en ese caso. Por alguna razón, también atribuible a las instrucciones del protocolo ACT, 7 de los 10 participantes del grupo de ACT llegaron a soportar el máximo de *shock* planificado, pero fueron eliminados de la segunda fase. Por otro lado, las dos condiciones de ACT y de control del dolor informaron de niveles de dolor similares, e inferiores al grupo sin entrenamiento. Un problema en este y anteriores estudios del mismo grupo, es que presentan los resultados como porcentajes de participantes que superan un determinado umbral, y no presentan los datos directos o la diferencia entre pre-post en el grado de tolerancia de cada participante, así por ejemplo, decir que 13/20 participantes frente a 8/20 participantes, o que 2 de 3 participantes incrementaron su tolerancia, es una conclusión discutible.

McMullen et al., (2008) replicaron el anterior estudio de Gutiérrez et al. (2004), también con *shock* eléctricos pero añadieron más condiciones: aceptación completa, distracción completa, solo instrucciones de aceptación, solo instrucciones de distracción y ningún tipo de instrucciones. La tarea era similar a la anterior, midiéndose el tiempo en mantener la tarea con igualación de letras sin sentido, recibiendo *shock*

eléctricos. También midieron la credibilidad subjetiva del dolor como la discrepancia entre el informe verbal del grado de dolor y la intensidad de la estimulación eléctrica recibida. La hipótesis era que los protocolos de ACT reducirían la credibilidad del dolor y por ello también la aumentarían la tolerancia al dolor. Los protocolos de actuación e instrucciones se presentaron, esta vez, a través de diferentes escenas de video como forma de controlar el efecto de posibles indicaciones inadvertidas del experimentador. Todos los participantes recibieron una primera escena para que escribieran tres pensamientos que quisiesen eliminar. La segunda escena difería en ambos grupos: en la condición de aceptación completa recibían una primera escena para realizar un ejercicio que separase lo que pensaba de lo que hacía (tenía que pensar “no puedo caminar” al tiempo que sí estaba caminando en la habitación), mientras al grupo de distracción hacía ese ejercicio pero imaginando una situación positiva y agradable. La tercera escena se les pedía que cogieran el papel con uno de esos pensamientos iniciales e hiciese el mismo ejercicio paseando, en un caso separando lo que pensaba de lo que hacía, y en el otro intentando eliminar el pensamiento y distraerse con pensamientos positivos. En la cuarta escena se les indicaba hacer el mismo ejercicio para las sensaciones y pensamientos sobre el dolor. La quinta escena introdujo la “metáfora del pantano y el barro”, en un grupo acentuando las diferencias entre las sensaciones de andar empantanado y los pensamientos respecto a ello, y en el otro grupo intentando eliminar esos pensamientos y sensaciones. Las escenas quinta y sexta daban instrucciones sobre las razones del funcionamiento de cada protocolo. En el caso de los grupos de aceptación y distracción solos, los participantes recibían instrucciones por escrito sobre las razones del protocolo, e instrucciones para aceptar o evitar una tarea en el ordenador al tiempo que recibían los *shocks* eléctricos. Los participantes habían de realizar un breve resumen de las instrucciones y protocolo que se había narrado en las imágenes de video. El grupo sin instrucciones o control, solo estuvieron ese tiempo esperando y leyendo revistas en la sala. En los resultados hubo una mayor tolerancia al dolor en el grupo de aceptación completa, y un decremento en el grupo de distracción simple, sin embargo no hubo diferencias en el informe subjetivo de dolor. Ambos protocolos de aceptación, completa o solo instrucciones, lograron también menor credibilidad de la experiencia de dolor. Según los autores, los resultados confirman la hipótesis de ACT sobre la separación entre pensamientos y acciones, de forma que el individuo puede seguir sintiendo la misma intensidad del dolor de las descargas, pero tiene una mayor tolerancia y acepta mayor intensidad de shock. Pero podríamos afirmar que esta

conclusión supone dualismo, pues no hay forma que el experimentador discrimine si el participante percibe una determinada intensidad de dolor pero lo aguanta y acepta, o bien si ese umbral de dolor ha aumentado por efecto del protocolo ACT. Tomar el informe subjetivo de dolor como umbral, es confundir una respuesta con otra. Además, el efecto podría estar mezclado con las razones dadas a los participantes sobre el funcionamiento de cada protocolo, es decir, estarían siguiendo instrucciones más que un efecto de esos ejercicios.

Branstetter-Rost, Cushing, y Douleh (2009) han realizado un estudio para valorar el componente de los valores de ACT frente al componente de aceptación, también en una tarea de inmersión al frío. Compararon un grupo con el protocolo de aceptación de ACT, otro con el componente de aceptación más el de valores, y otro grupo control sin instrucciones, en un total de 99 participantes. Medían el umbral de dolor como el tiempo que los participantes podían aguantar expuestos al agua fría antes de decir que les dolía, y como tolerancia al dolor el tiempo que tardaban en sacar las manos del agua fría, mientras que la puntuación de dolor se evaluó con una escala subjetiva visual de 0 a 100. El tratamiento con las instrucciones de aceptación incluía 20 minutos de entrenamiento de tipo ACT (el control es el problema, ejercicios de imaginación, aceptación de sensaciones). El tratamiento con valores también se realizó durante 20 minutos, incluyendo los ejercicios anteriores, y además ordenar sus valores en su vida, ejercicios de imaginación en escenas valoradas y significativas (familia, espiritualidad). El grupo control no recibió ningún entrenamiento. Los resultados indicaron que ambos grupos de ACT, tanto la aceptación como los valores, aumentaron la tolerancia al dolor frente al grupo control, pero que además la inclusión del componente de los valores aumentó aún más la tolerancia al dolor, mantenían más tiempo las manos dentro del agua fría. Sin embargo, no hubo diferencias en el umbral de dolor entre los tres grupos, e incluso ese umbral de dolor disminuyó en los participantes de la condición de control, que también informaban de menores puntuaciones en las sensaciones de dolor que los grupos de ACT. Los autores concluyen que estos resultados son congruentes con la teoría de ACT, puesto que la aceptación altera la función en que el individuo responde a sus sensaciones internas, de forma que responde no tanto con evitación, sino aceptando las sensaciones desagradables, el individuo sigue percibiendo el mismo umbral de dolor pero es capaz de responder de otra forma, separando sus sensaciones de sus respuestas de evitación, y aguantando más

tiempo con ese malestar. La crítica, en este caso puesto que no hay más controles, es si el efecto podría haberse debido a la mayor persistencia de los experimentadores, hay más ejercicios y metáforas en la combinación de todos los componentes, y en estos hay más que no hacer nada; y además el diseño es solo post, no hay comparaciones con los niveles de dolor anteriores de los participantes.

Vowles, Wetherell y Sorrell (2009) han probado la eficacia de un protocolo breve de ACT de una sola sesión, frente a un protocolo de terapia cognitivo-conductual, para el tratamiento del dolor crónico. Realizaron un primer estudio sobre una muestra pequeña utilizando el protocolo breve de ACT centrado en la aceptación, atención en el presente e implicación en valores de acción. En los resultados 4 de los 6 participantes evidenciaron cambios en la mayor aceptación, menor dolor, menor depresión, menor ansiedad y también menos interferencia en la vida diaria. En el segundo estudio, compararon este protocolo ACT con la terapia cognitivo-conductual que utilizaba el autorregistro del dolor, incrementar actividades placenteras, relajación progresiva, cambios de pensamiento y habilidades de comunicación. Los resultados, aunque la muestra fue muy pequeña, mostraron un mayor beneficio del protocolo ACT, sobre todo en la ansiedad relacionada con el dolor, aunque en general las puntuaciones del grupo cognitivo-conductual eran menores, no había diferencias significativas entre los grupos.

El estudio de Fabricant, Abramowitz, Dehlin y Twohig (2013) comparó la eficacia de un protocolo breve de una sesión sobre problemas de pensamientos obsesivo-compulsivos. Los participantes fueron estudiantes universitarios que presentaban puntuaciones pre-clínicas en obsesión-compulsión. Los dividieron en tres grupos de terapia breve: exposición con prevención de respuesta, que es el tratamiento estandarizado para esta problemática), intervención breve con los componentes de aceptación, defusión y exposición de ACT, y una situación de control mediante expresión escrita. Sin embargo, los resultados mostraron reducciones en los pensamientos obsesivos y en los tests conductuales pero sin diferencias significativas entre los tres grupos, todos disminuyeron la credibilidad y malestar por esos pensamientos, e incrementaron los tiempos de exposición en la situación de aproximación conductual.

Por su parte, el estudio de Moffitt, Brinkworth, Noakes y Mohr (2013) compararon la eficacia de un protocolo breve de una sola sesión grabada en video sobre

la urgencia de comer chocolate (*craving*) mediante la estrategia de reestructuración cognitiva frente a la defusión cognitiva, y un grupo de control de lista de espera. Los resultados mostraron un menor impulso para comer y mayor abstinencia de chocolate durante una semana en los participantes que recibieron el tratamiento con defusión cognitiva; aunque los resultados dependían en gran medida del nivel inicial de *craving* que tenían las participantes.

El estudio de Yovel, Mor y Shkarov (2014) ha comparado distintas estrategias breves para el cambio de pensamientos negativos. En concreto, compararon una estrategia de reestructuración cognitiva frente a una de defusión cognitiva, mas dos formas de tratamiento control, tras provocar en los participantes que recordaran diversos acontecimientos estresantes y negativos de sus vidas, además de completar una tarea que inducía la rumiación de los pensamientos sobre esos hechos de su historia. Tanto la estrategia de reestructuración como defusión le sirvieron a los participantes como estrategias de protección, disminuyeron sus valoraciones más que las dos condiciones de control, pero los cambios en el estado de ánimo dependían más del nivel inicial de aversión de esos recuerdos. Las mejoras estaban relacionadas más con la eficacia percibida por los participantes que por las posibles estrategias de reestructuración o de defusión para afrontar los pensamientos negativos.

En suma, parece demostrado el efecto de las explicaciones y razonamiento de ACT para aumentar la tolerancia al dolor, disminuir ansiedad o pensamientos negativos, pero no queda demostrado (a pesar de las conclusiones de los *abstracts*) que las estrategias conjuntas de protocolos breves de ACT produzcan mejores resultados en la evitación en algunos casos y en las valoraciones subjetivas de aversión, dolor o malestar en otros. La estrategia de aceptación de ACT es plausible y entra dentro de la información ya disponible sobre el análisis funcional de eventos privados, sin embargo cuando este fenómeno se trata de probar experimentalmente, los resultados globales realmente apuntan en la dirección de la eficacia de esta estrategia –sobre todo la aceptación–, sin embargo, la variabilidad en los datos, que los grupos controles también cambien, y que se alteren unas medidas y no otras, introduce mayor incertidumbre sobre una interpretación sencilla de los resultados de estos estudios.

1.9. Defusión verbal en ACT

Uno de los objetivos más claros de ACT, es que las personas dejen de comportarse de manera literal a lo que “su pensamiento les dice”, impidiéndoles operar en dirección a lo que realmente desean. Para ello, habría que cambiar la función que el lenguaje tiene para generar emociones y responder a estos eventos privados no como causa del comportamiento, sino como eventos que ocurren sin más (las cogniciones dejan de ser estímulos discriminativos). Para cambiar esa función, en ACT se han propuesto distintos tipos de ejercicios y tareas terapéuticas conocidas con el término general de *defusión cognitiva* (Hayes, 1987). Inicialmente en el primer manual de ACT (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999) aparecía como “desliteralización”, puesto que se trataba de romper la literalidad con que el individuo responde a las palabras, responde como si se tratase de los mismos eventos que representan.

La llamada *defusión cognitiva* es heredera del “distanciamiento cognitivo”, la cual es una técnica que se remonta al origen de la terapia cognitiva. El distanciamiento cognitivo consiste en colocar en un contexto a las personas para que detecten sus pensamientos y los vean como procesos verbales (palabras) y no como hechos objetivos respecto al mundo. Se le ha descrito como un “primer paso crítico en la terapia cognitiva” (Hollon y Beck, 1979) ya que posibilita a los terapeutas que puedan enseñar a los individuos a analizar, evaluar y alterar los pensamientos negativos mediante técnicas cognitivas tradicionales. Como tal, el distanciamiento cognitivo es considerado como un paso preparatorio, necesario pero no suficiente, para producir un cambio cognitivo profundo. De ahí que, por esas connotaciones cognitivas, prefiramos utilizar el término *defusión verbal*. Por otra parte, y siendo totalmente correctos con las acepciones de las palabras, el término debería haber sido *fisión verbal*; puesto que el proceso de unión de dos elementos se denomina *fusión*, el proceso de separación, escisión o rotura debería denominarse *fisión*. Pero seguiremos utilizando la terminología de ACT.

Este concepto de *defusión cognitiva* dentro de ACT se denominó inicialmente como “distanciamiento comprensivo” (Hayes, 1987) pretendió alterar las funciones de los pensamientos negativos provocando un distanciamiento cognitivo. En los primeros manuales de ACT (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999) se incluían una etapa en la terapia

que lo denominada como “desliteralización”, es decir, eliminar la respuesta literal a las palabras, se pretendía en estos primeros ejercicios que el individuo respondiese a las palabras como tales estímulos verbales, y no respondiesen *literalmente* al contenido de esas palabras. Posteriormente, en los últimos manuales de ACT (Hayes y Strosahl, 2004; Hayes, Strosahl y Wilson, 1999) este término pasa a denominarse “defusión cognitiva”

Preferimos aquí utilizar el término “defusión verbal”, por cuanto se trata de un proceso mucho más conductual y verbal que “cognitivo”. Desde un análisis funcional se trataría de conseguir que cada tipo de respuesta (sea verbal privada como pensamiento, o como emoción) tenga un control estimular específico para cada caso, y el individuo no responda a ambas como si fuesen una sola, como si estuviesen bajo un control estimular único. Así, por ejemplo, cuando el individuo piensa en un ser querido que ha perdido, o incluso solo recuerda su nombre, inmediatamente comienza a llorar, entristecerse y tumbarse en la cama, y además asume ese estado emocional como propio de si mismo, de forma que una única estimulación controla por igual diversos tipos de respuestas simultáneamente. En el proceso de “defusión verbal” se trataría de conseguir a través de metáforas, ejemplos verbales y experienciales, que ese nombre y ese recuerdo como eventos privados tengan un control únicamente sobre respuestas verbales, y no sobre las emocionales o las motoras, que deberían estar bajo control de los eventos naturales ya pasados y que no están ahora presentes ante las palabras.

1.9.1. Proceso de la defusión

El propósito de la defusión cognitiva es romper, “defusionarse”, despegarse del significado literal de los eventos privados. Tras este proceso las personas deberían de tratar con estos como una actividad que transcurre, como un proceso relacional que se ubica tanto en su situación actual como en su historia. La defusión cognitiva se basa en la teoría funcional contextual del lenguaje y la cognición anteriormente explicada de la *Teoría de los Marcos Relacionales* (RFT, Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001). Los pensamientos adquieren su significado literal y el individuo responde a ellos como si de los propios eventos a los que se refieren se tratara. Esta teoría señala cómo muchas de las funciones emotivas y de regulación conductual del lenguaje son debidas a que la comunidad social-verbal establece un contexto en el que los estímulos verbales se

relacionan mutuamente con otros eventos –en los múltiples marcos relacionales- y adquieren funciones nuevas basadas en esas relaciones con otros estímulos. Así, por ejemplo, si una cliente tiene por su historia un conjunto de relaciones verbales en torno a las relaciones de pareja y el matrimonio, el hecho de descubrir una infidelidad altera las funciones de todas esas palabras y conceptos verbales relacionados con “pareja” y con “matrimonio”, que se volverán aversivos al igual que “infidelidad”, e incluso en esos marcos relacionales la propia palabra “infidelidad”, “traición” o “cuernos” tienen propiedades aversivas. De esta forma, esa cliente nada más pensar esas palabras responde a ellas emocionalmente, e incluso solo pensar el nombre de su marido le produce esas mismas respuestas emocionales. Es decir, responde al nombre del marido literalmente, como si su marido estuviese presente en ese momento y como si le estuviese traicionando en el momento en que lo describe.

Hay varias definiciones de defusión, la primera es la de Hayes et al. (1999) que habla de la disrupción o ruptura de las funciones de estímulo transformadas a través de procesos verbales. Se asume que esa ruptura ocurriría por los cambios del contexto de las relaciones entre esos estímulos o marcos relacionales que se habían asociado en la historia del individuo. El cambiar ese marco relacional, cambiando el contexto verbal, haría que las palabras dejarasen de evocar otros referentes experienciales que no fuesen las propias palabras. Se trata de romper la “literalidad” de las palabras. Sería una definición más específica, que podría comprobarse en experimentos concretos que rompiesen o no esa fusión de las palabras y sus emociones, cambiando el contexto verbal que las controla. Una segunda conceptualización es la de Wilson y Murrell (2004) que se refieren a aquellos procedimientos que amplían los repertorios conductuales del individuo respecto a los estímulos que han adquirido unas funciones psicológicas a través de un aprendizaje relacional o verbal. Es decir, no se trataría tanto de romper las relaciones ya establecidas, sino de crear otras más amplias que cambiasen ese control contextual y verbal. Desde este punto de vista, se incluirían ya no sólo ejercicios específicos de tipo verbal, sino otras técnicas con metáforas y trabajo con las reglas o valores para aumentar esos repertorios, intentando eliminar la rigidez conductual del individuo al estar fusionado con sus propios pensamientos y emocionales. En este caso, la experimentación es más difícil, por cuanto incluiría gran cantidad de técnicas de ACT, no solo los ejercicios experienciales, sino las metáforas y todas las tareas dirigidas a trabajar con los valores del cliente.

La terapia de ACT buscará la aceptación del malestar de los propios pensamientos y eventos privados, se requiere flexibilidad ante ellos. Ciertamente, esto supone una cierta habilidad para estar abierto a contactar con los eventos privados, sean cuales sean, agradables o desagradables, no evitarlos ni desecharlos, y actuar en una dirección valiosa a la vez a pesar de esas emociones negativas. Para adquirir esas habilidades, no se entrena directamente con *role-playing* o modelado según se suele aplicar en los tratamientos habituales conductuales o cognitivo-conductuales, sino que se crea el contexto verbal a través de metáforas, ejemplos, ejercicios verbales y experienciales, etc., para que esas relaciones cambien y se alteren, para que el cliente aprenda a responder a cada estimulación tal cual es y responda, pues, a las palabras como tales palabras, no como si fuesen eventos presentes en el momento. ACT distingue bien que la defusión no es una técnica, puede realizarse con muchas técnicas verbales y experienciales, sino que es un proceso de aprendizaje para conseguir un control contextual de los eventos privados del cliente.

Por otro lado, según las investigaciones sobre RFT han mostrado (que no demostrado) que la transformación de las funciones de los estímulos relacionales está bajo control contextual, por lo que al cambiar la función de un estímulo esta función se transfiere también a los otros estímulos del mismo marco relacional. Durante los ejercicios de defusión, pues, se emplean la manipulación del contexto verbal en el que se presentan esos estímulos. Así, se suministran al individuo nuevas oportunidades para relacionarse con el estímulo de una manera poco “normal”, con el fin de separar las funciones de estímulo físico de las funciones derivadas del estímulo (Blackledge, 2007; Hayes, Strosahl y Wilson, 1999). Esta ruptura entre el lenguaje y “los eventos de la realidad”, al realizar los ejercicios de defusión se evidenciará en los subsecuentes cambios en el comportamiento del individuo ante esas palabras y pensamientos.

En otra definición posterior, la defusión sería una forma de aprender a “dar un paso atrás y separarse o despegarse de nuestros pensamientos, imágenes y memorias... ver nuestros pensamientos como lo que realmente son, nada más y nada menos que palabras o imágenes” (Harris y Hayes, 2009, pág. 19). En el *estado de fusión*, el pensamiento se ve como verdad absoluta, es una regla estricta que el individuo ha de seguir tan pronto como sea posible, el pensamiento se ve como real, algo que está ocurriendo aquí y ahora aunque se refiera a acontecimientos pasados, es algo muy importante que requiere atención inmediata del individuo, y que no puede dejar de

atender aunque eso le perjudique en su vida. En cambio en un *estado de defusión*, el pensamiento puede ser verdad o no, puede ser una regla pero no hay porqué obedecerla, no está ligado a uno mismo, no es el *yo*, es algo que pasa en el mundo de las palabras o de las ideas, pero no en el mundo real, puede ser importante pero también puede no serlo, puede atenderse o dejar de atenderse según los intereses del individuo en cada momento.

A manera de ejemplo, cuando vemos una película o una serie de TV nos “fundimos” con la película, estamos abstraídos en los diálogos y la acción que ocurren en la pantalla. Es decir, nos comportamos respecto a las imágenes como si de cosas reales se tratase, y nos asustamos, reímos y lloramos como si estuviésemos realmente viviendo esas situaciones. Por el contrario, tendríamos una experiencia de “defusión” al ver esa película, si conocemos el *making-off* de la película, si conocemos cómo se han hecho algunos de los trucos y efectos especiales de la película. Esto cambia totalmente el contexto, puesto que con ese conocimiento previo ahora la película solo son imágenes, no provocan ya esas emociones ni esas experiencias vivenciales. Por lo tanto, han adquirido ahora una nueva función contextual, y la experiencia de ver la película ya no está tan “fusionada” y quizás no nos parezca tan buena. Siguiendo con el ejemplo, en los problemas clínicos esa fusión no es tan aconsejable, podríamos estar viviendo siempre en una película, emocionándonos por cosas que no son reales, no están presentes como eventos en el momento, y que por el contrario nos impiden tener contacto con el mundo real, con las contingencias naturales que gobiernan nuestra vida.

Los ejercicios específicos de defusión están destinados a interrumpir la fusión de emociones y palabras al reducir el control de las reglas, y aumentando el contacto con contingencias directas. Este proceso se puede lograr por varios métodos y ejercicios durante ACT, bien con la contemplación y descripción del pensamiento tal cual está ocurriendo, con la repetición del pensamiento en voz alta hasta que quede solo el sonido como estimulación relevante, el contemplarlo como un evento externo que se puede describir por su forma y características, etc. Este proceso llevaría a un distanciamiento del individuo respecto a sus pensamientos, no se identificaría a si mismo con lo que piensa, sino que cada elemento tendría su propio control contextual, y por tanto conduciría a disminuir la credibilidad y unión con esos pensamientos.

Estos ejercicios de defusión verbal utilizados en ACT, aunque tengan una base explicativa en el análisis funcional del lenguaje y el marco relacional, no se han elaborado directamente esta terapia, sino que son adaptaciones de otros ejercicios verbales y experienciales usados con anterioridad en otras terapias y obras filosóficas. En la siguiente sección, describimos algunos de estos ejercicios clásicos de defusión, que tienen múltiples variaciones en los diversos manuales de ACT, que pueden y deben adaptarse a la experiencia e historia del cliente, pero que persiguen siempre el mismo objetivo funcional: separar las respuestas verbales de las emocionales bajo control verbal. Describimos a continuación algunos de estos ejercicios más utilizados.

1.9.2. Ejercicio “estoy teniendo un pensamiento”

Uno de los primeros ejercicios verbales y experienciales para lograr defusión, que el individuo se separe de sus pensamientos, es el ejercicio de “estoy teniendo un pensamiento”. Consiste en dar instrucciones al cliente para que piense en una frase negativa sobre sí mismo (p.ej., “soy un pringao, todos se burlan de mí”), y que se lo crea cuanto pueda, que se fusione con ese pensamiento. A continuación se le pide que repita ese pensamiento pero con la frase delante “estoy teniendo un pensamiento de que... soy un pringao”, y repetirla varias veces, alejándose aún más de ese pensamiento, con una frase como “estoy notando que estoy teniendo un pensamiento de que...”. Progresivamente al repetir este ejercicio con varios pensamientos autoaplicados, el individuo se va distanciando del pensamiento como lenguaje interno, meramente como palabras, y por tanto no reacciona tan emocionalmente con esas palabras que antes eran aversivas para él.

1.9.3. Ejercicio cantando y poniendo voces

Otro ejercicio experiencial que crea un contexto diferente para los pensamientos problemáticos, los hace relativos y separa su función como palabras de su función emocional es el de hacer que el cliente diga esos pensamientos negativos cantando o bien poniendo voces. Dependiendo del cliente y su historia se pueden elegir unos formatos u otros, hacer voces de famosos o en falsete, etc. Una vez identificado el pensamiento problemático del cliente (p.ej., “soy un cobarde”), se le pide que lo piense

fuertemente, que se lo crea, durante unos diez segundos, pero a continuación que tenga ese pensamiento pero que lo repita para él mismo cantando (p.ej., como cumpleaños feliz, la barbacoa, o los pajaritos), o bien poniendo voces de alguien famoso, o bien cantándolo en falsete, o diciéndoselo a sí mismo de forma ralentizada (p.ej., “sssssooooyy uuuuunnnn coocococobbbaaaarrrddee”).

Al realizar varias veces este tipo de ejercicios con sus pensamientos negativos, progresivamente se va alejando de ellos, los va relativizando, y ya no les da tanta importancia como si los oyera con su propia voz. Son solamente un conjunto de palabras y sonidos en su cabeza. Lógicamente hay que prestar atención al tipo de pensamiento que se trate, pues no hay que forzar la situación y que llegue a ser ridícula o cruel para el cliente, pues invalidaría el objetivo del ejercicio y conseguiría poca credibilidad en la relación terapéutica.

1.9.4. Ejercicio de la pantalla del ordenador

Este ejercicio experiencial también se puede convertir en un ejercicio escrito, y consiste, después de unos segundos de fusión del pensamiento problemático, pedirle al cliente que imagine ese pensamiento escrito en la pantalla de ordenador, en letras grandes, y a continuación que imagine y vea esa palabra escrita en colores, y comience a cambiarle los colores, cambiar el tipo de letra, cambiar la forma de las letras, etc. El terapeuta va dando instrucciones para ir cambiando ese contexto verbal de las palabras de su pensamiento. El resultado es que progresivamente el individuo se aleja de ese pensamiento problemático, y además lo ve como un objeto cambiante, voluble, que es más externo a él.

1.9.5. Ejercicio del juego de tarjetas

Un ejercicio realizado en ACT para crear defusión verbal, es “el juego de las tarjetas” (Hayes et al., 1999), hace hincapié en que los eventos privados sean separables de la conducta abierta o pública. En este ejercicio, al individuo se le pide escribir en un papel algunas auto-descripciones negativas, a manera de cartas dirigidas a él mismo, entonces se le da el papel doblado y se le pide que camine alrededor de la habitación.

Mientras está andando se le pide que abra el papel y lea de nuevo las palabras que él escribió, normalmente los clientes suelen detenerse para leer las frases. Se le pide entonces imaginarse en su vida diaria, cuando se le presentaba uno de los pensamientos incómodos habituales que suele tener, podría continuar con la tarea que estuviese haciendo a pesar de tener esos pensamientos. De esta forma se ha establecido, por equivalencia, un paralelismo entre pararse a leer la frase y parar su actividad diaria para atender a sus pensamientos desagradables. De forma similar se establece la equivalencia en el ejercicio: si puede seguir andando mientras lee, no tiene que pararse, tampoco tiene que detener su actividad diaria por muchos pensamientos desagradables que tenga. A través de este ejercicio, se intenta poner en contacto al individuo con el hecho de que los eventos privados y las acciones están relacionados sólo temporalmente, no de manera causal, y pueden darse de manera paralela porque son diferentes. Uno viene tras otro, una acción viene tras un pensamiento, pero uno no es la causa del otro. En términos RFT, la función del evento privado, el pensamiento, se ha convertido en un estímulo discriminativos en forma de regla verbal que controla el comportamiento público, cuando cada respuesta debería tener su propio control estimular. Se anima al individuo a recordar este ejercicio, específicamente la experiencia de tener un evento privado, contemplarlo mientras ocurre, pero que no controla el comportamiento público.

1.9.6. El juego del timo de Internet

Este ejemplo procede de los timos actuales que se dan en Internet para obtener de forma fraudulenta las claves de cuentas, accesos a tarjetas de crédito, etc., y que se conoce como *phishing* (alteración de “pescar”). Se le explica al cliente esta técnica en la que el timador envía miles de mensajes con un aviso urgente sobre su cuenta o su banco, y ha de conectar para validar los datos. Habitualmente la respuesta de usuario de Internet es emocional, se altera, se preocupa, y en algunos casos puede responder rápidamente al correo dando sus datos, sin saber que el mensaje y la web que conecta es falsa. De igual forma, en los problemas psicológicos la mayoría de las personas reacciona rápidamente al tener ideas molestas o aversivas, la respuesta es emocional y rápida. La pregunta al cliente es “¿qué pasaría si tu mente fuese un timador?”. Los pensamientos irrumpen emocionalmente y controlan rápidamente su conducta, lo que habría que hacer es pararse, dar un paso atrás, no actuar de manera impulsiva.

El cliente se encuentra fundido con sus propios pensamientos, y cuando tiene uno urgente y emocional responde rápidamente. La propuesta es considerarlo un timo, distanciarse de ese pensamiento, solo es una estimulación verbal, no es uno mismo. Si se distancia, se detiene y contempla ese pensamiento como algo meramente verbal, no tiene que responder a él emocionalmente, al igual que el mensaje en el correo electrónico solo hay que contemplarlo y finalmente borrarlo. Después de un ejercicio de este tipo es frecuente que el cliente comience a ver de otra manera sus pensamientos urgentes y comience a “tirarlos a la papelera”.

1.9.7. Ejercicio clásico de “leche, leche, leche”

El ejercicio de defusión que más se ha estudiado aisladamente es el de “leche, leche, leche”. Está inspirado en el ejercicio de repetición de palabras de Titchener (1916), que lo realizaba con la palabra “limón, limón, limón” para quitar el significado o parte semántica de las palabras. Según la interpretación de aprendizaje desde Titchener, el repetir muchas veces y rápidamente una palabra (p.ej., como “limón” con fuertes asociaciones sensoriales y visuales por condicionamiento clásico), se produciría una “saciedad semántica”, y las palabras dejarían de producir esas sensaciones.

La adaptación de este ejercicio en ACT se ha hecho inicialmente con la palabra “leche, leche, leche”, aunque han aparecido otras variaciones y palabras, incluso en la última edición en castellano aparece traducida como “jamón, jamón, jamón”. En otros ejercicios similares de las primeras versiones se utilizaba “chocolate” e “hígado”, puesto que provocan respuestas emocionales inmediatas en casi todos los clientes.

Sea cual sea la palabra, el objeto de este ejercicio en ACT, es poner al individuo en contacto con las propiedades directas de un estímulo verbal; propiedades que inicialmente pueden pasar más desapercibidas que las funciones derivadas de sus asociaciones con otros estímulos. Este ejercicio comienza pidiéndole al individuo que diga en voz alta todo lo que viene a la cabeza cuando se dice la palabra "leche". Generalmente, las respuestas inmediatas tienen que ver con todas las funciones derivadas de esa palabra (p.ej., "es de la vaca y blanco, se bebe, es un alimento, está dulce, etc."). Entonces se le pide al cliente que repita la palabra "leche", en voz alta durante 1 o 2 minutos, los individuos a menudo informan que, tras la repetición de la

palabra, las funciones de estímulo directo de la palabra (las propiedades auditivas o movimientos musculares) son ahora más prominentes que las funciones derivadas. Ya no tienen tantas asociaciones y solo la ven como una palabra. Este breve ejercicio permite a los clientes experimentar cómo el hecho de cambiar el contexto (es decir, repitiendo la palabra en voz alta muchas veces) puede alterar la función de los estímulos verbales. Al final del ejercicio, el individuo suele responder que “leche” solo es una palabra, solo es un sonido. Con ello se ha separado su propia función estimular como palabra o sonido, de las funciones derivadas y asociaciones (reforzantes o aversivas) que pudiesen tener según la historia con esa palabra. En las distintas publicaciones sobre ACT, con este ejercicio las funciones derivadas del estímulo no son eliminadas por completo, sino que permiten al individuo tener contacto con las múltiples funciones diferentes de esa palabra, y sobre todo separar la función como estimulación verbal de las funciones emocionales (Hayes et al., 1999).

Tras esta primera parte del ejercicio experiencial con la palabra "leche", el cliente repite los mismos pasos anteriores con un evento privado, un pensamiento o un recuerdo problemático, p.ej. “soy un inútil”, “seguro que tengo cáncer”, “he de lavarme”, “nadie me quiere”, etc. Según el tipo de pensamiento problemático característico del cliente, se le puede pedir que repita muchas veces esa palabra, por ejemplo, “inútil, inútil, inútil”, y después preguntarle qué le sugiere la palabra ahora. Finalmente, para el individuo es solo una palabra, un conjunto de sonidos, y por tanto no debería reaccionar de manera emocional al decirla o pensarla. Con este ejercicio, el terapeuta ha dado otro contexto diferente a la palabra aversiva y obsesiva, con lo que comienzan a disminuir las emociones asociadas a esa palabra o los pensamientos asociados a ella.

Se han ideado y publicado una gran cantidad de ejercicios de este tipo, como los anteriores ejemplos, donde siempre el objetivo es separar la función de control de las palabras o pensamientos sobre el comportamiento del individuo, que comience a separarse de sus pensamientos, y los vea como una conducta más, no parte de su yo, no se funda con ellos, ni responda emocionalmente a ellos. Muchos de estos ejercicios persiguen también la aceptación de esos pensamientos problemáticos, dando indicaciones al cliente para que los observe, los describa y los acepte como son, sin tratar de cambiarlos ni eliminarlos. Son ejemplos como los de “sacar la mente a pasear”, “la radio siempre encendida”, “metáfora de las gafas”, “ejercicio de contemplar un

cuadro”, etc. Un gran número de ejercicios de defusión se han desarrollado y pueden consultarse en los manuales de ACT (Hayes et al., 1999; Hayes, Stroschal y Wilson, 2012; Luoma, Hayes y Walser, 2007) y también en Internet *on-line* en www.contextualpsychology.org.

1.10. Estudios sobre defusión

Puesto que este proceso de la defusión es uno de los componentes fundamentales propuestos como explicación de la eficacia de ACT (además de la aceptación y los valores), ese es el objetivo de investigación de esta tesis doctoral. Vamos a explicar en este apartado algunos de los estudios que se han realizado en un contexto experimental. Sin embargo, algunos de estos estudios se volverán a retomar en la introducción de cada experimento puesto que la revisión de estas publicaciones y los resultados de nuestros experimentos en cada momento son los que han ido delimitando progresivamente los objetivos y la metodología desarrollada en cada experimento, uno tras otro en un proceso inductivo de investigación.

1.10.1. Defusión en la historia

El primer experimento histórico sobre este proceso no correspondería al equipo de Hayes, sino al propio Titchener (1916) que lo referenció en su libro general sobre Psicología, pero que era un fenómeno descubierto en su laboratorio por Severance y Washburn (1907) (ambos citados en Jakobovits, 1965). Mostraron que al repetir muchas veces seguidas una palabra, ésta perdía su significado, a los participantes les costaba más encontrar similitudes con otras palabras y conceptos.

“Repita en voz alta alguna palabra –la primera palabra que se le ocurra, por ejemplo casa- una y otra vez; en ese momento el sonido de la palabra se queda sin significado y vacía; se queda extrañado y perplejo cuando la oye... Cuando la palabra “casa” llega a perder su significado, es porque el sonido llega a ser cada vez más vívido y dominante; como el pájaro cuco que se acomoda en su nido y expulsa a sus compañeros; y estos socios, los portadores de significado, se van hundiendo más y más

abajo en el fondo de la oscuridad. Entonces, el significado casi literalmente se elimina, desaparece” (Titchener, 1916, págs. 118-119).

El re-descubrimiento más moderno fue de Lambert y Jakobovits (1960) y Jakobovits (1965) al realizar diversos experimentos sobre los efectos de la repetición de palabras, números y palabras en otros idiomas sobre una tarea de detección de significados, tras la repetición los participantes tenían muchas más dificultades para esa identificación, y denominó a este efecto “saciedad semántica”. Posteriormente lo utilizarían para disminuir las respuestas de ansiedad en personas con problemas de tartamudeo.

Una vez incluido este ejercicio como parte de los procedimientos de ACT, diversos autores han tratado de comprobar su eficacia aisladamente, en un contexto más de laboratorio, para conseguir cambiar los reportes emocionales de los participantes.

1.10.2. Los experimentos de apoyo a la defusión

Masuda, Hayes, Sackett, y Twohig (2004) mostraron que un ejercicio desliteralization (el ejercicio de “leche, leche, leche”) tenía un efecto mayor que la respiración diafragmática más distracción, sobre la reducción de la credibilidad y la incomodidad que provocaban pensamientos negativos de los participantes. Solo utilizaron 8 participantes a los que se pedía dar dos pensamientos negativos auto-aplicables que fueran importantes para ellos (p.ej., “estoy gorda”) pidiéndoles que evaluaran el grado de malestar y credibilidad de cada pensamiento en una escala visual de 0-100. En un primer experimento compararon la técnica de repetición de “leche, leche, leche” frente a la tarea de distracción mediante lectura de un artículo. En un segundo experimento, compararon ese ejercicio frente al intento de controlar el pensamiento negativo. El diseño era de caso único con tratamientos alternos, por lo que todos los participantes pasaron por todas las condiciones. Transforman las puntuaciones en una proporción entre los datos iniciales y finales. En los periodos de los participantes en que se les pidió el ejercicio de defusión hubo una disminución en las puntuaciones sobre malestar, mientras que en los periodos de distracción se mantuvieron en puntuaciones similares, pero también en la mayoría de los participantes en los periodos que se les pidió intentar controlar los pensamientos también

disminuyeron las puntuaciones del malestar. La credibilidad disminuyó más en los periodos mediante control de pensamiento. Se considera el primer experimento sobre defusión y que probaría el efecto propuesto por ACT, sin embargo, la variabilidad de datos, el diseño con posible interferencia entre tratamientos, y el hecho de que también la alternativa de control de pensamiento también funcionase, relativiza bastante las conclusiones.

En estudios posteriores, Masuda, Hayes, Twohig, Drossel, Lillis, y Washio (2009) replicaron estos resultados, pero incluyendo como variable la duración de la repetición de las palabras. Los participantes elegían una palabra autoaplicable que les resultaba muy negativa. Con un total de 61 participantes realizaron tres tipos de entrenamiento en tres grupos: razonamiento sobre la defusión y entrenamiento del ejercicio “leche, leche, leche”; igual mas 3 segundos de repetición de la palabra autoaplicable negativa; igual más 20 segundos de repetición de esa palabra. En los resultados los dos grupos de repetición de la palabra autoaplicada obtuvieron mayor reducción en el malestar que el grupo que repitió solo la palabra “leche, leche, leche”, pero el tiempo de repetición parecía no afectar. La credibilidad se redujo más cuanto más tiempo repetían la palabra auto-aplicada. En un segundo experimento con los mismos participantes aumentaron los tiempos de repetición a 10 y 30 segundos de esa palabra, donde se volvieron a repetir resultados semejantes, una disminución del malestar de forma similar con 10 y 30 segundos de repetir esa palabra auto-aplicada. Sin embargo, un problema metodológico que se puede poner y que difiere en los estudios realizados en esta tesis doctoral, es que en la selección de participantes eliminaron aquellos que tenían puntuaciones menores de 50 en malestar y menores de 20 en credibilidad, para asegurarse que las palabras eran bastante problemáticas desde el principio para esos participantes; además de la no aleatorización de participantes en el segundo experimento.

Masuda, Twohig, Storno, Feinstein, Chou y Wendell (2010) compararon en 3 grupos y un total de 103 participantes los posibles efectos de los ejercicios verbales, por un lado un grupo con el ejercicio de “leche, leche, leche”, frente a otro grupo con un pensamiento de distracción (se le instruía sobre cómo distraerse cognitivamente y pensar en otros pensamientos), y frente a un grupo control de distracción directa (leyendo un artículo relacionado). El evento privado elegido como objetivo del ejercicio de repetición fue una palabra autorreferida seleccionada por el participante, que incluía

pensamientos autorreferidos tales como "soy feo" y "soy estúpida". En una escala tipo Likert de 0 a 100 se evaluaba la credibilidad (es decir, hasta qué punto era creíble el evento privado para el individuo) y el malestar (es decir, lo incómodo que le resultaba ese evento privado). Los participantes fueron asignados aleatoriamente a cada una de las tres condiciones, y utilizaron también un subconjunto de clientes con síntomas depresivos elevados con objeto de evaluar los efectos de la defusión sobre una población clínica. Los participantes en la condición de repetición de palabra registraron mayores reducciones estadísticamente significativas en la credibilidad y las molestias, que los participantes en las otras dos condiciones. Sin embargo, todos los grupos redujeron sus puntuaciones, y la comparación entre el grupo de defusión y el de control fue el que obtuvo un índice *d* de Cohen mayor. Por otra parte, también estos mismos efectos se evidenciaron en los participantes con síntomas depresivos. No hubo diferencias en la credibilidad de las frases. Una diferencia respecto a los estudios que presentamos en esta tesis doctoral es que aquí se utilizó solo una frase auto-aplicada para cada participante, hubo un solo dato de evaluación para cada uno. Este estudio sugiere, pues, que la repetición de esa palabra como ejercicio de defusión es una estrategia efectiva para reducir la influencia de pensamientos problemáticos.

1.10.3. Los experimentos críticos

Para solventar algunas deficiencias metodológicas de estos estudios anteriores, Young, Lavender, Washington, Looby y Anderson (2010) realizaron otro más sofisticado incluyendo mayores controles, un mayor número de participantes, mayor número de palabras auto-aplicadas y mediciones pre-post. Tuvieron 160 participantes en un diseño de grupos con dos condiciones: tarea de repetición de palabras autoaplicadas como la defusión y una tarea de asociación implícita entre palabras (medición de la latencia en asociar dos palabras como similares o pertenecientes a la misma categoría); con otras dos condiciones de instrucciones, dando razonamientos y justificaciones del porqué de cada uno de esos ejercicios verbales; y también dos mediciones pre-post sobre el grado de molestia (escala Likert 0-7) y el grado de credibilidad de estas palabras. Añadieron también otro grupo control de 40 participantes a los que no aplicaron ningún tipo de ejercicio. Los resultados mostraron descensos en el grado de malestar de las palabras en todos los grupos, incluyendo el grupo control, pero el efecto

fue mayor en el grupo de repetición de palabra y en el de asociación implícita, con y sin razonamientos sobre la defusión. El efecto fue similar en todos los grupos tanto en las palabras negativas como en todas las demás utilizadas, pero también se repitió el efecto mayor en el grupo de realizó el ejercicio de defusión de repetir las palabras auto-aplicadas. No hubo tales diferencias en el caso de la credibilidad de las palabras. Los propios autores concluyen que no está claro el mecanismo de actuación de la defusión, puesto que podría darse tanto una base relacional con aquellas palabras más próximas por su contenido semántico, como una base funcional desde la RFT y disminuir la credibilidad y función aversiva de las palabras repetidas. Además, también presentan como limitaciones de su estudio que los resultados (así como los de Masuda et al., 2010) podrían estar dentro de los márgenes de la regresión a la media en las mediciones pre-post, incluso el grupo control también disminuyó las puntuaciones. Por tanto, este estudio redundante en la aparición del fenómeno de la defusión, pero plantea aún bastantes incógnitas sobre el mecanismo de funcionamiento y plantean que la repetición de palabras tenga un elemento común con la exposición, la mera repetición de palabras podría producir una extinción de las respuestas evocadas por esos estímulos cuanto más se repiten, más disminuyen las asociaciones con ellas.

El experimento de Pilecki y McKay (2012) utilizó escenas de películas con fuerte contenido emocional, que producían miedo, disgusto y asco. En concreto escenas de las películas “el resplandor”, “el campamento” y “amputación” que duraban algo más de un minuto. Los participantes fueron divididos en tres grupos según el tipo de instrucciones dadas para manejar esas imágenes: supresión de los pensamientos, defusión cognitiva y control. Se evaluaron las valoraciones subjetivas de esas emociones en todas las imágenes, con una escala visual análoga de 0-100 puntos; pero también utilizaron una tarea Stroop midiendo indirectamente la activación emocional por el tiempo de reacción ante palabras emocionales presentadas después de las imágenes. Los resultados mostraron que no había diferencias significativas entre las tres condiciones en cuanto a las valoraciones subjetivas de las emociones de miedo, disgusto y asco; tampoco hubo diferencias entre los grupos en los cuestionarios pre-post utilizados; sin embargo, en la medida de milisegundos del efecto Stroop los participantes que realizaron la defusión sí que disminuyeron sus tiempos, indicando indirectamente un menor efecto emocional. Hay que decir también que en el experimento los autores narran que esta medida Stroop se obtuvo en menos participantes que la muestra completa, y que además transformaron

los datos para normalizarlos según la media y desviación típica de cada grupo. En general, los autores también concluyen sobre la reducción del malestar emocional a partir de las instrucciones de defusión, pero sin que se conozcan los mecanismos implicados en este proceso, y a pesar de que las valoraciones emocionales subjetivas apenas habían cambiado.

Sobre este ejercicio de repetición de palabras se han realizado también otros experimentos, pero buscando una explicación cognitiva al proceso de “saciedad semántica” (defusión verbal desde ACT). En este caso denominado como “saciedad asociativa” entre las representaciones léxicas y los significados de las palabras, de forma que cuando ambas se asocian hay un proceso de información menos eficiente entre ellas y se dificulta el procesamiento de esas palabras. Los tres experimentos de Tian y Huber (2010) utilizaron una tarea de igualdad con palabras con significado, agrupadas por categorías, midiendo el tiempo de reacción. Primero aparecía una palabra durante un segundo sobre la pantalla del ordenador y luego una segunda, y el participante debía pulsar si era igual o diferente categoría. Aparecían 10 ensayos de un tipo y 10 de otro. En el primer experimento (“saciedad por asociación”) se repetía siempre la categoría primero (p.ej. fruta-manzana, fruta-naranja, fruta-plátano) y los tiempos de reacción fueron más lentos para esa categoría, se dificultaba la tarea. En el segundo experimento se repetían palabras diferentes que pertenecían a la misma categoría (p.ej., frutas como manzana-naranja, manzana-pera, manzana-plátano) que correspondería a una hipótesis de “saciedad semántica”, aquí los resultados mostraron menor tiempo de reacción en la categoría que se repetía. En el tercer experimento se repetían palabras igualadas entre ellas (p.ej., manzana-manzana, naranja-naranja, pera-pera) que correspondería a una hipótesis de “saciedad léxica” exclusivamente, y aquí los tiempos de reacción continuaron bajos. Desde esta perspectiva, los ejercicios de repetición de las palabras tendrían un efecto sobre el procesamiento cognitivo tanto léxico y semántico. Si se produce asociación entre la repetición léxica y semántica, el tiempo aumenta, se necesitaría mayor capacidad de procesamiento cognitivo, y la tarea se volvería más difícil.

En términos conductuales sobre este experimento podría afirmarse que las palabras repetidas “pierden su significado” por la repetición tanto de la forma como de la función de las palabras. Si se repitiese solo la forma de la palabra sin más, no cambiarían mucho las respuestas; si se repitiesen otras palabras dentro del mismo

campo semántico (misma función emocional por ejemplo) tampoco tendría mucho efecto; en cambio si se repitiese la forma de la palabra junto con sus relaciones funcionales, los distintos significados y asociaciones, entonces se produciría un mayor efecto de “saciedad”. Precisamente ese es el proceso seguido en el ejercicio “leche-leche-leche” desde ACT, porque a lo largo del diálogo con el terapeuta se asocian también todos los significados a la palabra que se repite, por lo que hay un proceso no solo formal al repetir los mismos sonidos, sino también funcional al repetir los distintos referentes asociados a esa palabra.

1.10.4. Experimentos con población clínica

Otros estudios se han realizado de una forma más clínica, sobre participantes con algún problema, donde los investigadores evaluaron la eficacia de la defusión solo (Healy et al., 2008; Masuda, Hayes, Sackett y Twohig, 2004; Masuda et al., 2009; Masuda et al., 2010) o en combinación con metáforas de aceptación (Forman et al., 2007; Gutiérrez et al., 2004; McMullen et al., 2008; Páez-Blarrina et al., 2008). También se ha comparado la utilización de esta estrategia de defusión, frente a la de distracción o control, para afrontar una tarea experimental de indefensión aprendida con laberintos (Hooper y McHugh, 2013), donde se ha mostrado que las instrucciones sobre defusión prevenía la indefensión y los malos resultados en esa tarea. Otro estudio similar es el de Deacon, Fawzy, Lickel y Wolitzky (2011) que comparan ejercicios de reestructuración cognitiva con los de defusión sobre los pensamientos negativos de los participantes, en concreto sobre la obesidad y gordura de su cuerpo. En este caso, ambos procedimientos produjeron mejoras en la imagen corporal, pero prácticamente muy similares entre ambos grupos, aunque los autores se decantan por los beneficios de la defusión y su mayor efecto a largo plazo y en las tareas para casa en el seguimiento. El estudio de Luciano et al. (2014) compara en una tarea experimental de evitación con la transferencia de estímulos por equivalencia, la eficacia de un protocolo de defusión frente a un protocolo motivacional y un grupo control. En los resultados, el protocolo de defusión consiguió disminuir las respuestas de evitación derivadas, aunque no tanto en la respuesta electrodermal medida, mientras que en las otras condiciones se daban las de evitación correspondientes a la equivalencia. Sin embargo, la muestra final fue de 10

participantes en cada grupo, y los datos se dan como porcentaje de participantes que pasaban las pruebas.

Incluso se ha realizado algún experimento sobre defusión con jóvenes con problemas de autismo (Bush, 2013). Realizaron un tarea experimental con pensamientos problemáticos auto-aplicados en tres adolescentes con autismo, en un diseño de tratamientos alternos a través de participantes. Estos identificaban un pensamiento problemático durante sus interacciones sociales son los compañeros, que era el objetivo de la intervención. Se midieron pre-post varios cuestionarios y el grado de malestar y credibilidad de ese pensamiento. Después realizaron ejercicios de defusión con esos pensamientos auto-aplicados, y se les pidió que valoraran el grado de malestar que les producía. Solo en uno de los participantes disminuyó ese malestar y credibilidad del pensamiento, sin embargo los otros dos no mostraron cambios en ninguno de los parámetros ni en los cuestionarios como cambio terapéutico.

Watson, Burley y Purdon (2010) ha realizado un experimento sobre los efectos de la repetición verbal en personas con problemas obsesivo-compulsivos y pensamientos relacionados con la contaminación. Estas personas identificaban tres pensamientos relacionados con la suciedad que le eran muy aversivos, y los valoraban en cuanto a su credibilidad, significatividad y malestar que les producía en una escala 0-100. También midieron una tarea de asociaciones de palabras para ver el posible efecto de “saciedad semántica”. Fueron asignados aleatoriamente a tres grupos que recibieron ejercicios de: repetición verbal, exposición en imaginación y control sin intervención. Los resultados mostraron una reducción significativa en la creencia, malestar y significación de esos pensamientos en el grupo de repetición verbal, pero una semana después los otros dos grupos también informaron de reducciones semejantes. Por otro lado, no se produjo efecto de saciedad semántica respecto a los pensamientos empleados para cada participante, y el grado de evitación de la suciedad continuaba siendo similar.

Más estudios realizados sobre difusión puede encontrarse Hayes et al., 1999; Luoma y Hayes, Walser, 2007; y algunos de ellos serán discutidos de forma específica posteriormente en cada uno de los experimentos de esta tesis doctoral.

Como revisión general, pues, encontramos que la defusión para los tipos de pensamientos problemáticos se producirá con el uso de varios de estos ejercicios verbales, y especialmente el de “leche-leche-leche” ha sido el más usado e investigado

en la literatura experimental sobre ACT. Dependiendo del evento privado y la situación en la que se produce, la defusión puede ser efectiva, o bien el uso en el ejercicio de defusión puede producir algún cambio en un contexto determinado, o de una forma muy específica asociada al lenguaje, pero quizás no tanto en un contexto de la vida diaria. El analista de conducta tiene una gran variedad de ejercicios de defusión para elegir, y el efecto de la defusión se define funcionalmente, no topográficamente. Es decir, cualquier proceso verbal o ejercicio experiencial que sirva para romper el control contextual conjunto de palabras y emociones, puede ser útil para el proceso clínico en ACT.

En los ejercicios de ACT siempre se da un razonamiento y explicación previa sobre su propósito, lo que podría indicar que esas instrucciones e influencia del experimentador-terapeuta podrían ser mayores de lo que se supone en este tipo de ejercicios clínicos. Aunque la terapia de ACT puede resultar una estrategia muy poderosa para el cambio de conductas clínicas, como ha demostrado la literatura ya señalada anteriormente sobre la eficacia de esta terapia, sin embargo es fundamental definir operacionalmente cuáles son las variables que están actuando en ella, qué procesos conductuales y qué elementos del conjunto de técnicas que se presentan en ACT, son los elementos activos de su éxito.

La cuestión fundamental que continúa vigente tras esta revisión y el estado de la cuestión sobre la defusión en ACT, es cómo funciona y qué cambios inmediatos produce un ejercicio de defusión dentro de un contexto experimental, controlando adecuadamente todas las variables que suelen influir en la relación terapéutica cotidiana. En un contexto de laboratorio las demandas de la situación pueden incluir pistas y orientaciones sutiles que da el experimentador, atendiendo a sus propias hipótesis, y que podrían influir sin quererlo sobre la conducta del participante en el experimento; pero en un contexto clínico las posibles influencias son mucho mayores, porque no solo ocurren por los deseos y orientación del terapeuta, sino también la autoridad que representa, las expectativas del cliente sobre ese terapeuta, el coste de las sesiones, el entorno físico y social donde se desarrolle la terapia, etc., además de la propia relación terapéutica y las interacciones continuas momento a momento entre terapeuta-y-cliente.

Aunque la terapia de ACT puede resultar una estrategia muy poderosa para el cambio de conductas clínicas, como ha demostrado la literatura publicada sobre la eficacia de esta terapia, sin embargo es fundamental definir operacionalmente cuáles son las variables que están actuando en ella, qué procesos conductuales y qué elementos del conjunto de técnicas que se presentan en ACT, son los elementos activos de su éxito. Se propone, pues, en esta tesis doctoral investigar algunas de las variables que pueden influir en los resultados de una técnica específica de ACT: la defusión verbal. Estudiando así en un plano experimental el ejercicio específico de defusión con la repetición de palabras, junto con sus resultados verbales y emocionales sobre los clientes.

Capítulo 2

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Esta tesis surgió, de nuestra inquietud por saber qué era lo que realmente ocurría en los clientes cuando se aplicaban ejercicios verbales de ACT, que parecían actuar de inmediato y mejoraban el beneficio de la terapia. Esta motivación nos llevó a preguntarnos sobre las evidencias experimentales que establecen una relación entre *la palabra, las emociones y el comportamiento público*, tal como defiende la RFT y ACT. Para esto es preciso ahondar más sobre las pruebas experimentales que en la actualidad se expone en literatura científica, sobre dicha relación. Con este análisis bibliográfico descubrimos que en muchos ámbitos científicos se tomaban como verdades ya probadas efectos clínicos, que sin embargo no tenían una base experimental sólida y a veces aparecen resultados contradictorios. Se planteaban numerosas respuestas y razones teóricas que no gozaban de una base explicativa científicamente establecida, especialmente cuál es el mecanismo explícito en el proceso de *defusión verbal*.

Como se ha revisado en el capítulo anterior, el proceso de la *defusión verbal* o *defusión cognitiva* resulta una pieza importante en el conjunto de técnicas que maneja la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Las investigaciones sobre este proceso muestran en general que puede ser eficaz para disminuir las valoraciones de ansiedad y malestar en los clientes sobre sus pensamientos, preocupaciones y recuerdos (como eventos privados) que les resultan aversivos. Sin embargo, no está claro su efectividad cuando se controlan otras variables de la terapia, y se somete el proceso a un escrutinio experimental riguroso. Aquí aparecen resultados contradictorios, a veces con la teoría y postulados de ACT. También otras estrategias como la parada de pensamiento, la distracción o la supresión a través de instrucciones del terapeuta parecen funcionar para eliminar esos pensamientos aversivos. Además, en situaciones experimentales, a veces la condición de “defusión” tiene tanto efecto como otros procedimientos estandarizados o de control, que obtienen también cambios pre-post en los resultados.

Por otro lado, asumiendo esa eficacia terapéutica, la pregunta inmediata sería saber cuál es el mecanismo conductual para ese funcionamiento. Desde la teoría de Hayes y en general de ACT sería a través de la creación de un nuevo contexto estimular que, por aprendizaje relacional tras esos ejercicios, separa el control de las palabras del de las emociones. Un control contextual que con anterioridad estaría unido o fusionado, y que tras esos ejercicios se separan como dos tipos de conductas diferentes, y donde el individuo adquiere distancia respecto a esos eventos privados aversivos.

Pero, como hemos visto, también podría deberse a un efecto de “saciedad semántica” como eran los primeros experimentos sobre este ejercicio experiencial de “leche-leche-leche”, es decir, al repetir la palabra muchas veces (al igual que el pensamiento problemático), ésta deja de relacionarse con las demás asociaciones semánticas y emocionales que tenía. Hoy día afirmaríamos que es un proceso de “extinción verbal”, al repetir muchas veces una palabra, las respuestas condicionadas a ese estímulo condicionado irían disminuyendo progresivamente en frecuencia e intensidad, y dejarían de producir esas respuestas emocionales condicionadas.

Pero, también podría estar ocurriendo que el cliente sigue fielmente las instrucciones del terapeuta, la variable fundamental podrían ser las “instrucciones de cumplimiento” (*pliances*) que controlan el efecto final conseguido durante la terapia. De hecho, la cuestión de que en varios de esos experimentos se den instrucciones previas siempre a los participantes, se les den razonamientos del funcionamiento de la defusión, de porqué realizar esos ejercicios, y el efecto emocional que se obtendría, no es sino un seguimiento de instrucciones, que casi podría ser la diferencia de este fenómeno cuando se realiza en situaciones clínicas frente a cuando se realiza en condiciones experimentales.

Dadas estas incógnitas, pues, esta tesis doctoral se propone investigar en una tarea experimental, controlando al máximo las variables que pudiesen influir en el fenómeno de este ejercicios de defusión, qué variables determinan que aparezca el efecto de separación verbal y emocional. Para ello se plantean tres experimentos sucesivos, y en cada uno de ellos se estudian variables diferentes y tareas también diferentes para observar ese proceso de defusión y los efectos que produce sobre las valoraciones emocionales de los participantes.

2.1. Preguntas de investigación

El objeto de esta tesis es ampliar los conocimientos experimentales sobre el efecto de *defusion cognitiva* y hallar que variables son las que participan en este efecto, con el propósito a poder predecirlas y contralarlas. Esto nos permitirá contribuir al conocimiento psicológico y mejorar las técnicas clínicas que aporten soluciones a los problemas de las personas que entran en terapia.

Así pues, las preguntas de investigación iniciales son abiertas: ¿cómo se produce la defusion?, ¿por qué se produce la defusion?, ¿qué variables provocan la defusion?, ¿a qué nivel se produce la defusion?. Estas preguntas son las razón de ser de la tesis que hemos llevado a término. Si partimos de las evidencias experimentales las cuales no son esclarecedoras sobre este efecto, nos planteamos empezar por lo más elemental, experimentar con el fin de conocer qué variables producen la defusion. Basándonos en los primeros estudios relacionados con el tema objeto, la primera pregunta sería ¿cómo podríamos mostrar experimentalmente la defusion?. Y una vez que seamos capaces de producir la defusión claramente, analizar los cómo y los porqué.

2.2. Objetivos generales

Esta búsqueda en la literatura, nos ha creado inquietudes y vacíos conceptuales, que nos vemos “obligados” a indagar, dado nuestra fuerte vinculación con esta terapia, la cual no solo usamos terapéuticamente y vemos sus resultados día a día, sino que intuitivamente creemos en su efectividad y eficacia. Debido a estas experiencias clínicas, y al encontrar este hueco dentro de la literatura experimental estudiada hasta el momento, nos embarcamos en esta investigación. Consideramos que la ciencia no es un acto de fe, y entendemos ésta como un conjunto de comportamientos encaminados a conocer controlar y predecir un fenómeno. De ahí que nuestro objetivo general sea aclarar experimentalmente las variables que producen un fenómeno de importancia clínica como los ejercicios de defusión. Puesto que un fenómeno hay que descomponerlo en partes para poder analizarlo y estudiarlo científicamente, nuestra meta sería conocer, controlar y predecir la fusión verbal en un ejercicio concreto como es el de repetición de palabras, que ha suscitado más literatura de investigación. Para

ello y basándonos en esos estudios ya publicados, nos planteamos los siguientes objetivos:

1. Estudiar los mecanismos conductuales de cambio en el control contextual común entre palabras y emociones.
2. Diseñar un protocolo experimental del ejercicio de defusión que muestre claramente la defusión entre palabras y emociones, con la mínima influencia del terapeuta o experimentador.
3. Estudiar los cambios emocionales y verbales específicos producidos por el ejercicio experiencial de ACT basado en la defusión verbal.
4. Estudiar los cambios emocionales y verbales con diferentes tipos de estímulos visuales y verbales, con distintas valencias emocionales para observar sus diferencias.
5. Valorar experimentalmente la eficacia de los ejercicios experienciales de defusión verbal de ACT, para alterar los estados emocionales del individuo de una manera más global o clínica.

2.3. Objetivos específicos

Esta investigación de tesis doctoral se planteó de manera progresiva, de forma tal que cada experimento diseñado con la manipulación de unas variables muy concretas, planteó en sus resultados nuevos interrogantes y preguntas para el siguiente experimento. De esta forma, como objetivos específicos que se plantearon de manera sucesiva en cada uno de esos experimentos, hemos de concretar los siguientes:

1. Comprobar el mecanismo de actuación del ejercicio de ACT en una tarea de valoración emocional de imágenes, susceptibles de interpretación y que permitiesen evaluar el efecto de cada variable específica en la defusión. En este caso, comprobar si ese efecto del cambio emocional podría atribuirse al aprendizaje relacional y cambio contextual según defiende la RFT y la ACT, o bien si podría atribuirse a un proceso de extinción verbal, o bien a un proceso de moldeamiento progresivo que produjese el terapeuta o experimentador.

2. Comprobar el mecanismo de actuación del ejercicio de ACT, para poder atribuir ese efecto al cambio contextual, a la extinción verbal o al moldeamiento, pero en este caso utilizando estímulos visuales realistas que produzcan fuerte impacto emocional, y así poder observar su efecto diferencial sobre estímulos positivos, negativos o neutros, con objeto de separar el posible efecto de defusión sobre eventos de distintos grados emocionales.
3. Replicar lo más fielmente posible otros experimentos similares del mismo ejercicio de defusión verbal, comprobando ese efecto emocional a partir de palabras auto-referidas tanto positivas como negativas, pero aislando al mismo tiempo el posible efecto de las instrucciones directas del terapeuta o experimentador. De esta manera, se pretende no sólo replicar otros resultados de la literatura, sino también estudiar la posible influencia de las instrucciones sobre este fenómeno de la defusión.

De forma más transversal y como aspectos comunes a los tres experimentos, también se plantearon otros objetivos específicos que tienen que ver con la metodología llevada a cabo en esos experimentos. Todos ellos están relacionados con el control de posibles variables contaminadoras que se han observado en otros experimentos de la literatura sobre defusión, de forma que en los realizados aquí se minimice ese posible efecto.

Entre esas variables que dan poca credibilidad a algunos resultados de otros autores y que afectarían a la validez interna de esos experimentos se encuentran las siguientes: (1) pocos participantes en diseños de grupos, (2) no aleatorización de participantes en grupos, (3) ausencia de pruebas previas o registros emocionales antes de introducir los ejercicios, (4) muy pocas mediciones de respuestas emocionales, a veces solo con una única valoración, (5) transformación de los datos y eliminación de participantes que no cumplían niveles de valoración previos, (6) definición global o difusa del procedimiento de repetición verbal, (7) pocos ensayos de repetición verbal, (8) instrucciones y razonamientos previos al ejercicio de defusión, (9) instrucciones

verbales de los experimentadores, (10) uso implícito de reforzamiento social durante los ejercicios.

Así pues, también se consideraron como objetivos específicos mejorar el protocolo, hacerlo más independiente del experimentador, e incluso automatizarlo por ordenador para estudiar su efecto. Como objetivos metodológicos se propusieron:

4. Probar un protocolo de evaluación automatizada por ordenador, para presentar la estimulación visual y verbal de forma estandarizada para todos los participantes, y registrar también directamente en ordenador las valoraciones de los participantes, así como medir los tiempo de respuesta en cada estímulo específico.
5. Comparar siempre los cambios y valoraciones emocionales de los participantes antes y después de cada ejercicio, de forma que las comparaciones fuesen las adecuadas para conocer si había habido cambios como influencia del ejercicio de defusión.
6. Utilizar siempre una cantidad suficiente de estímulos, sean visuales o verbales, para poder apreciar los cambios, estudiando también el signo de esos cambios al utilizar estímulos positivos, negativos y neutros.
7. Minimizar el posible efecto de las instrucciones del terapeuta o experimentador, de forma que fuesen grabadas para controlar su fiabilidad, o presentadas por el ordenador sin intervención humana alguna.
8. Realizar los análisis de datos apropiados para comparar con fiabilidad los posibles cambios emocionales ocurridos, intentando comprobar si los efectos obtenidos en otros experimentos podrían ser debidos a efectos de regresión a la media o selección de parámetros.

Capítulo 3

PRIMER EXPERIMENTO

Considerada la literatura sobre las diferentes técnicas utilizada para la *defusión*, nos planteábamos si son efectivas como tales en situaciones experimentales. Muchas de las técnicas contenidas en ACT se fundamentan únicamente en hipótesis teóricas, algunas demostradas y otras no tanto, como es también el caso de la defusión. La inquietud era saber cuáles son las verdaderas variables que fundamentan la defusión, y si realmente podemos crear experimentalmente el “fenómeno de defusion” como tal proceso. De ahí que en este primer experimento, nos centramos en estudiar las variables hipotetizadas en los estudios sobre defusión y si la variables que se manejan, son las que objetivamente dan razón de dicha defusión.

La transformación de funciones sería, teóricamente según la Teoría del Marco Relacional, el mecanismo por el cual podría conseguirse esa defusión. Según esa transformación de funciones, darle otra función verbalmente a unos estímulos haría que todos los estímulos nuevos relacionados con los primeros cambiasen también a esa misma función. Algunos estudios experimentales muestran esa transformación de función sobre todo a través de Condicionamiento Clásico y mediciones fisiológicas (Augustson y Dougher, 1997; Augustson, Dougher y Markham, 2000; Dougher et al., 1994), pero esa transformación de función meramente con estímulos verbales no es un proceso tan automático y no surge de inmediato en todos los individuos (Ferro y Valero, 2008), quedan aún bastantes variables por estudiar sobre el mecanismo de actuación de la transformación de funciones, aunque ese no es el objetivo de la presente tesis.

Como se ha descrito en la revisión anterior, los experimentos sobre el fenómeno de la defusión y el efecto de ejercicios verbales específicos como el de “leche-leche-leche” son escasos y contradictorios. El estudio de Masuda, Hayes, Sasket y Twohig (2004) exponía una técnica de defusión cognitiva diseñada para reducir las funciones de los pensamientos negativos auto-referidos. En ellos se intenta cambiar el contexto verbal en que se producen esos pensamientos, más que alterar su contenido o su forma.

Aunque también señalan que las técnicas defusión generalmente son solo partes de paquetes complejos y el papel de las técnicas defusión *per se* es aún desconocido. En su investigación plantean una serie de ocho experimentos con diseños de tratamiento alterno de caso único, donde se compara esta técnica defusión de ejercicios de repetición frente a una tarea de distracción, y una tarea de control del pensamiento, con el objetivo de reducir las molestias y la credibilidad de los pensamientos negativos. Según sus conclusiones, la técnica defusión cognitiva redujo tanto el malestar y como la credibilidad más que las otras técnicas de distracción o pensamientos alternativos. Pero a la vez señalan que los grupos control revelaron que el efecto no era probablemente debido a características de la técnica verbal utilizada, y podrían influir otras variables como la demanda del experimentador. Concluyen, pues en todos esos estudios de caso único, que la técnica de defusión “leche-leche-leche” reduce la angustia y la credibilidad de los pensamientos autorreferenciales negativos, pero no de forma significativa. Al analizar este estudio observamos que tenía bastantes limitaciones metodológicas, no sólo por los diseños de caso único utilizados y la variabilidad de resultados que aparecen, sino por el tipo y forma de las instrucciones dadas, la medición de muy pocas respuestas y pocos estímulos, etc.

Por otro lado, una hipótesis del posible efecto del ejercicio de defusión vendría dada por la influencia del investigador, o del terapeuta en las situaciones reales de tratamiento. En este caso, las instrucciones dadas y las contingencias presentadas en el momento de realizar el ejercicio podrían llevar a cabo esa transformación verbal, lo que llevaría una explicación más sencilla del fenómeno como un proceso de moldeamiento. De esta forma, podría ocurrir que el terapeuta fuese llevando al cliente progresivamente desde un mero ejercicio de repetición de palabras hacia unas conclusiones reglas verbales nuevas generadas en ese moldeamiento, donde el individuo igualaría la repetición sonidos como en “leche-leche-leche” con la repetición de sonidos en las palabras emocionales auto-referidas (p.ej., “estúpido”, “deshonesto”, “inútil”), y como resultado seguiría las reglas verbales que llega a dar el terapeuta a lo largo de varias repeticiones de ese tipo de ejercicios, sobre que sus problemas son también solo palabras, solo sonidos.

Y, en tercer lugar, otra posible hipótesis del efecto de la defusión podría ser por la mera repetición de las palabras emocionales, es decir, la exposición repetida a una palabra actuaría como una extinción de un Estímulo Condicionado (EC) siguiendo el análisis de un condicionamiento clásico habitual. De esta forma, la mera repetición de

una palabra aversiva, que haya funcionado en la historia de esa persona como EC, podría hacer que fuesen disminuyendo sus características aversivas y su poder de provocar Respuestas Condicionadas (RC) emocionales. De hecho, ese es el mecanismo explicativo original de los primeros ejercicios de repetición de palabras (Titchener, 1916; Basett y Warne, 1919) que denominaron “saciación semántica”. Según este proceso, al hacer repetir las mismas palabras unas 30 veces a los participantes, éstas perdían su significado, se quedaban vacías de contenido, y son los sonidos los que se vuelven más dominantes. Algunos estudios han vuelto a repetir y actualizar este fenómeno (Tian y Huber, 2010). Los autores de ACT extrajeron sus propios ejercicios de repetición “leche-leche-leche” de estos primeros estudios en lo que hoy podría considerarse una “extinción verbal” y que en ACT consideran un ejercicio de defusión.

Por otro lado, la utilización de imágenes con distintos tipos de valores emocionales es habitual en muchos experimentos, puesto que se ha visto que provocan emociones dadas las asociaciones previas con esas imágenes. Así, Broome, Gard y Mikels (2012) en una experimentación más cognitiva sobre las emociones propiciadas por imágenes, estudiaron el mantenimiento de las valoraciones emocionales a través del tiempo, con dos sesiones de experimentación separadas por una semana. A los participantes se les pedía valorar diversas imágenes por pares, comparando la segunda en aparecer con la primera si producía más o menos malestar, y también evaluaban una tarea de valorar la brillantez de las fotos como control. Utilizaron también imágenes positivas y negativas emocionalmente. En los resultados encontraron que las valoraciones separadas en el tiempo tenían una correlación significativa, y más elevada aún en las imágenes negativas, mientras no había correlación en la brillantez de las imágenes. Aunque, desde un punto de vista cognitivo, los autores concluyen que el mantenimiento de esos valores emocionales se debe a la “memoria de trabajo”, sin embargo el análisis directo de los resultados implicaría que las emociones se mantienen en el tiempo sobre todo si corresponden a estímulos aversivos o negativos, y que, por tanto, un grupo control o una tarea que actúe como control que no implique valoración emocional, no tendría porqué mantenerse en el tiempo.

Mathews, Ridgeway y Holmes (2013) defienden sus conclusiones cognitivas de que el “procesamiento de imágenes mentales” es más probable que se confunda con los eventos reales si se presentan los objetos como imágenes fotográficas que si se presentan descripciones verbales de esos objetos. Los participantes veían imágenes o

palabras en una tarea de memoria, al tiempo que aparecía la instrucción “mira” o “imagina” ante cada estímulo. Utilizaron tanto imágenes y palabras positivas como negativas emocionalmente. Los participantes evaluaban la valencia positiva o aversiva de los distintos estímulos, y al día siguiente se les pedía una tarea de memoria para ver el grado de recuerdo que tenían de las 216 estímulos presentados. Los resultados mostraron que las imágenes negativas producían mayores respuestas emocionales que las palabras, y se recordaban más imágenes que palabras; además todos los estímulos negativos tendían a producir mayor recuerdo y valoración emocional que los positivos en general. Esto nos podría hacer pensar que la utilización de imágenes, y más si éstas tienen fuerte valencia negativa podrían ser los estímulos idóneos para suscitar emociones, y que puedan servir como variable dependiente fundamental en una tarea clínica como la defusión que pretendería cambiar la valencia de esas emociones, y por tanto la valoración ante esos estímulos.

Basándonos, pues, en las posibles explicaciones sobre el funcionamiento del ejercicio de defusión verbal y la posibilidad de que las imágenes propicien emociones, diseñamos este primer experimento utilizando estímulos visuales donde el individuo pudiese valorar sus aspectos emocionales y ver cómo se alteraban tras la realización de los diversos ejercicios verbales. Al mismo tiempo, y dados los problemas metodológicos similares de otros autores, diseñamos este primer experimento aumentando la muestra experimental y utilizado un diseño entre-grupos, incluyendo un grupo control y medidas pre-post que controlasen cualquier variable extraña, también se dieron instrucciones específicas a cada grupo para eliminar el efecto de subjetividad del investigador, y además se tomaron múltiples medidas del posible cambio emocional tras los ejercicios de defusión.

3.1. OBJETIVOS

En este primer experimento se pretende estudiar el posible mecanismo de actuación del ejercicio de defusión utilizado en ACT como “leche-leche-leche”. Este tipo de ejercicios verbales parecen tener un efecto en la reducción del grado emocional de las palabras, aunque el mecanismo de su actuación no está claro. Por eso se han

utilizado 3 grupos experimentales y 1 control, manejando en cada uno de ellos un tipo de instrucciones y proceso de aprendizaje que podría arrojar luz sobre la forma de actuación de la defusión. Se pretende, pues, poner a prueba diversas hipótesis sobre el posible funcionamiento de este ejercicio de defusión verbal.

1) Si el mecanismo de la defusión es por un proceso de relaciones verbales tal como explica la Teoría del Marco Relacional, la realización del ejercicio “leche-leche-leche” por sí solo tendría como resultado la disminución de las valoraciones emocionales, tanto en la descripción como en la valoración del malestar, de diversas imágenes que sugieren emociones negativas.

2) Si el mecanismo de defusión fuera solamente la extinción, al repetir sucesivas veces la misma palabra emocional, entonces este grupo obtendría una disminución emocional similar al grupo anterior (en ambos se repiten las palabras y se produciría la extinción), pero mayor que el grupo solo con el ejercicio “leche-leche-leche”, puesto que en éste no se ha repetido la palabra emocional.

3) Si el mecanismo de la defusión fuese un proceso de moldeamiento del terapeuta, la realización del ejercicio “leche-leche-leche” junto con un ejercicio similar con otra palabra emocional y el reforzamiento social del terapeuta para llevar al cliente a las mismas conclusiones verbales, obtendría mayor disminución en esas valoraciones emocionales que el resto de grupos.

4) En cualquiera de los casos, los grupos experimentales obtendrían mayor disminución en sus valoraciones emocionales que el grupo control, donde no se aplicaría ningún ejercicio verbal, y sólo habría el paso del tiempo o la posible influencia del aprendizaje en la repetición de la prueba.

En suma, se trata de replicar el efecto de la defusión verbal a través del ejercicio típico de ACT, estudiando en detalle cuál podría ser el mecanismo de actuación para ese efecto, en la disminución de la valoración emocional de las palabras. Aunque no hay una hipótesis única, quizás la más probable sería que el procedimiento completo con moldeamiento verbal produjese mejores resultados (mayor disminución emocional) que el grupo del ejercicio de “leche-leche-leche”, y éste mejores que la mera extinción por la repetición de la palabra del grupo tercero; y también todos ellos mejores que el grupo control donde no se ha realizado ningún ejercicio en concreto.

3.2. METODO

3.2.1. Diseño

Se ha utilizado un diseño factorial entre-grupos con medidas repetidas (4x2): con 3 condiciones experimentales y 1 control, y medidas repetidas pre-post. Se ha realizado con 30 participantes en total, completamente aleatorizados entre condiciones, y 5 variables dependientes, incluyendo cuestionarios (AAQ, ERQ, ATQ) y medidas por ordenador de las valoraciones de los participantes, tanto valoración de las categorías emocionales que representaban las imágenes, como valoración subjetiva del grado de malestar o ansiedad que les provocaban esas imágenes.

3.2.2. Condiciones experimentales

Como se ha descrito, se realizaban todas las mediciones antes y después de los ejercicios, y los participantes eran asignados aleatoriamente conforme llegaban al laboratorio a una de las 4 condiciones experimentales siguientes:

Grupo 1 - Ejercicio “leche-leche-leche”. La intervención se realiza mediante el experimentador con el ejercicio de defusión de ACT que supone la repetición de la palabra “leche-leche-leche” para cada participante. Lo que se intenta con este grupo es provocar una disminución significativa de las puntuaciones pre-post debido a una alteración de la función de estímulo verbal asociado a las imágenes, principalmente las imágenes que provocan mayor malestar. Siguiendo el razonamiento de la defusión y de ACT, al repetir esa palabra, se desvinculan las funciones de las palabras emocionales. Se trata de romper la fusión cognitiva a través del sobre-exposición de la palabra “leche” y fragmentar las equivalencias establecidas entre la palabra “leche” y su “referente real”. Como expone Luciano y Valdivia (2005) *“la desliteralización tiene como objetivo minimizar el valor de las palabras, reducir la fijación entre palabras y función, situándolas en lo que son y, por tanto, desmantelando su poder funcional”*. Con este ejercicio se prevé que el individuo, una vez aprendida la separación entre los sonidos que supone la palabra “leche” y los eventos que provoca, aplicará el mismo principio a otras palabras emocionales por el marco relacional o equivalencia entre palabras. Se espera que se produzca una generalización de esta defusión a las emociones

que le provocan las demás palabras. La hipótesis en este grupo es que si hay una disminución significativa de las puntuaciones pre-post, se debería a la alteración de la función estimular entre las imágenes, una separación entre la valoración y el nombre de la emoción que el participante manifiesta. Se confirmaría, pues, en este caso la hipótesis de defusión a partir de ese ejercicio verbal.

Grupo 2 – Extinción. La intervención en esta condición se realiza también mediante el experimentador, realizando un ejercicio basado en la misma técnica de defusión de ACT, pero en este caso solo con la palabra “emoción” elegida para cada participante. No se realiza la repetición de “leche”, ni el moldeamiento del terapeuta. Habría solo un posible proceso de extinción al repetir una y otra vez la palabra emocional, disminuyendo así las posibles Respuestas Condicionadas que provocase, con lo que disminuirían en el post las valoraciones dadas por los participantes. En suma, en este grupo se pretende romper la unión entre la palabra emocional y el referente físico emocional, solo a través de un proceso de extinción, la mera repetición de esa palabra disminuiría los efectos de las emociones subjetivas asociadas a ella. La hipótesis es que si este grupo obtiene mejores o, al menos, los mismos resultados que los grupos anteriores, la explicación más simple de todas (como es la extinción) podría ser el posible mecanismo de actuación de la defusión verbal.

Grupo 3 - Moldeamiento leche-palabra. Esta condición se realizará también a través del experimentador, primero con el ejercicio de repetición de la palabra “leche-leche-leche” y posteriormente la repetición de la palabra emocional propia para cada participante, por ejemplo “tristeza” o “dolor”. En esta fase se pretende colocar en el mismo contexto ambas palabras, estableciendo explícitamente entre ellas una relación estimular verbal (p.ej., leche y tristeza son solo palabras, son sonidos nada más). El objetivo en este grupo sería moldear y reforzar explícitamente la separación de la relación entre palabras y emociones que suscitan, haciéndolo no solo con el ejercicio de ACT sino de una manera explícita también con la palabra emocional, llevando al participante a la conclusión o nueva regla verbal de que las palabras son independientes de las emociones. Aquí la intervención del terapeuta será fundamental al reforzar esos dos ejercicios, relacionando ambos y creando explícitamente la relación verbal entre ambos. En este caso la aprobación social del experimentador sería la forma de crear el nuevo contexto de las palabras emocionales, no solo por la posible defusión del propio

ejercicio de repetición, sino por la intervención directa del terapeuta para crear esa nueva función separada de palabras y emociones, que además es reforzada verbalmente. Al final de este proceso, se hipotetiza que se creará una nueva regla verbal donde el participante pondrá en el mismo nivel funcional la palabra “leche” y la “palabra emoción”, creando pues un nuevo contexto verbal para separar los sonidos de los eventos que provocan. En síntesis el participante, aprenderá a ejercitarse en la defusión de los contenidos privados y aprenderá a tomar perspectiva de los mismos. A partir de nuevas auto-instrucciones que le permitan diferenciar: el acto de tener un pensamiento (una palabra), de los eventos que provoca (emociones) y de la persona (él mismo) que se está dando cuenta de ello. La hipótesis aquí es que si disminuyen las puntuaciones pre-post en las valoraciones emocionales, se mostraría una relación directa entre las instrucciones y el moldeamiento del terapeuta y la propia defusión. Si los resultados fuesen mejores que el Grupo 1, indicaría el mayor efecto del seguimiento de instrucciones del experimentador (o terapeuta en su caso), y no tanto del cambio de contexto o ruptura de la relación por defusión.

Grupo 4 – Control. Supone un grupo que no recibe intervención alguna, solo hay el paso del tiempo de una semana entre las evaluaciones pre y post. Esta es la condición de control de posibles efectos de aprendizaje, repetición de la prueba, u otros efectos que pudiesen incidir en los cambios en las valoraciones de los participantes. Aquí no se daban instrucciones o ejercicios alguno. La hipótesis es que en este grupo no debería haber cambios pre-post, las puntuaciones deberían ser semejantes en ambas evaluaciones, y en todo caso inferiores a las obtenida en los demás grupos.

3.2.3. Participantes

La muestra inicial estaba compuesta de 33 participantes voluntarios, todos ellos estudiantes de Psicología, sin conocimientos previos sobre ACT ni de los ejercicios verbales que se utilizarían en la experimentación. Todos ellos recibirían 0,5 puntos extra en la nota de prácticas académicas por su participación. Finalmente, uno de ellos tuvo problemas en el registro de datos del ordenador, y otros dos no realizaron las pruebas finales, por lo que la muestra total fue de 30 participantes. La distribución en los grupos fue la siguiente: Grupo 1 = 8, Grupo 2 = 7, Grupo 3 = 7, y Grupo 4 = 8 participantes. De ellos 24 mujeres y 6 hombres (media de edad = 27,10 años y un rango edad entre 22

y 59 años). De ellos 63% eran estudiantes, 20% trabajadores, y 17% en paro. La mayoría (73%) tenían un nivel universitario, 76% estaban solteros, 20% casados y 4% otros estados, la mayoría vivía con los padres (53%), o con compañeros, y sólo 14% con la familia propia. La mayor diferencia entre ellos era la alta proporción de mujeres en la muestra (80%), pero se distribuyeron de forma igualitaria por los cuatro grupos.

3.2.4. Instrumentos

Para evaluar la posible influencia de los ejercicios sobre los pensamientos frecuentes, autoconcepto, o estrategias cognitivas relacionadas con eventos aversivos, se utilizaron varios cuestionarios, todos ellos referidos a sí mismo en distintos aspectos tales como: la regulación emocional, la descripción del yo o la autoestima, así como la evitación experiencial que se utiliza en la evaluación de la terapia ACT. Se utilizaron en concreto (ver Anexo 1):

Cuestionario de Pensamientos Automáticos – Revisado (ATQ-R; Kendall y Hollon. 1989). El ATQ-R es una medida cognitiva de frecuencia de pensamientos automáticos asociados con el ánimo depresivo. Cada ítem se evalúa en una escala de 5 puntos (1 = no en absoluto o nunca, 2 = alguna vez, 3 = bastantes veces, 4 = muchas veces, 5= todo el tiempo). Se utilizó la adaptación del ATQ-R al castellano realizada por Calvete y Connor-Smith (2005), quienes agruparon los ítems en cuatro subgrupos mediante un sistema de jueces: (1) La categoría de *Pensamientos Positivos* incluye 10 ítems que reflejan optimismo y autoevaluación positiva; (2) La categoría de *Autoconcepto Negativo* está compuesta por 12 ítems relacionados con la autoevaluación negativa, fracaso y culpabilidad hacia uno/a mismo/a. Los *Pensamientos de Insatisfacción* incluyen 11 ítems que reflejan una evaluación negativa de las circunstancias y un deseo de que la vida de uno/a mismo/a fuese diferente. La categoría de *Dificultad en el Afrontamiento* consiste en 7 ítems que sugieren indefensión y dificultad para comenzar acciones. En la validación española, los coeficientes alfa de Cronbach para la versión española fueron .90, .85, .88 y .79 para los pensamientos automáticos positivos, pensamientos de insatisfacción, autoconcepto negativo y dificultad en el afrontamiento, respectivamente. Para el total de pensamientos negativos el *alfa* obtenido fue de .94.

Cuestionario de Regulación Emocional - ERQ (Gross & John. 2003; traducido y adaptado por Rodríguez-Carvajal. Moreno-Jiménez y Garrosa. 2006). Este cuestionario está diseñado para evaluar las diferencias individuales en dos estrategias de regulación emoción: la *Reevaluación Cognitiva* (en qué medida las personas suelen intentar cambiar a nivel cognitivo el impacto emocional que determinada situación les genera) y la supresión o *Represión Expresiva*, (en qué medida la persona opta por inhibir su comportamiento expresivo). Tiene 10 ítems que el participante valora en una escala Likert entre 1 (desacuerdo total) y 7 (total acuerdo). Los autores originales presentan varios estudios de este cuestionario con *alfa* entre .68 y .82, y por su parte la adaptación española ofrece un *alfa* de Cronbach de .63 (Porro-Conforti y Andres. 2011). Esas dos estrategias de regulación se reflejan en dos subescalas del cuestionario: La *reevaluación* hace referencia una forma de cambio cognitivo para que la situación tenga menor impacto emocional, y la *supresión* sería la forma de modular esa respuesta inhibiendo la expresión emocional. Ambas estrategias de regulación emocional, según estos autores, son independientes ya que las personas pueden utilizarlas de distinta manera y en varios grados.

Cuestionario de Evitación Experiencial y Aceptación Psicológica - AAQ (Hayes et al.. 2004; adaptación española de Barraca, 2004). Los autores originales crearon este cuestionario para evaluar la evitación experiencial y la aceptación psicológica dentro de la Terapia de Aceptación y Compromiso. Consta de nueve ítems en escala tipo Likert de 7 puntos sobre la frecuencia (desde nunca a siempre) con que el individuo muestra los comportamientos emocionales o de aceptación que se describen en los ítems. Esta prueba cuenta con una consistencia interna de .70. La adaptación española ha contrastado los datos tanto con una muestra clínica como no-clínica, mostrando ha mostrado un *alfa* de Cronbach de .74 y una fiabilidad test-retest de .71.

Los estímulos visuales empleados para la evaluación directa de la denominación de emociones o valoración del cambio emocional, se extrajeron del *Test de Apercepción Temática* (T.A.T.) de H. Murray (1958). Este test presenta imágenes en blanco y negro, sugerentes sobre algunos estados emocionales, de forma que el individuo interpreta y describe siempre individualmente cuáles serían las emociones o pensamientos asociados a esas imágenes. Como test constituye un método proyectivo para evaluar personalidad, motivación, necesidades, pensamientos íntimos e incluso resolución de problemas. En este test se requiere que el sujeto invente argumentos basados en cuadros o ilustraciones vagas que se le presentan. Se le pide un relato verbal, que el examinador debe anotar

textualmente. Los relatos producidos por este medio a menudo revelan significativos componentes de la personalidad y la prevalencia de las tendencias psicológicas: 1) la tendencia de la gente a interpretar una ambigua situación humana, de acuerdo con sus experiencias pasadas y de sus presentes deseos, y 2) la tendencia de aquellos que escriben historias para referir sus experiencias y expresar sus sentimientos y necesidades. Se compone de 30 láminas designadas por números o letras, donde se registra cualitativamente las respuestas verbales dadas por el individuo a cada lámina. En este caso, el TAT no se utilizó para evaluar ninguna característica psicológica, sino como una estimulación difusa que podría provocar emociones diversas en cada participante. De esta forma, se pretendía observar si la denominación y valoración de las emociones que los participantes hacían de cada lámina al principio del experimento, cambiaban luego por efecto de los ejercicios de defusión.

Para la selección de las imágenes concretas a utilizar en este experimento, se realizaron primero una prueba con una pequeña muestra de participantes (20 personas que luego no formarían parte del experimento) mostrándoles todas las imágenes del TAT y registrando las palabras emocionales que les sugerían. Se realizó después una selección de aquellas palabras más frecuentes y aquellas imágenes que suscitaban emociones más negativas (p.ej., tristeza, melancolía), aplicando de nuevo esa selección de imágenes y palabras a otra muestra de voluntarios que valoraban explícitamente con una escala Likert 0-10 el grado de adecuación de las palabras a las imágenes. De esta forma se llegó a una selección final de 10 imágenes, que eran las que solían provocar mayor grado emocional y también 6 palabras emocionales concretas, que eran las que había aparecido una denominación de emociones más homogénea en todas ellas. Las imágenes concretas elegidas fueron las láminas: 01, 03NM, 03VH, 04, 06NM, 07NM, 06VH, 07NM, 09NM, 09VH, 10, 12H, 12M, 13HM, 13N, 13V, 14 y 15. Todas ellas se muestran en el Anexo 2.

Asimismo se elaboraron dos programas informáticos para la evaluación automática de las imágenes, en su valoración como descripción de emociones a través de categorías o palabras emocionales; y en su valoración subjetiva en una escala Likert (0-10) sobre el grado de ansiedad o malestar que podían producir al participante. Estos programas fueron creados con VisualBasic y NeoBook específicamente para esta experimentación (Valero, 2010). Los programas e instrucciones se aplicaron por medio de un ordenador portátil, con Windows 7 como sistema operativo, con pantalla de 16 pulgadas, y ratón para que los participantes manejasen fácilmente sus respuestas. Las

frases y mensajes aparecían sobre fondo blanco en cada pantalla y en un tamaño de 20 puntos. No había un tiempo predefinido para la presentación de cada imagen en pantalla, sino que dependía de la respuesta del participante, en cuanto respondía sobre el comando aparecía una nueva pantalla continuando el programa.

-*Programa Tacts.exe* que consta de 20 imágenes donde el participante ha de escoger entre 6 palabras emocionales, en una escala de menos a más desagradable. El propósito era que identificase la emoción que sentía al ver las imágenes, y calificase esa emoción con alguna de las palabras expuestas. Las palabras elegidas después de la selección con la muestra eran: “ninguna, melancolía, tristeza, angustia, abatimiento, desesperación”.

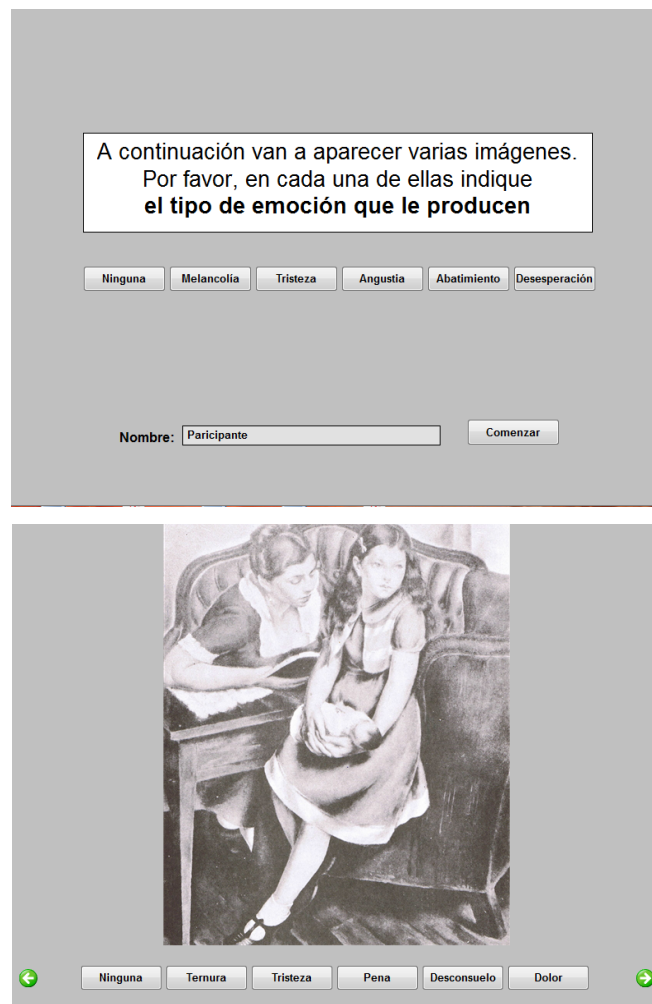


Figura 3.1.- Ejemplos de pantallas de la evaluación de palabras descriptivas del programa *Tact.exe* para la denominación de emociones.

-Programa *Emociones.exe* que consta de 20 láminas, las mismas del caso anterior, pero donde el participante debe escoger el grado de intensidad de la emoción que le produce ver cada imagen. Se utiliza una escala de tipo Likert, que va de 0 (ninguna emoción) a 10 (máxima intensidad emocional).

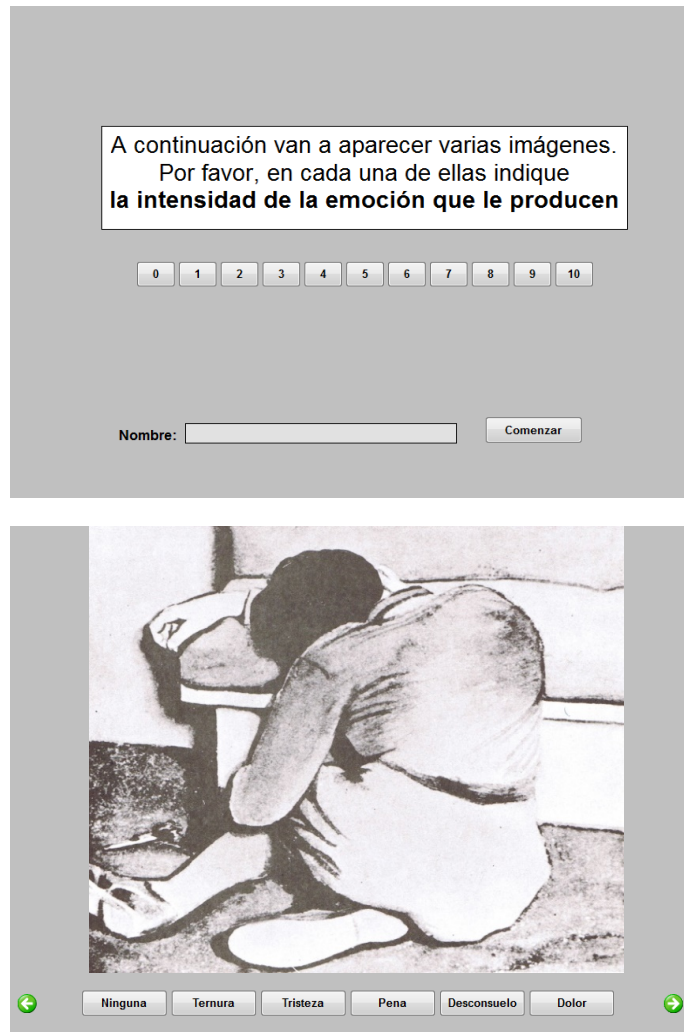


Figura 3.2.- Ejemplos de pantallas del programa *Emociones.exe*, para la evaluación del grado de malestar que le producían las imágenes mostradas.

3.2.5. Procedimiento

Las sesiones se realizaron en una sala de laboratorio específica de la Facultad de Psicología de Málaga de 2x3 m. La distribución del mobiliario, para este experimento, se hizo de forma que el participante tuviera el menor contacto posible con el experimentador. Para ello el participante se sentaba en una mesa dando la espalda al experimentador. Este experimento fue realizado por una misma persona en todas las sesiones y para todos los participantes. El participante y el experimentador eran los únicos en la habitación, pero todas las sesiones fueron grabadas en video, apareciendo siempre los participantes de espaldas. Previamente se les había pedido su consentimiento por escrito para aplicar los cuestionarios, recoger datos y grabaciones.

Primera sesión. Una vez dado el consentimiento informado en la primera hoja, los participantes pasaron a rellenar los distintos cuestionarios seleccionados, siempre en el mismo orden, en un bloque de hojas sin identificación de título y con el mismo formato y orden para todos los cuestionarios (AAQ, ERQ y ATQ). Todos los participantes pasaron de la misma forma esta fase de evaluación inicial. A continuación se les pasaba la prueba de evaluación con las imágenes en el ordenador, con el programa *Tacts.exe* y el programa *Emociones.exe*. En el primero debían identificar la descripción emocional de esas imágenes y en el segundo el grado de ansiedad o malestar que les producía cada una de ellas. Estas tareas llevaban aproximadamente 30-40 minutos. Todos los participantes realizaron esta fase de evaluación de la misma forma.

Según la condición experimental que les hubiese correspondido a cada participante, se les aplicaba el ejercicio verbal correspondiente a su grupo: la repetición de la palabra “leche”, la repetición simple de la palabra emocional, o el moldeamiento desde “leche” a la palabra emocional. La duración de esta fase era aproximadamente de 15 minutos. Las instrucciones y el ejercicio concreto realizado en cada condición experimental fueron las siguientes:

Grupo 1 o Ejercicio “Leche, Leche, Leche”. Se le realizara el ejercicio de defusión clásico como se refleja en la literatura. El experimentador le daba pauta de repetición de la palabra “leche-leche-leche”;

- 1- A continuación va a realizar un ejercicio verbal y para ello empezamos contestándome a *¿qué es leche. para ti? ¿qué recuerdos te evoca?*

- 2- Después de contestar, se le pidió que repitiese la palabra “leche” de forma continua y rápidamente. La repetición de la palabra se hacía aproximadamente durante 30 segundos, pero no se informaba al participante sobre su duración.
- 3- Una vez que se le indicaba que parase las repeticiones, se le preguntaba de nuevo *¿qué es leche para ti? ¿qué recuerdos te evoca?*
- 4- En el caso de que el participante contestara “una palabra” se daría por concluido este ejercicio. Si por contra la contestación fuese diferente a “leche es una palabra” el experimentador le pedía que repitiera el ejercicio de la misma forma que lo había hecho antes. Se realizarían 3 series de repeticiones de 30 segundos, si fuese necesario.

Grupo 2 o Extinción. Este grupo realizó el ejercicio basado en entrenamiento del Grupo 1 pero con la palabra emocional escogida. Este ensayo se realizó mediante el terapeuta, usando la palabra emocional asociada a la imagen que más le impactó al participante. Esta palabra escogida fue propia para cada participante. La secuencia del ensayo es la siguiente;

1 - El experimentador le pregunta al participante que imagen le ha parecido más impactante y qué palabra señaló. Por ejemplo, si la palabra elegida era “angustia”, acto seguido se le preguntaba *¿qué es angustia para ti? ¿qué recuerdos te evoca?*

2 - El experimentador le decía al participante que repitiese la palabra “angustia” de forma continua y rápida hasta que se le indicase parar. La repetición se hacía durante 30 segundos, aunque el participante no era informado del tiempo de repetición.

3 – Después de la repetición, el experimentador volvía a preguntarle *¿qué es angustia? ¿qué recuerdos te evoca?*

4 - Si la respuesta del participante no es “una palabra” o “unos sonidos”, se volvía a repetir esa palabra. Así se hacía en 3 series de repeticiones de 30 segundos cada una. Este ejercicio terminaba bien cuando el participante concluía que el nombre de esa emoción elegida era una “palabra” o eran “sonidos”, o bien cuando terminaba las 3 series de repeticiones.

Grupo 3 o Moldeamiento. En este grupo los participantes realizaban el mismo ejercicio que el Grupo 1, repitiendo la palabra “leche”, hasta que afirmaban que sólo era una palabra o unos sonidos; y después repitiendo de la misma forma la palabra emocional que habían elegido. p.ej.. “pena” o “tristeza”, hasta que concluían que sólo era una palabra o unos sonidos. A continuación el experimentador daba instrucciones para relacionar ambas palabras, si los participantes no lo habían hecho ya por sí mismos, con frases como: *“las palabras son solo palabras, son solo sonidos”*. *“los nombres de las emociones no son las emociones mismas, sólo son palabras, sonidos uno tras otro”*, *“nuestras emociones son una cosa y los nombres de esas emociones son otra diferente”*, *“no tenemos que comportarnos con los nombres como si fuesen las emociones mismas”*. Además se reforzaba socialmente si el participante daba explicaciones de este tipo y hacía afirmaciones sobre la separación entre palabras y emociones.

En esta segunda sesión, se comenzó realizado en primer lugar los ejercicios experimentales. Los participantes después completaban de nuevo los dos programas de evaluación de las imágenes del TAT: primero la evaluación de las descripciones emocionales de las imágenes, y después evaluación sobre el grado emocional que les producía.

Una vez terminado, realizaban también todos los cuestionarios, en el mismo orden que los habían realizado al inicio.

3.3. RESULTADOS

Se ha realizado un análisis ANOVA con medidas repetidas, tomando como factor entre-sujetos los 4 grupos experimentales, y como factor intra-sujetos de medidas repetidas los datos pre-post, y posteriormente un análisis de comparaciones múltiples por pares entre los grupos con la prueba de Scheffé y DMS, en aquellos casos que pudiesen aparecer alguna diferencia significativa. Previamente se han realizado las pruebas de homogeneidad de la varianza y homocedasticidad, que permitían en todos los casos la aplicación de estas pruebas normalizadas.

Respecto a los cuestionarios AAQ, ERQ y ATQ no hay diferencias significativas entre los grupos, pero tampoco en el pre-post, en ninguno de los casos. Como puede

observarse en la Tabla 3.1 y la Figura 3.3 las medias de los distintos grupos son muy similares en todos los casos.

Los datos obtenidos nos indican que no hay diferencias significativas en el cuestionario AAQ. Ni hay diferencias significativas en el cuestionario ERQ (aunque en el post todos los grupos aumentan la puntuación, no es significativa). No hay diferencias significativas en el cuestionario ATQ Positivo ni hay diferencias significativas en el cuestionario ATQ Negativo.

En suma, no aparecen las diferencias esperadas según el concepto de *defusión*, puesto que en AAQ deberían haber disminuido las puntuaciones al haber más distanciamiento y menos “evitación experiencial”. Algo similar ocurre con el cuestionario ERQ que debería haber rebajado las puntuaciones de “supresión emocional”. No se han encontrado, pues, las diferencias significativas que se pronosticaban en las hipótesis iniciales y todos los grupos resultan similares.

Tabla 3.1.- Datos pre y post de los diversos cuestionarios aplicados y la significatividad estadística obtenida en cada caso.

		AAQ		ERQ		ATQ positivo		ATQ negativo	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Grupo Ejercicio "leche-leche"	Pre	40.11	(7.753)	31.33	(8.860)	110.67	(17.25)	59.50	(20.77)
	Post	37.67	(6.042)	34.00	(8.292)	108.17	(15.01)	57.33	(23.82)
Grupo Extinción	Pre	39.71	(9.087)	34.43	(12.45)	102.50	(37.90)	47.75	(9.14)
	Post	38.71	(5.219)	35.43	(9.537)	109.00	(30.69)	59.25	(17.25)
Grupo Moldeamiento	Pre	37.00	(9.457)	33.00	(4.781)	110.33	(10.21)	47.67	(24.94)
	Post	37.63	(7.927)	34.75	(5.922)	121.67	(57.14)	54.67	(41.88)
Grupo Control	Pre	35.67	(7.890)	32.89	(5.207)	111.60	(10.90)	45.60	(8.264)
	Post	36.89	(6.470)	34.44	(5.981)	104.20	(17.83)	45.80	(24.33)
Efecto Grupo	F	.458		.012		.085		.159	
	Sig	.714		.950		.732		.473	
	Eta	.045		.012		.085		.159	
Efecto Pre-Post	F	.099		2.948		.100		.092	
	Sig	.755		.097		.757		.253	
	Eta	.003		.092		.007		.092	

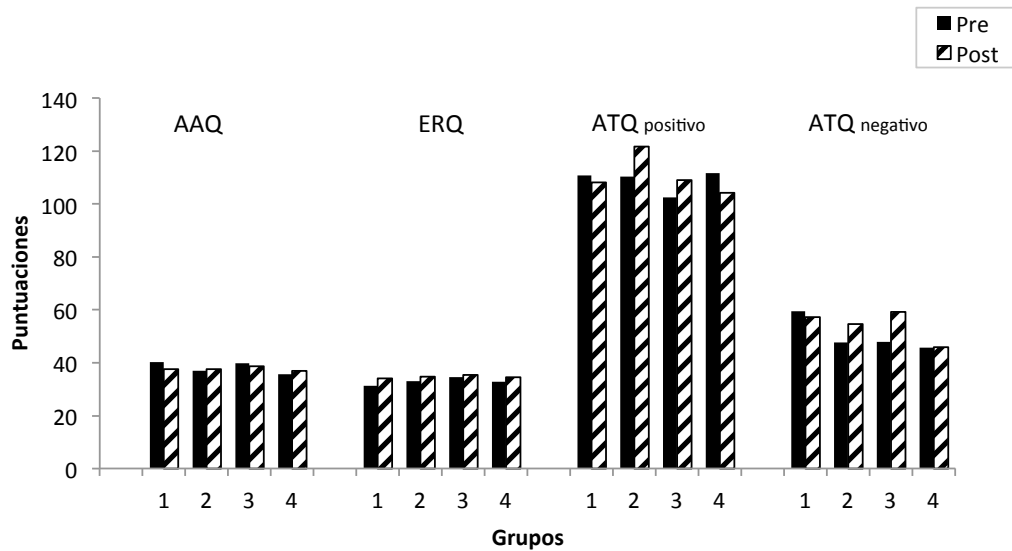


Figura 3.3.- Puntuaciones de los distintos cuestionarios en la evaluación pre y post en cada grupo.

En relación a las medidas directas de las valoraciones por ordenador en la propia experimentación, también se ha realizado un análisis ANOVA con medidas repetidas, tomando como factor entre-sujetos los 4 grupos experimentales, y como factor intra-sujetos de medidas repetidas los datos pre-post, y posteriormente un análisis de comparaciones múltiples por pares entre los grupos con la prueba de Scheffé y DMS. Se ha realizado un análisis similar por separado para las palabras-emoción positivas, neutras y para las negativas. En la Tabla 3.2 aparecen todos los datos de las medias de los diferentes grupos en cada una de las mediciones, tanto en la descripción como en la valoración emocional, en el pre y en el post. También en la Tabla 3.3 se muestran los parámetros y significatividad obtenida en cada una de las comparaciones, que no ha mostrado diferencias en ninguno de los grupos, en ninguna de las variables.

Tabla 3.2.- Medias obtenidas en cada uno de los grupos y cada una de las variables.

	Grupo 1 Ejercicio "leche-leche" N 8		Grupo 2 Repetición "emoción" N=7		Grupo 3 Moldeamiento N=7		Grupo 4 Control N=8	
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>
Descripción								
<i>Imágenes Pre</i>	2.32	.30	2.42	.48	2.73	.32	2.30	.47
<i>Imágenes Post</i>	2.58	.59	2.18	.61	2.70	.28	2.17	.61
Emoción								
<i>Imágenes Pre</i>	4.51	1.43	5.03	1.36	5.82	.56	5.45	1.08
<i>Imágenes Post</i>	5.05	1.82	4.49	1.51	5.30	.76	5.34	1.16

Tabla 3.3.- Datos estadísticos del análisis factorial y significatividad en cada una de las comparaciones entre-grupos y pre-post. en las distintas variables.

	Pre-Post			Entre-grupos		
	<i>F</i>	<i>Significa tividad</i>	<i>Tamaño efecto</i>	<i>F</i>	<i>Significa tividad</i>	<i>Tamaño efecto</i>
Descripción						
<i>Imágenes</i>	.148	.703	.006	1.298	.296	.130
Emoción						
<i>Imágenes</i>	.432	.517	.016	1.041	.391	.107

Como se explicó en el procedimiento, en el caso de las descripciones emocionales se han valorado esas palabras como categorías numéricas de 0 a 5, y en las valoraciones emocionales en la escala Likert 0-10. Por el análisis anterior, y como puede observarse gráficamente en las Figuras 3.4 y 3.5 no aparecen diferencias significativas entre los grupos, ni en pre-post.

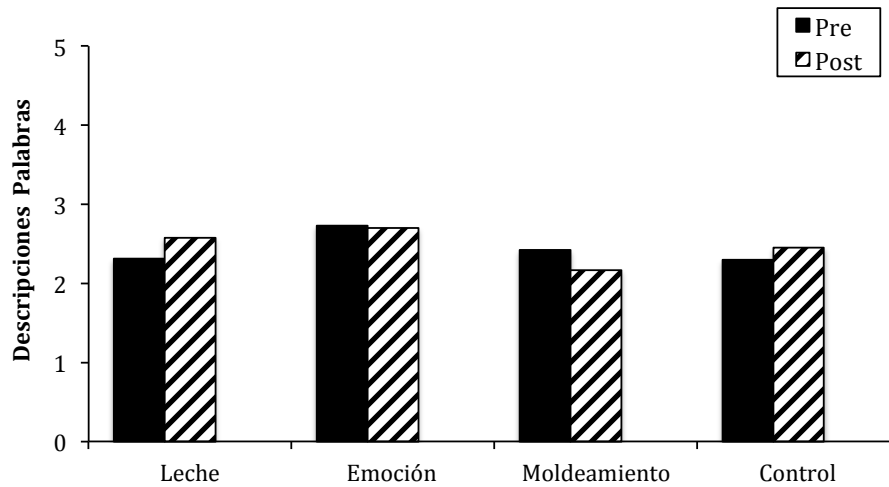


Figura 3.4.- Puntuaciones en la descripción de las palabras pre y post en cada grupo.

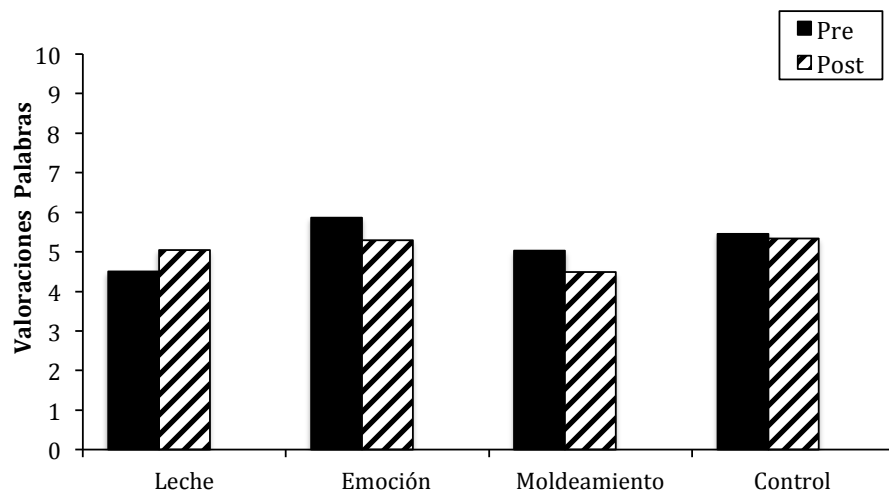


Figura 3.5.- Puntuaciones en la valoración del malestar de las palabras pre y post en cada grupo.

En síntesis, las variables que hemos manipulado no han afectado en nada a las medidas obtenidas, en ninguno de los 4 grupos. Se podría afirmar que el comportamiento de los participantes es el mismo en cualquiera de las condiciones, no han cambiado su descripción de las láminas, ni tampoco han cambiado su valoración

emocional del grado de malestar que les producen. No han aparecido, pues, las diferencias hipotetizadas entre los grupos en ninguna de las variables.

3.4. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

Los datos nos muestran que las valoraciones emocionales de los participantes no cambian después del ejercicio verbal en ninguno de los 4 grupos experimentales, y tampoco cambian los autoinformes sobre emociones tras los ejercicios. Se podría decir que los datos nos indican que en las condiciones experimentales aquí empleadas no se producen defusión verbal. Al contrario de lo que se esperaba por las hipótesis iniciales, al menos alguna de las condiciones debería haber disminuido sus puntuaciones en las valoraciones emocionales, según los experimentos de Masuda, Hayes, Sasket y Twohig (2004).

Las diferencias respecto a esta otra experimentación eran grandes, puesto que ellos empleaban solo una frase auto-referencial, y no había medidas pre-post, ni tampoco grupo control, puesto que eran diseños de caso único con solo 4 participantes, uno para cada condición. En nuestro caso, se han empleado un tipo de estimulación visual (láminas que se suponía producían cierto grado emocional), con mediciones pre y post para valorar realmente los posibles cambios, con múltiples medidas y respuestas emocionales, con un diseño entre-grupos con un número suficiente de participantes, y además grupo control sin ningún tipo de ejercicio verbal.

Precisamente la existencia de este grupo control y la medición pre-post nos permite afirmar que el nulo efecto obtenido respecto a la defusión es consistente, se repite la falta de efecto emocional en todos los grupos. Si hubiese que afirmar alguna tendencia de respuesta, sería cierta disminución en el Grupo 2 (repetición de emoción) y Grupo 3 (moldeamiento), pero como hemos visto, no llega a ser estadísticamente significativo. No se confirma, pues, la hipótesis de la defusión en los ejercicios verbales propuestos, en las condiciones con estímulos visuales emocionales que aquí se han utilizado.

En función de estos resultados, y dada la discordancia con esos otros estudios sobre defusión de Masuda y su equipo, se hipotetizaron posibles variables que podían haber influido en la falta de resultados positivos. Por un lado, quizás que la estimulación visual utilizada no fuese suficientemente emocional, aunque las puntuaciones medias en

todos los grupos está en la escala Likert entre 4 y 6 de malestar, lo que implica que en cierta forma sí producían ese malestar emocional, pero quizás la mezcla de imágenes unas más expresivas que otras, podía hacer que la media permaneciese inalterada. Por ello, en el siguiente experimento, se planificó utilizar unos estímulos visuales más intensos, que ya estuviesen estandarizados en sus valoraciones emocionales, y además utilizar grupos de estímulos positivos, negativos y neutros, con el fin de observar mejor el posible efecto de defusión en las valoraciones emocionales negativas que es donde los demás autores y la teoría de ACT propone ese efecto especialmente clínico de la defusión.

También, dadas las imágenes empleadas y las palabras emocionales seleccionadas, podría haber ocurrido que el rango emocional propuesto (desde “nada” a “dolor”) no fuese suficientemente representativo de cambios emocionales intensos. Por ello, en el siguiente experimento se proponen otras palabras, que al igual que las imágenes, sean de mayor impacto emocional y el rango de valores de emociones positivas a negativas sea más extremo, y así poder valorar más sutilmente los posibles cambios en los participantes.

Por otro lado, podría considerarse que el número de participantes fuese pequeño, aunque en los análisis paramétricos previos todo era correcto. En este caso, quizás con más participantes por grupo las medias entre-grupos podrían ser más extremas y significativas. De ahí que se propuso repetir este primer experimento pero intentando solventar algunas de las posibles factores que hubiesen podido influir en esta ausencia de efectos claros de la defusión de estos resultados.

Capítulo 4

SEGUNDO EXPERIMENTO

Dados los resultados del primer experimento, se planteó un nuevo estudio para intentar esclarecer experimentalmente los mecanismos conductuales de funcionamiento de la defusión. Varios estudios han informado sobre los efectos positivos del ejercicio clásico de la defusión (“leche-leche-leche”) en diversas muestras clínicas (Campbell-Sills, Barlow, Brown y Hofmann, 2006; Liverant, Brown, Barlow, y Roemer, 2008, Masuda et al., 2004; McMullen et al, 2008). Estos estudios tratan de mostrar el impacto de una estrategia basada en cambiar la función de los estímulos aversivos de eventos privados, no castigándolos (como en la técnica de “parada de pensamiento”) ni cambiándolos por otros de contenido o forma diferente (como en la técnica de “reestructuración cognitiva”). En la terapia ACT, este tipo de ejercicios en concreto, se realiza a través de la repetición de una palabra. Esta terapia trata de cambiar el contexto de las palabras y las emociones relacionadas con esas palabras. Al hacer repetir al individuo muchas veces esa palabra, teóricamente deja de tener la misma función, y termina siendo para el individuo solo una palabra compuesta de una serie de sonidos. De igual modo se lleva al individuo a la conclusión de que las palabras que le molestan y preocupan son solo un conjunto de sonidos, y no tiene que comportarse respecto a esas palabras (o pensamientos) como si fuesen las cosas reales a las que se refieren. Se pretende que el individuo responda a las palabras como tales, sin emociones, y a los eventos reales con las emociones que susciten en el momento, pero no se mezclen ambos tipos de funciones.

La cuestión clave es que este ejercicio en concreto que Hayes propone en la terapia ACT procede de un primer estudio de Titchener en 1910 sobre la extinción de respuestas condicionadas emocionales, al repetir las palabras muchas veces seguidas. La mera repetición actuaría como una exposición, con cada repetición las respuestas condicionadas irían disminuyendo, y finalmente el individuo podría repetir esas palabras sin las emociones asociadas.

La pregunta que se plantea, pues, es si el efecto de la defusión podría deberse a esa mera repetición, como efecto de una sobreexposición con extinción, o bien al proceso de defusión que define Hayes, según el cual se cambiaría la función de esas palabras emoción al cambiar su contexto: hacer ver que sólo es una palabra y no el referente real, por lo que al cambiar ese contexto verbal cambia también la función de producir respuestas emocionales. Por otro lado, varios autores plantean desde un análisis funcional que el moldeamiento sería el proceso de cambio durante la psicoterapia (Follette, Naugle y Callaghan, 1996; López y Pascual, 2012; Salzinger, 2011; Valero et al. 2011), donde el propio terapeuta se constituye como fuente de instrucciones y como agente que presenta contingencias sobre lo que dice el individuo, de forma que va cambiando progresivamente las respuestas de éste a través de su propia actuación terapéutica progresiva.

De ahí que se planteara aislar específicamente esta variable, estudiando por separado el efecto de repetición del ejercicio, de repetición de la palabra emocional o bien el proceso de moldeamiento que pueda realizar el terapeuta para cambiar ese contexto de las palabras, desde la repetición de la palabra “leche” a la repetición de sus propias palabras emocionales. De esta forma este segundo experimento se propone comparar diversas estrategias para la posible disminución del efecto emocional de las palabras confrontando: (1) la mera repetición de la palabra “leche” como el ejercicio de ACT, (2) el moldeamiento desde la repetición de la palabra “leche” hasta llegar a conclusión que solo es un sonido y hacer lo mismo con una palabra emocional específica, y (3) la repetición de esa palabra emocional concreta para cada participante siguiendo el mismo ejercicio de ACT. El objetivo fundamental es comparar estas condiciones de ejercicios verbales para intentar estudiar cuál es el mecanismo que permite disminuir las valoraciones emocionales asociadas a las palabras.

Además, dados los resultados del anterior experimento donde quizás las imágenes tuvieran poco significado emocional para los participantes, se van a utilizar aquí una serie de estímulos visuales con mayor impacto emocional a partir del fotografías del sistema IAPS (*International Affective Picture System*) que ya están baremadas con amplias poblaciones, y que tienen probada su eficacia para elicitación valoraciones emocionales intensas (Lang, Bradley y Cuthbert, 1999, 2008; Moltó et al., 1999, 2013; Vila et al., 2001), no sólo en cuanto a características subjetivas como

valencia o activación, sino también alterando las respuestas fisiológicas de tasa cardíaca o reflejo de sobresalto (Sánchez et al., 2002).

Las imágenes del IAPS se han utilizado en varios experimentos para estudiar emociones, estudiando distintos parámetros de la exposición y resultados en los participantes, tanto con valoraciones subjetivas como con respuestas fisiológicas. El experimento de Bradley, Lang y Cuthbert (1993) mostró que la presentación repetida de imágenes producía una habituación del reflejo de alerta ante estímulos nuevos. Utilizaron imágenes del IAPS con valencia positiva, negativa y neutra, registrando al mismo tiempo las respuestas fisiológicas electrodermales, cardíacas y electromiográficas. Los ensayos se producían uniendo un sonido fuerte como estímulo incondicionado, presentando 6 veces aleatoriamente cada fotografía en un total de 78 imágenes, y después presentaban imágenes nuevas sin asociación con el sonido, para ver el posible resultado sobre el reflejo de alerta. Los autores mostraron la habituación que se va produciendo en todas las respuestas fisiológicas conforme aumenta el número de ensayos de presentación. Este efecto se producía tanto con imágenes positivas, como neutras y también en menor medida con las negativas, y se generalizaba ese efecto de habituación a las nuevas imágenes presentadas. No solo ocurre este efecto de habituación de las respuestas fisiológicas, sino que las respuestas cerebrales con potenciales evocados se mantienen en el tiempo con parámetros similares, según la interpretación cognitiva por la categorización y procesamiento de esas imágenes (Codispoti, Ferrary y Bradley, 2006). Sin embargo, este mismo equipo (Smith, Bradley y Lang, 2005) también ha encontrado que la utilización de imágenes sostenidas con más tiempo de exposición (5 minutos), y especialmente si eran emocionalmente negativas, activaban más las respuestas electromiográficas medidas como respuesta de defensa o sobresalto. En otro estudio posterior (Codispoti, Bradley y Lang, 2001) también mostrarían que las reacciones emocionales ante las imágenes dependen del tiempo de exposición, y así las imágenes mantenidas hasta 6 segundos producían mayor activación y reflejo de alerta que las mantenidas solo unos milisegundos. Cuanto menor tiempo, menor probabilidad de que ocurra una respuesta de defensa, y esta es mayor cuando las imágenes tienen contenido negativo. Este efecto de habituación de las respuestas emocionales podría estar en la base de la defusión también, la mera presentación repetida de los estímulos disminuiría la valoración emocional que dan los participantes a las imágenes, aunque quizás la mera denominación de esas imágenes no cambie en sus valoraciones ni en los parámetros de tiempo para hacerlo.

4.1. OBJETIVOS

Al igual que el primer experimento, se pretende analizar la eficacia de la defusión de la terapia ACT mediante el ejercicio verbal con la repetición de la palabra “leche-leche-leche”, intentando estudiar cuál es el proceso conductual que subyace a su funcionamiento. Para ello se comparan 3 condiciones experimentales sobre cómo realizar esos ejercicios: (1) repetición de la palabra “leche”, (2) moldeamiento por el terapeuta desde la palabra a la palabra-emocional de cada participante, y (3) la repetición de la palabra emocional por sí sola). De esta forma, las hipótesis más concretas serían las siguientes:

1. Si el proceso de defusión actúa como cambio de control contextual estimular, la mera repetición del ejercicio “leche-leche-leche” actuará como control de otras palabras emocionales en el mismo contexto experimental, y por tanto disminuirán las puntuaciones pre-post tanto en la descripción como en la valoración emocional de las imágenes. En suma, si el mecanismo conductual de actuación es la defusión propuesta por la *Teoría del Marco Relacional* y la *Terapia de ACT*, entonces el ejercicio “leche-leche” debería disminuir ese grado emocional en el primer grupo.

2. Si el proceso de la defusión actúa por extinción, a través de la repetición de la palabra emocional disminuirán las respuestas condicionadas emocionales, disminuyendo por tanto las descripciones como las valoraciones emocionales pre-post. Si fuese solo un proceso de extinción se produciría una disminución por la mera repetición de la palabra emocional, sin necesidad de equivalencia o aprendizaje relacional entre palabras, por lo que la disminución de puntuaciones se produciría en el tercer grupo.

3. Si el proceso de defusión actuase de forma más compleja como moldeamiento verbal producido y mantenido por el terapeuta, desde la palabra-ejemplo a la palabra-emoción, además del reforzamiento social que aplicase, entonces la segunda condición de moldeamiento sería la que disminuyese en mayor grado las descripciones y valoraciones emocionales pre-post.

4. Si las imágenes IAPS provocan suficientes niveles emocionales, éstos se diferenciarán entre los distintos grupos de imágenes utilizadas (positivas, negativas y neutras).

5. Si el mecanismo de actuación es el que propone ACT, la disminución de las valoraciones pre-post será mayor en las imágenes negativas que en las positivas o neutras.

4.2. METODO

4.2.1. Diseño

Se ha utilizado un diseño entre-grupos con medidas repetidas (4x2), con 3 condiciones experimentales y 1 condición de control, todas ellas con medidas antes y después de la aplicación de los ejercicios. Han participado 76 personas en total, completamente aleatorizadas entre condiciones. Se han utilizado diversas variables dependientes tales como cuestionarios sobre pensamientos y emociones (AAQ, ERQ, y ATQ) y medidas directas de las relaciones verbales: 1) evaluación de la descripción de la imágenes, mediante una escala nominal para 20 imágenes positivas, 20 negativas y 20 neutras; 2) evaluación con una escala Likert 0-10 del grado de malestar que producía cada una de las imágenes positivas, negativas y neutras; 3) el tiempo de reacción en segundos ante cada una de las imágenes en el momento de la evaluación de descripciones; y 4) el tiempo de reacción en segundos ante las imágenes en el momento de la evaluación emocional.

Todas estas evaluaciones se han realizado en todos los participantes antes y después de los diversos ejercicios verbales, en el caso de la condición de control se dejó pasar una semana entre ambas evaluaciones. Este grupo control serviría para tener control de los efectos de la repetición de la prueba, paso del tiempo y deseabilidad con el experimentador.

Las condiciones experimentales concretas han sido las siguientes:

Grupo 1 Repetición “leche, leche, leche”. La intervención se realiza mediante el experimentador con el ejercicio de repetición de la palabra “leche-leche-leche”. Siguiendo el razonamiento de la defusión y de ACT, al repetir esa palabra, se desvinculan las funciones de las palabras emocionales. Se trata de romper la fusión cognitiva a través del sobre-exposición de la palabra “leche” y fragmentar las equivalencias establecidas entre la palabra “leche” y su “referente real”. Teóricamente este ejercicio llevaría al individuo a separar las palabras de las emociones que excita. Lo que se intenta en este grupo es provocar una disminución significativa de las puntuaciones pre-post debido a una alteración de la función de estímulo de esas imágenes, que ocurriría principalmente en los estímulos negativos. Los estímulos visuales valorados como negativos producen mayor grado de malestar, por lo que los ejercicios de ACT deberían disminuir especialmente en estos estímulos, frente a los más positivos o neutrales.

Grupo 2 Repetición de la palabra emocional. La intervención en esta condición se realiza mediante un ejercicio similar al primero, pero ahora repitiendo la palabra emocional que el individuo haya puntuado más elevado. Igual que el primer grupo, se asume que la exposición a la palabra directa reduciría su carácter emocional y disminuiría el malestar o ansiedad del individuo ante esa palabra y las emociones asociadas a ella. Se pretende romper la fusión entre la palabra-emoción y el referente físico emocional plasmado en esas imágenes, se consideraría pues que se produciría una extinción directa de las respuestas emocionales. Por lo que, en este grupo durante la segunda evaluación los componentes emocionales de esas imágenes también disminuirían.

Grupo 3 Moldeamiento leche-emoción. Este ensayo se realizara de forma similar a las anteriores condiciones, repitiendo primero el ejercicio “leche-leche-leche” y después la repetición de la palabra emocional. Pero en este caso el experimentador hace énfasis en la sucesión de un ejercicio con otro y la similaridad entre ambos ejercicios, pasando de repetir una palabra neutra a una palabra emocional con implicaciones para el individuo. Además, el experimentador refuerza verbalmente la relación entre ambas palabras, y refuerza también las conclusiones del participante sobre la separación de las palabras como sonidos de sus componentes emocionales vividos. De esta forma, aquí la actuación del experimentador a través de ese moldeamiento en los ejercicios y

reforzamiento social, llevaría a una disminución mayor que los anteriores grupos en las valoraciones pre-post. Se hipotetiza que mediante esta estrategia de moldeamiento es cuando finalmente se consigue que el individuo establezca la defusión, y cree nuevas auto-instrucciones que le permitan diferenciar el acto de tener un pensamiento, del pensamiento que se tiene y de la persona que se está dando cuenta de ello. En suma, en esta condición el experimentador estaría moldeando ese razonamiento, y no el mero efecto del ejercicio o la repetición de palabras.

Grupo 4 Control. En este caso no hay intervención alguna, sino que se deja pasar una semana entre las evaluaciones pre y post. Aquí la hipótesis es que no debería haber cambios en las valoraciones, puesto que los participantes no realizan ningún ejercicio ni actividad explícita, por lo que las puntuaciones deberían ser estables.

4.2.2. Participantes

La muestra estaba compuesta por 75 participantes distribuidos en cuatro grupos (tres experimentales y un control) asignado de forma aleatoria a los diferentes grupos, el 29,5% hombres y un 72,4% mujeres todos ellos estudiantes de Psicología que fueron recompensados por puntos de prácticas por participar en la investigación. No tenían conocimientos previos de ACT ni sobre ejercicios experienciales. En la Tabla 4.1 aparecen los datos de la muestra completa, cuya media de edad era 24,47 años (DT=5.17). No había diferencias significativas entre los grupos en edad ni en la distribución por sexo, tampoco en ninguna de las otras variables como nivel educativo, tipo de residencia, ocupación o estado civil.

Tabla 4.1.- Distribución de la muestra de los 4 grupos experimentales.

	Leche	Moldeamiento	Emoción	Control
Hombres	3	6	3	2
Mujeres	17	15	14	15
Edad	25.15	25.24	23.73	25.82
Estudios				
<i>Bachiller</i>	3	1	2	2
<i>Universitario</i>	16	20	15	15
<i>Otros</i>	1	0	0	0
Estado				
<i>Soltero/a</i>	20	18	17	16
<i>Casado/a</i>	0	2	0	0
<i>Separado/a</i>	1	0	0	0
<i>Otros</i>	0	1	0	1
Residencia				
<i>Solo</i>	4	0	2	0
<i>Familia propia</i>	0	2	0	0
<i>Familia padres</i>	13	11	11	12
<i>Otros</i>	3	8	4	5
Ocupación				
<i>Estudiante</i>	20	18	16	16
<i>Trabajador</i>	0	3	1	0
<i>Autónomo</i>	0	0	0	1

4.2.3. Instrumentos

Se utilizaron varios cuestionarios, para la evaluación emocional y pensamientos sobre sí mismos, que se suelen utilizar en la terapia ACT para valorar los cambios pre-post intervención. En este caso se utilizaron en concreto (ver Anexo 1):

Cuestionario de Evitación Experiencial y Aceptación Psicológica - AAQ (Hayes et al., 2004; adaptación española de Barraca, 2004). Los autores originales crearon este cuestionario para evaluar la evitación experiencial y la aceptación psicológica dentro de la terapia ACT. Consta de 9 ítems en escala tipo Likert de 7 puntos sobre la frecuencia (desde nunca a siempre) con que el individuo muestra los comportamientos emocionales o de aceptación que se describen en los ítems. Esta prueba cuenta con una consistencia interna de .70. La adaptación española ha contrastado los datos tanto con una muestra

clínica como no-clínica, mostrando un *alpha* de Cronbach de .74 y una fiabilidad test-retest de .71.

Cuestionario de Regulación Emocional - ERQ (Gross & John, 2003; traducido y adaptado por Rodríguez-Carvajal, Moreno-Jiménez y Garrosa, 2006). Este cuestionario está diseñado para evaluar las diferencias individuales en dos estrategias de regulación emoción: la *re-evaluación cognitiva* (en qué medida las personas suelen intentar cambiar a nivel cognitivo o mental el impacto emocional que determinada situación les genera) y la *supresión* o represión expresiva, (en qué medida la persona opta por inhibir su comportamiento expresivo). Tiene 10 ítems, que el participante valora en una escala Likert entre 1 (desacuerdo total) y 7 (total acuerdo). Los autores originales presentan varios estudios de este cuestionario con *alpha* entre .68 y .82, y por su parte la adaptación española ofrece un *alpha* de Cronbach de .63 (Porro-Conforti y Andres, 2011). Tiene dos subescalas, una referida a la “reevaluación cognitiva” y otra referida a “supresión emocional”. La primera hace referencia una forma de cambio cognitivo para que la situación tenga menor impacto emocional, y la supresión sería la forma de modular esa respuesta inhibiendo la expresión emocional. Ambas estrategias de regulación emocional, según estos autores, son independientes ya que las personas pueden utilizarlas de distinta manera y en varios grados.

Cuestionario de Pensamientos Automáticos – Revisado (ATQ-R; Kendall y Hollon, 1989). Es una medida cognitiva de frecuencia de pensamientos automáticos asociados con el ánimo depresivo y autoconcepto. Cada ítem se evalúa en una escala de 5 puntos sobre la frecuencia de ocurrencia de esos pensamientos (desde 1 nunca hasta 5 todo el tiempo). Se ha utilizado la adaptación al castellano de Calvete y Connor-Smith (2005), quienes agruparon los ítems en cuatro subgrupos mediante un sistema de jueces: (a) Pensamientos positivos, que incluyen 10 ítems que reflejan el optimismo y la autoevaluación positiva; (b) Autoconcepto negativo, compuesto por 12 ítems relacionados con autoevaluación negativa, fracaso y culpabilidad hacia uno mismo; (c) Pensamientos de insatisfacción, que incluye 11 ítems que reflejan una evaluación negativa de las circunstancias y un deseo de que la propia vida fuese diferente; y (d) Dificultad de afrontamiento, compuesta por 7 ítems que sugieren indefensión y dificultad para emprender acciones. Los coeficientes *alpha* de Cronbach para la versión española fueron de .90, .85, .88 y .79 respectivamente para cada una de estas subescalas, para el total de pensamientos automáticos el *alpha* fue de .94.

Para la intervención con imágenes emocionales se utilizaron un conjunto de 60 imágenes obtenidas del Sistema Internacional de Imágenes Afectivas (*International Affective Picture System*, IAPS; Lang, Bradley y Cuthbert, 1999, 2008). Este sistema tiene por objetivo proveer al investigador de una escala de medida de las emociones a partir de estímulos visuales (imágenes) que pueden ser ubicados en un amplio rango de categorías semánticas. El IAPS está compuesto por más de 1000 imágenes fotográficas a color agrupadas en 20 conjuntos, cada uno de ellos con un promedio de 60 imágenes que representan todas las posibles combinaciones de las dimensiones de la emoción (Lang, Bradley y Cuthbert, 2008). Las fotografías tienen la ventaja de cubrir una amplia gama de estados emocionales y de representar características importantes de la vida de la persona, tales como el deporte, la comida, el sexo, la violencia, los desastres naturales o los animales (Lang, 1995). La validez del IAPS como instrumento efectivo para la inducción de emociones se ha fortalecido no sólo por los diferentes análisis psicométricos y su validación en varios países (Lang, Bradley & Cuthbert, 1999; 2008; Moltó et al., 1999; Sánchez et al., 2002; Verschuere, Crombez & Koster, 2001; Vila et al., 2001), sino también por su alta correlación con respuestas fisiológicas. Por ejemplo, la dimensión de valencia covaría con respuestas como el reflejo de sobresalto, la tasa cardíaca, la actividad electromiográfica de los músculos corrugador y cigomático; mientras que el *arousal* covaría con la conductancia eléctrica de la piel y los potenciales corticales lentos -P300 y Potencial Positivo Tardío- (Bradley y Lang, 2007). De entre todas ellas se eligieron 20 con los datos de valencia ya baremados más altas (negativas), otras 20 imágenes con valencia más baja (positiva), y otros 20 con valencia intermedia (neutras). En el Anexo 3 aparecen las 60 imágenes agrupadas en esas categorías y utilizadas durante toda la experimentación.

Para la evaluación de los valores emocionales de esas imágenes, así como para la administración automática de todo el procedimiento, se realizaron dos programas informáticos específicos para esta investigación. Este software registraba las respuestas dadas por los participantes, a través del ratón sobre la pantalla, al tiempo que registraba también el tiempo de reacción en cada imagen, y guardaba todos los datos en un fichero para su análisis posterior.

Programa Descripciones.exe (Valero, 2010). Después de una pantalla inicial con las instrucciones y nombre del participante, iban apareciendo previamente aleatorizadas las 60 imágenes, 20 de cada clase, donde el participante ha de escoger entre 10 palabras que describiría la emoción que le produce cada fotografía. Esas palabras estaban

jerarquizadas desde emociones positivas a negativas. Las descripciones seleccionadas eran: *ninguna, felicidad, amor, alegría, tranquilidad, asco, angustia, pena, dolor y miedo*. El programa categorizaba numéricamente cada palabra de 0 a 10 indicando el grado desde emociones positivas hasta emociones negativas que le sugerían esas imágenes. En esa escala las denominaciones de emociones han sido: 0=Ninguna, 1=Felicidad, 2=Amor, 3=Alegría, 4=Ternura, 5=Tranquilidad, 6=Asco, 7=Angustia, 8=Pena, 9=Dolor, 10=Miedo.

El tiempo para contestar en cada imagen era ilimitado, pero se registraba la latencia en segundos como tiempo de reacción ante cada imagen. Al término, los datos aparecían en formato TXT contenía la elección específica en cada imagen y su tiempo de reacción, además del cálculo automático de la puntuación media ante las imágenes positivas, neutras y negativas, y el tiempo de reacción medio en segundos también en cada categoría. En la Figura 4.1 pueden observarse varias pantallas de ejemplo de ese programa.

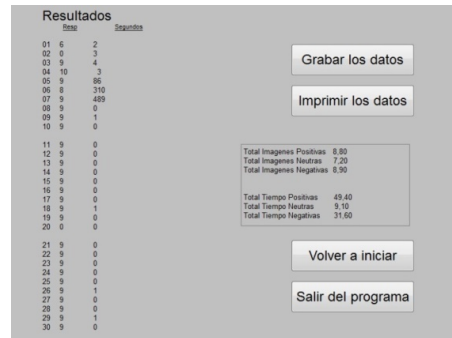
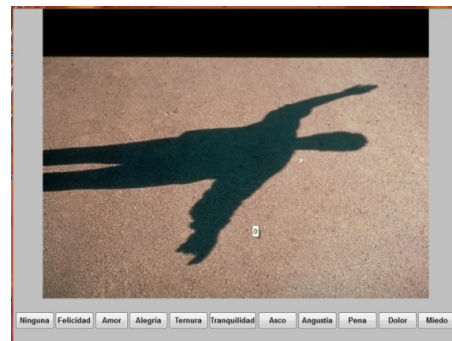
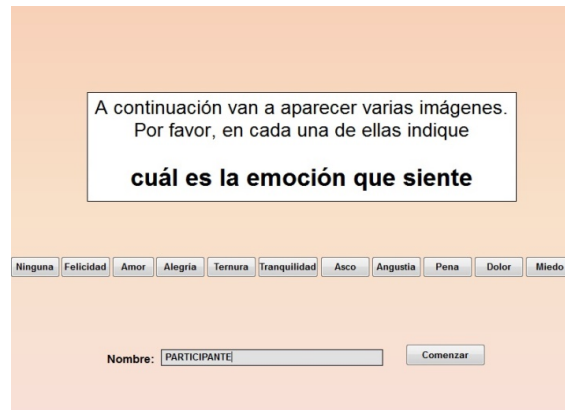


Figura 4.1.- Ejemplos de pantallas del programa *Descripciones.exe*

Programa Descripciones.exe (Valero, 2010). Igual que el anterior después de una pantalla inicial con instrucciones y nombre, iban apareciendo previamente aleatorizadas las 60 imágenes. En este programa el participante debía escoger el grado de intensidad de la emoción que le producía ver cada imagen, en una escala de tipo Likert que va de 0 (ninguna emoción) a 10 (máxima intensidad emocional). El tiempo para completar el cuestionario era ilimitado, pero se registraba internamente el tiempo de reacción ante cada fotografía. Al final del programa aparecía la pantalla de datos y la posibilidad de imprimir o grabar el fichero completo de todos los datos. La salida de datos en formato TXT incluía la elección específica en cada imagen y el tiempo de reacción en cada imagen además del cálculo automático de la puntuación media y tiempo de reacción medio en segundos ante las 20 imágenes positivas, neutras y negativas. En la Figura 4.2 puede observarse dos pantallas de ejemplo de ese programa.

Todos los programas e instrucciones se aplicaron por medio de un ordenador portátil, con Windows 7 como sistema operativo, con pantalla de 16 pulgadas, y ratón para que los participantes manejaran fácilmente sus respuestas. Como sistema operativo se utilizó Windows 7 y los programas estaban realizados en *NeoBook* y *VisualBasic*.

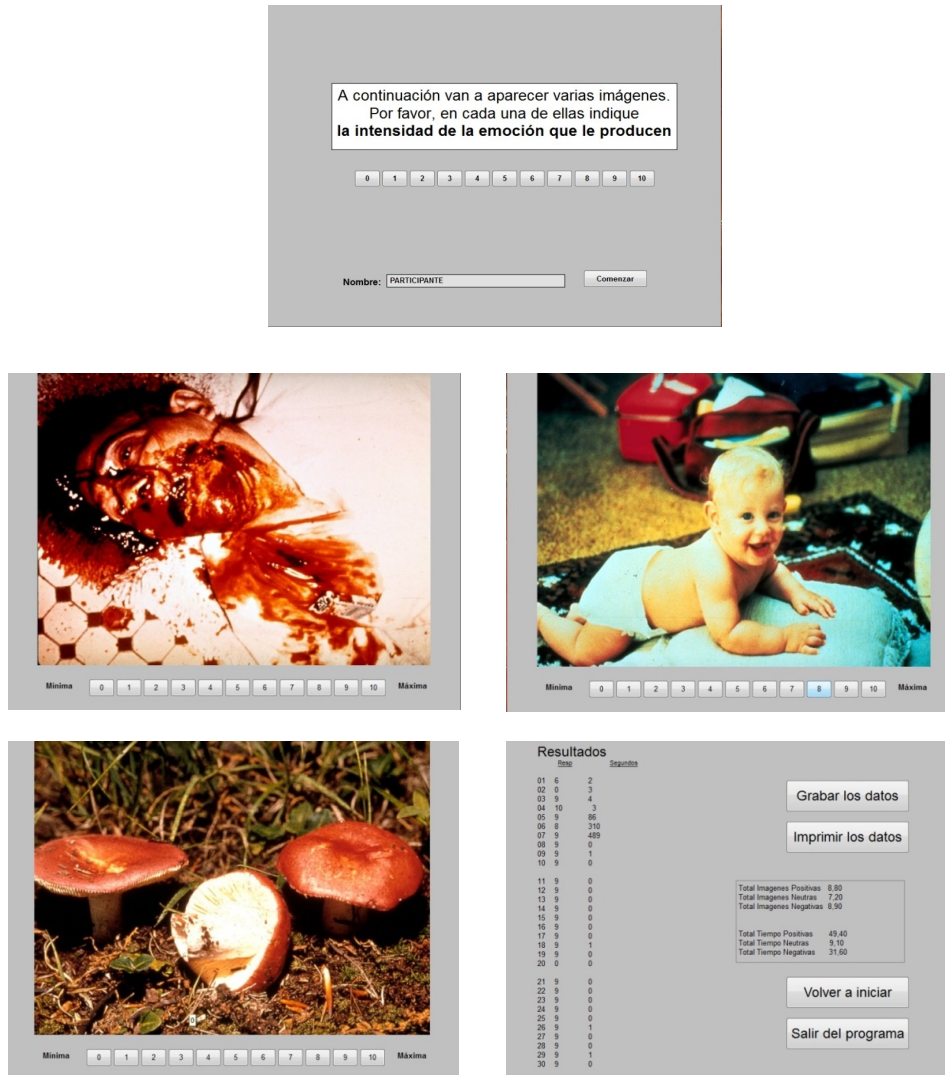


Figura 4.2.- Ejemplos de pantallas del programa *Emociones.exe*

4.2.4. Procedimiento

En primer lugar se requirieron participantes voluntarios de entre los estudiantes de la licenciatura de Psicología, así como otros voluntarios reclutados entre conocidos y contactos sociales de los experimentadores. Se les informó de forma general que el experimento formaba parte de un proceso de evaluación de emociones, con las tareas que habrían de realizar en ordenador. Antes de comenzar, se les pidió su consentimiento informado, a cada uno de los participantes de forma individual, para recabar toda la información, la aplicación de cuestionarios y la realización del estudio. Asegurándoles siempre la confidencialidad de todo el proceso, y el uso absolutamente anónimo de los datos obtenidos. Se reclutaron inicialmente 80 participantes (20 por grupo), pero por diversas circunstancias 3 no completaron las evaluaciones finales y en 2 de ellos no pudieron utilizarse los datos de alguna de las sesiones por problemas informáticos, con lo que la muestra total fue de 75 participantes.

Los participantes llevaron a cabo todo el estudio, durante 2 sesiones de aproximadamente 1 hora cada una, en dos semanas diferentes. Se realizó en el laboratorio de la Facultad de Psicología, en una sala de laboratorio específica con material multimedia de dimensiones 2x3 metros. La distribución del mobiliario, para este experimento, se hizo de forma que el participante tuviera el menor contacto posible con el experimentador, mientras complementaba los cuestionarios y los programas informáticos, que se realizaban desde el propio portátil de laboratorio. Para ello el participante se sentaba en una mesa dándole la espalda al experimentador. Durante la intervención el experimentador se sentaba frente al participante para tener un contacto directo con éste, ambos eran los únicos en la habitación. Este experimento fue realizado por una misma persona en todas las sesiones y para todos los participantes. Las fases que componen el procedimiento son las siguientes:

En la primera sesión. Una vez da la información y obtenido el consentimiento informado de forma escrita para utilizar sus datos de forma anónima para la investigación, pasaron a rellenar los distintos cuestionarios seleccionados, siempre en el mismo orden, en un bloque de hojas sin identificación de título y con el mismo formato para todos los cuestionarios (AAQ, ERQ y ATQ). Todos los participantes pasaron de la misma forma esta fase de evaluación inicial. A continuación se les pasaba la prueba de

evaluación previa, con las 60 imágenes en el ordenador con el programa *Descripciones.exe*, y las 60 imágenes con el programa *Emociones.exe*. En todos los casos con el mismo orden y secuencia de imágenes. En el primer ejercicio debían identificar la descripción emocional que les producían esas imágenes, y en el segundo el grado de ansiedad o malestar que les producía cada una de ellas (siempre en una escala 0-10). Estas tareas llevaban aproximadamente 30-40 minutos. Todos los participantes pasaban por igual esta fase de valoración de descripciones y emociones. A los participantes del grupo control se les despedía hasta la semana siguiente para una nueva evaluación.

Según la variable experimental que les hubiese correspondido a cada participante, aleatoriamente por orden de llegada, se les aplicaban el ejercicio correspondiente a su grupo: la repetición de la palabra leche, el moldeamiento desde “leche” a la palabra emocional, o repetición de la palabra emocional. Esta fase duraba aproximadamente de 15 minutos. Las instrucciones y el ejercicio concreto en cada condición experimental fueron las siguientes:

Grupo 1 o Ejercicio “leche, leche, leche. Se efectuó el ejercicio de “leche” clásico, donde el experimentador iba dando las pautas para la repetición de la palabra “leche-leche-leche”.

- 1- A continuación va a realizar un ejercicio verbal, y para ello empezamos con contestándome a *¿qué es leche, para ti? ¿qué recuerdos te evoca?*
- 2- Después de contestar, se le pidió que repitiera la palabra “leche” muchas veces. El participante no era informado sobre el tiempo (30 segundos) que estará repitiendo “leche”.
- 3- Una vez que se le indicaba que parase las repeticiones, se le preguntaba de nuevo *¿qué es leche para ti? ¿qué recuerdos te evoca?*
- 4- En el caso, que el participante contestara “una palabra” se daría por concluido este ejercicio. Si por contra su contestación es diferente a “Leche es una palabra” el experimentador le pedía que repitiera el ejercicio de las mismas formas que lo había hecho antes. Se realizarían 3 series de repeticiones de 30 segundos, si fuera necesario. Esta fase concluía cuando el participante definía leche como “una palabra” o “solo sonido”.

Grupo 2 o Repetición de la palabra emocional. Este grupo realizaba el ejercicio basado en entrenamiento clásico de repetición, similar al primer grupo, pero con la palabra emocional que eligiese (p.ej. “angustia” o “asco”). La secuencia del ensayo es la siguiente;

- 1 - El experimentador le pregunta al participante que imagen le ha parecido más impactante y qué palabra señaló. Por ejemplo, si la palabra elegida era “angustia”, acto seguido se le preguntaba *¿qué es angustia para ti? ¿qué recuerdos te evoca?*
- 2 - El experimentador le dirá al participante que repita la palabra “angustia” de forma continua y rápida hasta que se le indique parar. La repetición se hacía durante 30 segundos, aunque el participante no será informado de tiempo de repetición.
- 3 – Después de la repetición, el experimentador volvía a preguntarle *¿qué es angustia? ¿qué recuerdos te evoca?*
- 4 - Si la respuesta del participante no es “una palabra” o “unos sonidos”, se volvía a repetir esa palabra. Así se hacía en 3 series de repeticiones de 30 segundos cada una. Este ejercicio terminaba bien cuando el participante concluía que el nombre de esa emoción elegida era una “palabra” o eran “sonidos” o terminaba las 3 series de repeticiones.

Grupo 3 o Moldeamiento desde “leche” a la palabra emocional. En este grupo los participantes realizaban el mismo ejercicio que el Grupo 1, repitiendo numerosas veces la palabra “leche”, hasta que afirmaban que sólo era una palabra o unos sonidos; y después repitiendo numerosas veces la palabra emocional que habían elegido, p.ej., “angustia” o “asco”, hasta que concluían que sólo era una palabra o unos sonidos. A continuación el experimentador daba instrucciones para relacionar ambas palabras, si los participantes no lo habían hecho ya por sí mismos, con frases como: “las palabras son solo palabras, son solo sonidos”, “los nombres de las emociones no son las emociones mismas, sólo son palabras, sonidos uno tras otro”, “nuestras emociones son una cosa y los nombres de esas emociones son otra diferente”, “no tenemos que comportarnos con los nombres como si fuesen las emociones mismas”. Además se reforzaba socialmente si el participante daba explicaciones de este tipo y hacía afirmaciones sobre la separación entre palabras y emociones.

En la segunda sesión, después de pasada una semana, los participantes realizaban al comienzo exactamente los mismos ejercicios de los diferentes grupos, según las variables que le habían sido asignado. En esta segunda reunión, se comenzó realizado en primer lugar los ejercicios y a continuación rellenaban todos los cuestionarios en el mismo orden que se había realizado al inicio. Los participantes del grupo control solo volvieron a rellenar los cuestionarios de la sesión anterior

4.3. RESULTADOS

Se ha realizado un análisis ANOVA con medidas repetidas, tomando como factor entre-sujetos los 4 grupos experimentales, y como factor intra-sujetos de medidas repetidas los datos pre-post; y posteriormente un análisis de comparaciones múltiples por pares entre los grupos con la prueba de Scheffé y DMS, en aquellos casos que pudiesen aparecer alguna diferencia significativa. Previamente se han realizado las pruebas de homogeneidad de la varianza y homocedasticidad que permitían en todos los casos la aplicación de estas pruebas normalizadas.

Respecto a los cuestionarios AAQ, ERQ y ATQ no hay diferencias significativas entre los grupos, pero tampoco en el pre-post, en ninguno de los casos. Como puede observarse en la Tabla 4.2 y la Figura 4.3 las medias de los distintos grupos son muy similares en todos los casos.

En suma, no aparecen las diferencias esperadas según el concepto de *Defusión*, puesto que en AAQ deberían haber disminuido las puntuaciones al haber más distanciamiento y menos “evitación experiencial”. Algo similar ocurre con el cuestionario ERQ que debería haber rebajado las puntuaciones de “supresión emocional”. No se han encontrado, pues, las diferencias significativas que se pronosticaban en las hipótesis iniciales y todos los grupos resultan similares.

Tabla 4.2.- Datos pre y post de los diversos cuestionarios aplicados y la significatividad estadística obtenida en cada caso.

		AAQ		ERQ		ATQ positivo		ATQ negativo	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Grupo Ejercicio "leche-leche"	Pre	38.05	6.80	38.05	8.86	61.10	5.42	28.38	9.31
	Post	35.57	4.97	37.19	9.44	59.67	7.46	26.62	10.09
Grupo Repetición "emoción"	Pre	36.59	5.39	38.41	7.81	59.35	10.35	28.18	8.67
	Post	36.00	7.43	38.29	7.43	57.71	14.54	28.12	9.99
Grupo Moldeamiento	Pre	36.36	7.18	39.05	8.46	65.05	6.73	24.27	7.64
	Post	35.27	6.39	35.36	10.03	65.23	7.71	22.68	7.23
Grupo Control	Pre	37.22	6.05	37.44	10.95	62.06	7.51	25.56	6.75
	Post	34.78	5.15	37.00	10.06	61.72	7.20	26.56	7.97
Efecto Grupo	F	.712		1.125		.264		1.822	
	Sig	.548		.345		.851		.151	
	Eta	.028		.044		.011		.069	
Efecto Pre-Post	F	.119		1.125		2.647		1.530	
	Sig	.949		.345		.055		.220	
	Eta	.357		.044		.097		.020	

Por otra parte, existe una correlación positiva entre AAQ y ATQ negativo ($r=.439$, $p<.001$), y correlación negativa entre AAQ y ATQ positivo ($r=-.327$, $p<.001$). A la vez encontramos una alta correlación interna entre partes de ERQ y ERQ1 y ERQ2 ($r=.775$ y $.684$, $p<.001$) y una elevada correlación negativa entre partes inversa del ATQ negativo y ATQ positivo ($r=-.507$, $p<.001$). Correlaciones todas ellas congruentes con el concepto de evitación experiencial, conceptos de sí mismo y emociones que subyacen en estos cuestionarios.

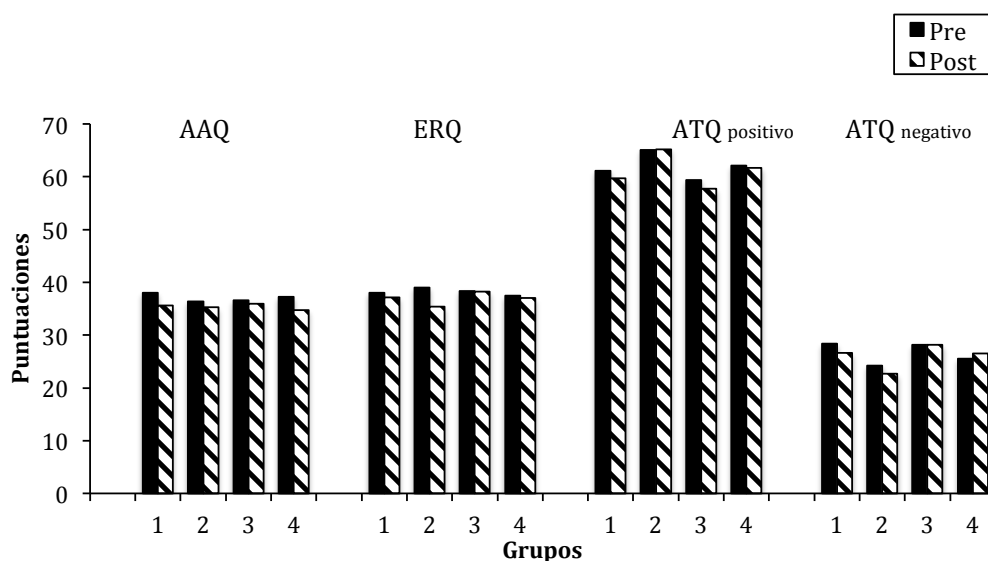


Figura 4.3.- Puntuaciones de los distintos cuestionarios en la evaluación pre y post en cada grupo. Grupo 1 = Ejercicio "leche-leche", Grupo 2 = Repetición de palabra emocional, Grupo 3 = Moldeamiento, Grupo 4 = Control sin ejercicio

En relación a las medidas directas de valoración por ordenador en la propia experimentación también se ha realizado un análisis ANOVA con medidas repetidas, tomando como factor entre-sujetos los 4 grupos experimentales, y como factor intra-sujetos de medidas repetidas los datos pre-post, y posteriormente un análisis de comparaciones múltiples por pares entre los grupos con la prueba de Scheffé y DMS, en aquellos casos que pudiesen aparecer alguna diferencia significativa. Previamente, también se han realizado las pruebas de homogeneidad de la varianza y homocedasticidad. Se ha realizado un análisis similar por separado para las palabras-emoción positivas, neutras y para las negativas. En la Tabla 4.3 y 4.4 aparecen todos los datos de los diferentes grupos en cada una de las variables, así como los datos de los parámetros y significatividad obtenida en cada una de las comparaciones.

Tabla 4.3.- Medias obtenidas en cada uno de los grupos y cada una de las variables.

	Grupo 1 Ejercicio "leche- leche" N=21		Grupo 2 Repetición emoción N=17		Grupo 3 Moldeamiento N=22		Grupo 4 Control N=18	
	<i>Pre</i>	<i>Post</i>	<i>Pre</i>	<i>Post</i>	<i>Pre</i>	<i>Post</i>	<i>Pre</i>	<i>Post</i>
Descripción								
<i>Imágenes Positivas</i>	3,26 (0,47)	3,21 (0,57)	3,22 (0,48)	3,17 (0,55)	3,11 (0,42)	3,22 (0,55)	3,35 (0,44)	3,51 (0,37)
<i>Imágenes Negativas</i>	7,57 (0,68)	7,49 (0,84)	7,69 (1,36)	7,49 (1,37)	7,79 (0,61)	7,78 (0,64)	7,18 (1,90)	7,61 (0,77)
<i>Imágenes Neutras</i>	1,85 (1,14)	1,44 (1,39)	1,44 (0,95)	0,98 (1,27)	2,06 (1,28)	1,39 (1,38)	1,47 (1,22)	1,13 (0,85)
Emoción								
<i>Imágenes Positivas</i>	5,59 (1,89)	5,65 (1,85)	6,25 (1,43)	5,55 (1,65)	6,26 (1,44)	6,36 (1,09)	6,04 (1,84)	5,88 (1,71)
<i>Imágenes Negativas</i>	8,52 (1,38)	8,43 (1,33)	8,19 (1,77)	7,83 (1,88)	8,20 (1,13)	8,28 (1,18)	8,62 (1,18)	8,48 (1,42)
<i>Imágenes Neutras</i>	1,64 (1,37)	1,78 (1,50)	1,56 (1,27)	1,33 (1,49)	2,53 (1,88)	2,32 (1,92)	1,86 (1,59)	2,02 (1,70)
Latencia								
Descripción								
<i>Imágenes Positivas</i>	7,63 (3,90)	4,79 (3,19)	7,52 (3,49)	6,92 (3,29)	8,59 (4,05)	6,29 (2,82)	7,62 (5,32)	6,16 (3,89)
<i>Imágenes Negativas</i>	8,64 (8,07)	5,53 (3,45)	8,50 (4,65)	6,29 (3,73)	9,01 (4,63)	4,94 (2,50)	6,84 (4,05)	4,29 (2,26)
<i>Imágenes Neutras</i>	9,48 (5,70)	4,41 (3,15)	8,11 (3,45)	4,46 (3,23)	9,44 (4,12)	4,78 (3,01)	10,5 (5,63)	5,82 (2,99)
Latencia Emoción								
<i>Imágenes Positivas</i>	5,90 (2,91)	4,24 (2,27)	4,72 (2,98)	4,71 (3,04)	5,25 (3,08)	4,64 (2,78)	6,34 (3,36)	3,59 (2,16)
<i>Imágenes Negativas</i>	3,45 (2,22)	3,03 (2,15)	4,79 (3,37)	3,57 (2,62)	4,69 (2,56)	4,99 (3,10)	4,10 (3,44)	3,77 (2,19)
<i>Imágenes Neutras</i>	5,06 (2,76)	3,93 (2,82)	4,16 (2,28)	3,01 (1,86)	4,92 (3,16)	3,85 (2,49)	3,72 (2,15)	3,58 (3,37)

Tabla 4.4.- Datos estadísticos del análisis factorial y significatividad en cada una de las comparaciones entre-grupos y pre-post., en las distintas variables.

	Pre-Post			Entre-grupos		
	<i>F</i>	<i>Significatividad</i>	<i>Tamaño efecto</i>	<i>F</i>	<i>Significatividad</i>	<i>Tamaño efecto</i>
Descripción						
<i>Imágenes Positivas</i>	.613	.436	.009	.940	.426	.039
<i>Imágenes Negativas</i>	.106	.745	.002	1.413	.246	.057
<i>Imágenes Neutras</i>	14.620	.0001	.173	.313	.816	.173
Emoción						
<i>Imágenes Positivas</i>	1.887	.174	.026	.915	.548	.062
<i>Imágenes Negativas</i>	1.392	.242	.019	.754	.524	.031
<i>Imágenes Neutras</i>	.056	.813	.001	.563	.641	.023
Latencia Descripción						
<i>Imágenes Positivas</i>	11.836	.001	.145	.931	.430	.038
<i>Imágenes Negativas</i>	25.722	.0001	.269	.464	.709	.019
<i>Imágenes Neutras</i>	83.641	.0001	.544	.402	.752	.017
Latencia Emoción						
<i>Imágenes Positivas</i>	8.798	.004	.110	1.998	.122	.078
<i>Imágenes Negativas</i>	1.183	.281	.016	.669	.574	.028
<i>Imágenes Neutras</i>	5.178	.026	.068	.380	.768	.016

Los datos muestran que no hay diferencias significativas entre los grupos en ninguna de las variables, ni en la descripción ni valoración emocional, ni tampoco en sus latencias. Las diferencias aparecen en algunas de ellas en la comparación pre-post, lo que indica que hay un efecto de aprendizaje o de repetición de la prueba, que al evaluar por segunda vez las imágenes, hace que los participantes respondan más rápidamente. Pero en ningún caso hay un efecto del tipo de ejercicios realizados en los grupos (ver Figuras 4.4 y 4.6).

Existen diferencias en la latencia de la descripción con imágenes positivas en el pre-post ($F=11.836$, $gl=70$, $p<.001$), también de imágenes negativas ($F=25.752$, $gl=70$, $p<.0001$), y en las neutras ($F=83.641$, $gl=70$, $p<.0001$). De igual manera, hay diferencias en la latencia de la valoración emocional con imágenes positivas en el pre-post ($F=8.798$, $gl=71$, $p<.005$), y en las imágenes neutras ($F=5.178$, $gl=71$, $p<.05$). Un efecto de disminución de latencia que se da en todas las imágenes, pero curiosamente no tanto en la latencia de la valoración emocional de las imágenes negativas (ver Figuras 4.5 y 4.7). Quizás en este caso ese tipo de imágenes impactan más y los participantes vacilan ligeramente tardando más en responder. También es curioso la disminución pre-post en la descripción de imágenes neutras, aunque en este caso es un cambio de valoración mínimo. Las descripciones emocionales se han valorado como categorías numéricas de menos a más (0 a 10) y en este caso la valoración es entre 1 y 2, es decir, entre los calificativos de “felicidad” y “amor” que definirían esas imágenes. Pero en

ningún caso disminuye la valoración emocional que dan los participantes de los diferentes grupos.

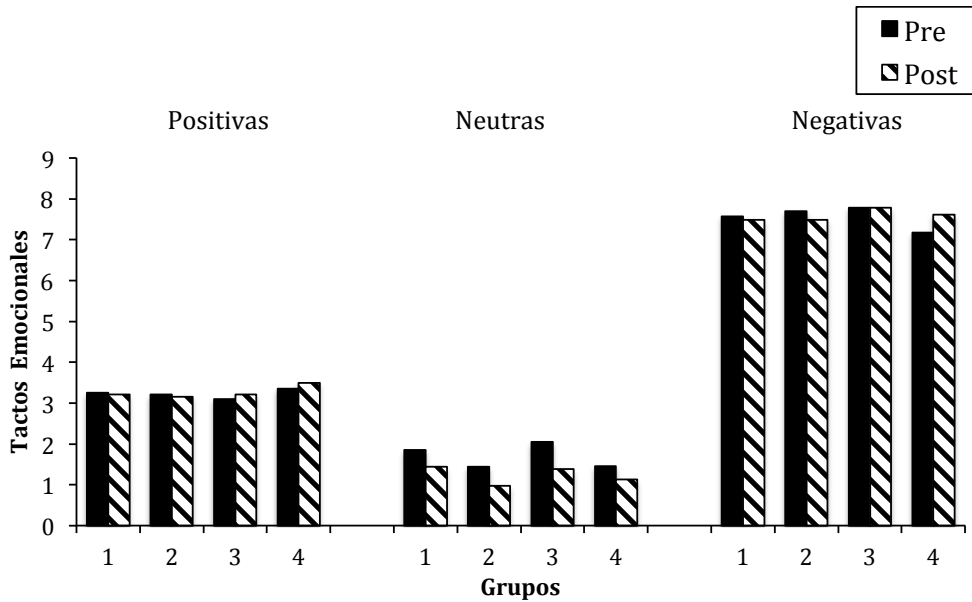


Figura 4.4.- Denominación de emociones o nombres de las fotos positivas, neutras negativas en cada grupo. Grupo 1 = Ejercicio "leche-leche", Grupo 2 = Repetición de palabra emocional, Grupo 3 = Moldeamiento, Grupo 4 = Control sin ejercicio

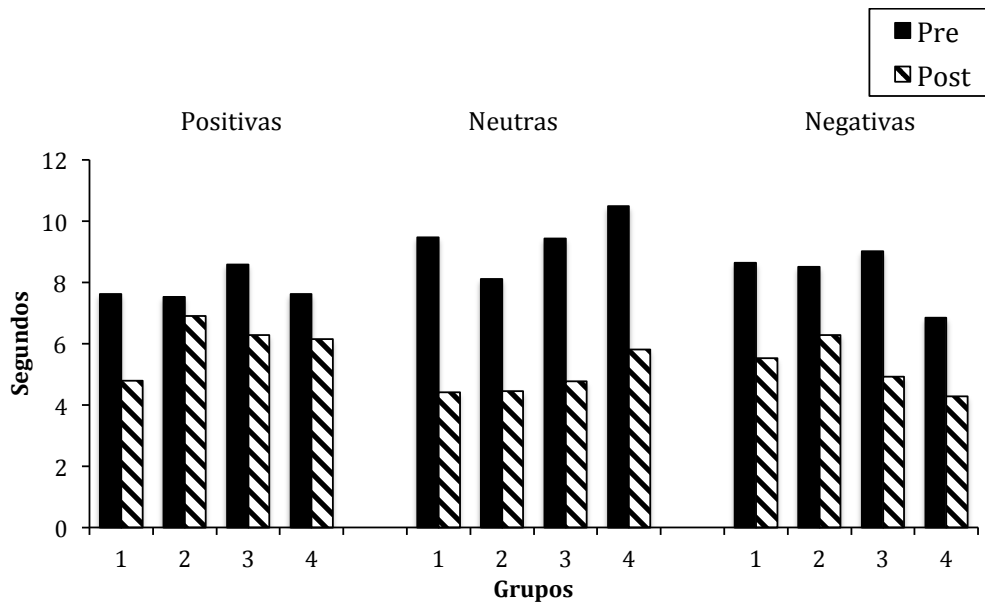


Figura 4.5.- Tiempo de latencia en segundos ante cada grupo de fotos positivas, neutras y negativas, en cada uno de los cuatro grupos.

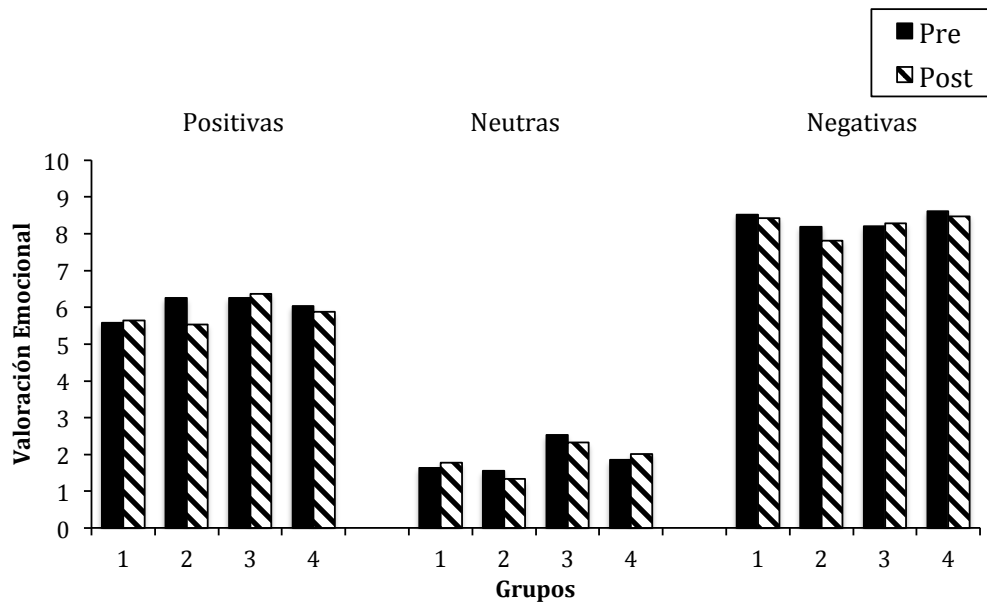


Figura 4.6.- Valoración emocional (Escala Likert 0-10) de las imágenes positivas, negativas y neutras en cada grupo. Grupo 1 = Ejercicio "leche-leche", Grupo 2 = Moldeamiento de palabra emocional Grupo 3 = Moldeamiento, Grupo 4 = Control sin ejercicio

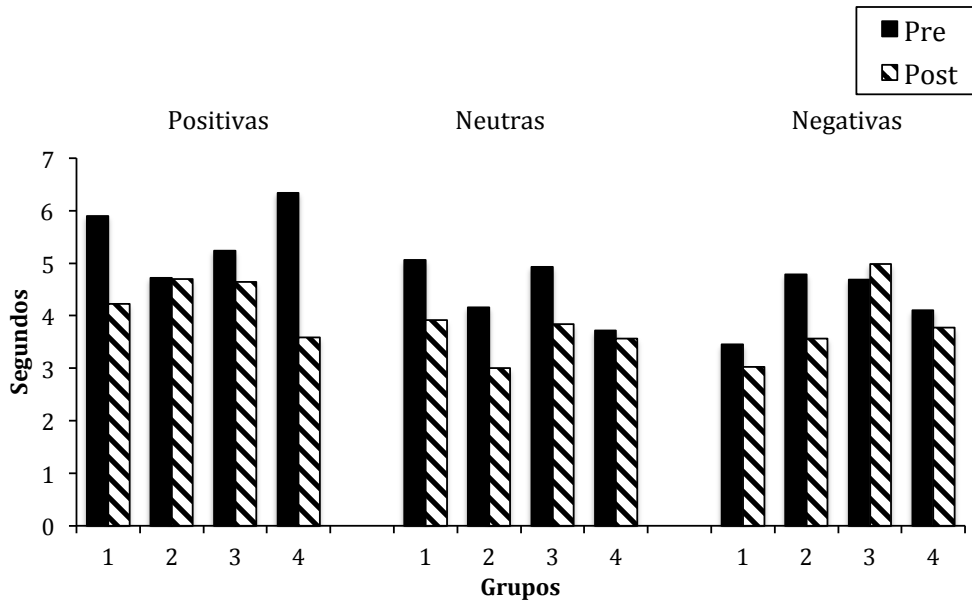


Figura 4.7.- Tiempo de latencia en segundos ante cada grupo de fotos positivas, neutras y negativas, en cada uno de los cuatro grupos.

Por su parte, también se han comparado entre sí las valoraciones de los grupos de diapositivas para comprobar que las fotos utilizadas estaban bien clasificadas en cada sub-grupo como positivas, negativas y neutras. En este caso hay diferencias significativas entre el grupo de diapositivas positivas y neutras ($t=20.29$, $gl=74$, $p<.0001$), entre las positivas y negativas ($t=-11.66$, $gl=74$, $p<.0001$) y también entre las neutras y negativas ($t=-29.41$, $gl=74$, $p<.0001$). Lo cual indica que las imágenes obtenidas a partir del sistema IAPS según sus propias puntuaciones de baremación con población española, están bien clasificadas también según la valoración inicial que dan los participantes.

Como resumen, no aparecen las diferencias hipotetizadas entre los grupos en ninguna de las variables. No aparecen diferencias respecto a los cuestionarios, ni respecto a las descripciones, ni respecto al efecto emocional provocado por las distintas imágenes, ni tampoco en las latencias de milisegundos para responder a cada una de ellas, bien fuesen positivas, negativas o neutras. Lo que sí aparecen son diferencias en el pre-post en algunas de las variables, en concreto en las imágenes neutras disminuyendo su valoración, o en las latencias ante las distintas imágenes que disminuyen también.

Puede afirmarse, pues, que no hay un efecto evidente de defusión, o al menos no hay un efecto diferencial del tipo de exposición, repetición o moldeamiento verbal que se ha realizado para intentar cambiar esas valoraciones emocionales. No se verifica experimentalmente el posible efecto de defusión con estas condiciones, y lo que aparece básicamente es una disminución de las latencias de respuestas quizás debido a la repetición de la prueba o propio aprendizaje que disminuye ese tiempo de reacción en casi todas las imágenes, excepto en las negativas.

4.4. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

No hay cambios en denominación de emociones, ni en valoración de emociones. Para nuestro asombro, los resultados obtenidos en este segundo experimento, marcan las mismas tendencias que el primer experimento y vuelven a replicar la misma falta de efecto claro de la posible defusión o alteración emocional con este tipo de ejercicios verbales. Como se ha descrito en los resultados, no se producen cambios significativos en ningunas de las condiciones (denominación de emociones, ni en valoración de

emociones, ni las latencias a las imágenes), los únicos cambios puede afirmarse que son debido al efecto de repetición de la prueba o aprendizaje de la tarea. Podríamos concluir que, a diferencias de los estudios citados en la revisión inicial (Campbell-Sills, Barlow, Brown y Hofmann, 2006; Liverant, Brown, Barlow, y Roemer, 2008, Masuda et al., 2004; McMullen et al, 2008), no se producen los efectos de defusión o disminución de las valoraciones emocionales de las palabras, según los postulados de los ejercicios verbales de la terapia ACT. Podemos afirmar que en las condiciones experimentales aquí probadas los ejercicios verbales como la repetición de palabras no producen un efecto emocional inmediato.

Para intentar mejorar metodológicamente el primer experimento, donde tampoco aparecían cambios claros entre los grupos, en este segundo experimento se han utilizado estímulos visuales de fuerte impacto emocional, ya probados por otros estudios baremados sobre el sistema IAPS (Lang, Bradley & Cuthbert, 1999; 2008; Moltó et al., 1999; Sánchez et al., 2002; Verschuere, Crombez & Koster, 2001; Vila et al., 2001). Las diferencias entre sí de las imágenes sí son significativas, no sólo por la valoración previa y su baremación poblacional anterior, sino por los resultados en los propios participantes de este estudio, que diferencian entre un tipo de imágenes y otros por su valencia emocional. Es decir, no existe un problema metodológico con las estimulación utilizada, puesto que las imágenes sí que producen esas valoraciones emocionales (positivas, negativas y neutras) que se corresponden con la literatura previa de este sistema IAPS.

Se esperaba, pues, que apareciese un efecto diferencial claro, bien respecto a los distintos ejercicios de cada grupo o bien respecto a los tipos de estímulos, especialmente se esperaba que los estímulos negativos tendrían más fuerte componente emocional y podrían mostrar mayor magnitud de cambio. Sin embargo, en ninguno de los casos ha ocurrido así, y en ese tipo de estímulos lo que sí hay un mayor tiempo de latencia pero de forma similar en todos los grupos.

Para intentar explicar el porqué de estos resultados tan diferentes a los publicados por otros autores, podríamos argüir que en este estudio se ha utilizado un diseño robusto y con gran control entre-grupos e intra-grupos, incluyendo un grupo control sin ningún tipo de ejercicio verbal. Si se hubiese realizado, como han hecho otros autores, una comparación sólo con un par de esos grupos, o sólo midiendo y comparando los efectos post-ejercicios, o con una muestra más pequeña, o sin utilizar grupo control... quizás se hubiesen encontrado diferencias significativas.

De hecho, a manera de prueba se ha realizado dicho análisis estadístico con los resultados aquí obtenidos, de forma que si se tomasen aisladamente los grupos de defusión o de repetición de palabras, hay cambios pre-post significativos estadísticamente, como señalan otros estudios de Masuda et al. (2004, 2009, 2010) ya revisados. Pero no son debidos al tratamiento realizado, sino a la propia repetición de la prueba o al aprendizaje de la propia tarea. En los tres grupos experimentales disminuyen las puntuaciones y las latencias, no hay ninguna diferencia entre ellos, ni tampoco respecto al grupo control. Lo que nos permitiría afirmar que esos otros estudios tienen un control experimental insuficiente, y llegan a conclusiones sesgadas a partir de diseños cuasi-experimentales, sin control suficiente y con muestras muy pequeñas.

Sin embargo, también es posible que la metodología y el procedimiento utilizados en estos dos experimentos difieran en algunas variables respecto a la forma de presentar los ejercicios verbales o el tipo de mediciones realizada en esos otros estudios. De esta forma, quizás la inclusión de otras variables o mediciones se acercase más a los postulados clínicos de ACT sobre la defusión. Algunas de ellas podrían ser las siguientes:

a) Gran parte de los estudios experimentales y análogos de los ejercicios ACT se han realizado sólo con estimulación verbal, con frases y palabras autoaplicadas. Desde ACT se supone un estrecho vínculo entre la defusión y los valores personales, se responde más emocionalmente ante algo que nos afecta directamente, no algo general, algo que nos es propio y que está estrechamente “fundido” verbalmente con nosotros (Blackledge y Hayes, 2001). De esta forma, quizás los estímulos visuales del IAPS, aunque sean fuertemente emocionales, pueden ser generales, no auto-aplicables, no asumidos como propios, con lo que los participantes podrían describirlos y valorarlos siempre de la misma forma, desde un punto de vista más externo y distante. Si la defusión, según ACT, puede actuar sobre algo que nos es muy cercano e importante para nosotros, unos estímulos visuales sobre otras personas podrían tener poca posibilidad de cambio emocional. El efecto de defusión quizás podría estar más limitado al contexto inmediato de las emociones y palabras que nos atañen.

b) Algunos estudios anteriores señalan que al realizar un análogo experimental sobre una aplicación terapéutica, la influencia del experimentador o terapeuta puede ser fundamental, y de hecho es conocida la importancia de la relación terapéutica en

cualquier efecto clínico dentro de la sesión (Kohlenberg, Tsai y Dougher, 1993; Hayes y Wilson, 1994, Hayes et al., 1999). En este caso, el mismo experimentador realizaba todas las instrucciones verbalmente, incluido el moldeamiento y reforzamiento social, lo que puede ser una ventaja desde un punto de vista clínico, pero un factor de influencia desde un punto de vista experimental. Algunos autores como McMullen et al. (2008) han mostrado que emplear un programa computarizado, o grabar las instrucciones verbales en audio, para aplicar la estimulación terapéutica siempre de la misma forma controlada, mejora el control de variables en un análogo clínico.

c) La forma exacta de dar las instrucciones, de realizar los ejercicios de defusión y repetición, como en el ejemplo de “leche-leche-leche”, podría ser también un factor de influencia. Así, la forma de realizar el ejercicio en un ambiente terapéutico habitual, en el contexto de una conversación y un diálogo dentro de la sesión, no es la misma que en condiciones experimentales, con instrucciones únicas y homogéneas. Quizás, como señala Masuda et al. (2009) el contexto verbal establecido entre terapeuta y cliente dentro de la terapia, sea el que facilite el efecto de la defusión verbal. Habría que aislar qué factores de ese contexto de interacción verbal o qué formato de instrucciones terapéuticas sería el que facilitase esa defusión.

d) Quizás otras medidas emocionales podrían ser más sensibles al cambio en la defusión. De esta forma, para refinar las variables, se podrían utilizar no sólo valoraciones subjetivas de malestar, sino la propia latencia de respuesta, las asociaciones implícitas de palabras a través de latencia, la medición de respuestas fisiológicas como tasa cardíaca o electrodermal, o la interferencia sobre palabras emocionales con colores (como el efecto Stroop), podrían ayudar a dilucidar mejor el efecto de defusión que se pretende probar.

Para intentar solventar este interrogante del contraste de resultados de estos dos experimentos con los realizados por otros autores sobre el fenómeno de la defusión, se planificó un nuevo experimento cambiando algunas de las características de esa estimulación y la forma de realizar las instrucciones y ejercicios, de forma que se ajustase lo más posible a esas otras investigaciones, realizando prácticamente una replicación sistemática sobre el ejercicio verbal y la defusión en ACT.

Capítulo 5

TERCER EXPERIMENTO

Una vez analizados los datos de nuestros dos primeros experimentos, en los que no aparecía claramente la existencia de la defusión cognitiva, se realizó una revisión más a fondo y en detalle sobre experimentos similares que sí parecían mostrar esa defusión, al menos en las condiciones y características que afirmaban sus autores en sus conclusiones. De esta forma, se pretendía comparar nuestro procedimiento con el de esos autores, y replicar lo más exactamente posible esos otros experimentos para comprobar la aparición o no de esa defusión cognitiva, en las mismas condiciones en que esos otros autores decían que lo habían hecho. En estos otros experimentos sobre defusión verbal se han empleado exclusivamente palabras o frases auto-aplicadas, en vez de imágenes como se ha hecho en los experimentos anteriores de esta tesis.

Generalmente se asume que las palabras emocionales asociadas con eventos o experiencias positivas tendrían una valoración más positiva y en una tarea de identificación mostrarán tiempos más cortos; mientras que las palabras emocionales asociadas a eventos estresantes o aversivos tendrían una valoración más negativa y mostrarían tiempos más largos en la identificación. Pero esas valoraciones subjetivas pueden verse afectadas por otros factores como son el carácter auto-aplicado de esas palabras, y en este sentido la posible credibilidad o no que tengan para cada individuo.

Así lo han mostrado los diversos experimentos de Nicolle y Goel (2013), sobre el impacto de las creencias (o componente cognitivo) sobre la valencia y motivación, al identificar palabras con características emocionales. Utilizaron frases cortas agrupados en 8 temáticas negativas y sus correspondientes frases redactadas de forma neutral, y los participantes debían informar sobre el grado de valencia afectiva, grado de excitación, y de credibilidad en cada una de ellas. Los resultados mostraron que esas puntuaciones en valencia emocional dependían de la credibilidad que daban también los participantes a cada palabra, y más cuando éstas eran emocionalmente negativas. Los autores concluyen que los componentes emocionales de las palabras dependen no solo de las

valoraciones del propio individuo, sino también del “procesamiento cognitivo”, la comprensión, o la consistencia de esas palabras con las propias creencias. De ahí, pues, que utilizar palabras auto-aplicadas, que definan a uno mismo y que se ajusten a las propias creencias y valores según ACT, pueda ser una estimulación adecuada para estudiar el posible efecto de los ejercicios de defusión.

El experimento de Masuda, Hayes, Sackett y Towhig (2004) trata de probar la defusión cognitiva a partir de las estrategias concretas del ejercicio “leche-leche” de ACT, aplicadas sobre frases autodescriptivas que tendrían cierta molestia para el individuo. Realizaron dos experimentos similares entre sí, con sólo 4 participantes en cada uno, estudiantes universitarios, en un diseño de tratamientos alternos. A los participantes se les preguntaba sobre frases con pensamientos negativos sobre sí mismos que fuesen especialmente molestos (p.ej., "soy gordo") y luego quedarse sólo con la palabra molesta ("gordo"). En un primer experimento compararon la estrategia de defusión (repetición de *leche-leche-leche*) con una técnica de distracción (leer un artículo). En el segundo experimento compararon la misma técnica de defusión, frente a una estrategia de control (imágenes positivas, respiración o frases positivas). Los dos experimentos mostraron que la estrategia de defusión del ejercicio *leche-leche-leche* producía menor malestar y más credibilidad de las palabras negativas, que las otras estrategias de distracción o control cognitivo. Sin embargo, solo utilizaron 4 sujetos en cada condición y compararon entre ellos, las diferencias de las puntuaciones pre-post difieren bastante de un participante a otro, y realmente en el grado de malestar no había diferencias significativas. Además, convierten las puntuaciones en puntuaciones estándar para cada participante, para tener en cuenta el nivel de malestar que presentaba cada uno inicialmente. Por otra parte, los participantes pasan en tratamientos alternos por ambos tipos de estrategias (defusión y control o imágenes positivas), lo que podría llevar efectos de interacción entre ambos o que los participantes utilizaran indistintamente cualquiera de las estrategias una vez aprendidas en los primeros ensayos. Finalmente, a pesar de las frases del *abstract* del artículo publicado, los mismos autores concluyen que posiblemente la defusión sea la explicación del impacto de la terapia, pero que no hay evidencia de que la técnica de repetición *leche-leche-leche* sea clínicamente útil o mejor que las otras estrategias.

En un experimento posterior (Masuda, Feinstein, Wendell y Sheehan, 2010) aumentarían la muestra comparando 120 participantes, asignados aleatoriamente a

cuatro condiciones experimentales: defusión parcial (repetición de leche-leche-leche), defusión completa (igual que el anterior mas la repetición de una palabra autodescriptiva con gran malestar emocional (p.ej.. “soy idiota”), distracción parcial (llevando la atención hacia cualquier otra cosa menos aversiva), y distracción completa (fijando la atención en una figura geométrica y con instrucciones del tipo “no pienses en x”). Las explicaciones y ejercicios duraban sólo 5 minutos. Hubo un efecto pre-post en todos los grupos, todos disminuyeron el grado de malestar subjetivo y el grado de credibilidad de las frases auto-aplicadas. No había diferencias entre los grupos analizados al completo, sólo el grupo de defusión completa mostró un grado mayor de disminución del malestar, al compararlo individualmente con los demás en el post. Un aspecto diferencial que podría haber influido en los resultados es que en todos los grupos, durante el procedimiento, el experimentador da razones y explicaciones del funcionamiento de la técnica, da una justificación de su utilización antes de realizar el propio ejercicio. Como crítica, que también señala el propio Masuda pero que no subsana, esto podría implicar que la mera instrucción puede generar los cambios esperados en cada grupo, y los participantes se comportan más siguiendo las instrucciones de cada condición, que el ejercicio en sí mismo.

En otro experimento del mismo grupo de Masuda compararon si la cantidad de veces que se repetía la palabra alteraba el efecto de la defusión (Masuda et al., 2009a). La reducción emocional del malestar se producía sólo con 3-10 segundos de repetición rápida de la palabra. Ocurría una reducción máxima con una repetición de 20-30 segundos, pero no se compara con ningún grupo control, ni con ninguna otra estrategia de manejo de las palabras o pensamientos autorreferidos. Otro experimento del mismo grupo (Masuda et al. 2009b) comparan los efectos de la defusión cognitiva frente a la distracción para disminuir el malestar de pensamientos negativos sobre sí mismo. Participaron 132 estudiantes, con una edad media de 20 años. En el procedimiento debían escoger una frase auto-aplicada que fuese negativa y que les fuera especialmente molesta (p.ej.. “no soy atractivo”, resumida en una sola palabra. p.ej., “feo”. Además de cuestionarios sobre depresión, se evaluaba la credibilidad y el grado de molestia de esta palabra en una escala Likert visual de 0 a 100, tanto antes como después de los ejercicios verbales. Se dividieron aleatoriamente en 3 grupos: defusión, distracción del pensamiento y distracción con una tarea. No había grupo control. Cada intervención llevaba 5 minutos, y las instrucciones habladas por el experimentador estaban previamente escritas. Los tres procedimientos suponían siempre una explicación previa

o razonamiento sobre el funcionamiento y el porqué del ejercicio. En el caso de la defusión, se utilizó una explicación previa del proceso de defusión; una repetición de la palabra “leche-leche-leche” durante 20 segundos, y después la repetición de la palabra autorreferida (p.ej., “feo-feo-feo”). El grupo de distracción recibía también razonamientos sobre su funcionamiento, la repetición de la palabra y que intentaran no pensar en esa palabra distrayéndose pensando en algo positivo o neutral, y posteriormente que hicieran igual con la palabra autorreferida. En el grupo de distracción con una tarea se les indicaba leer un artículo neutral sobre viajes durante cinco minutos, no se les daba explicación ni razonamiento sobre su posible funcionamiento. De la muestra inicial eliminaron bastantes sujetos por diversas causas, y también aquellos participantes que no tenían altas puntuaciones en credibilidad o malestar (más de 50 puntos) en la evaluación inicial, lo que sesga bastante los resultados posteriores. La muestra final fue de 31 para el grupo de defusión, 38 para distracción y 34 para distracción con una tarea. En los resultados se encontraron efectos pre-post e todos ellos, todos los grupos disminuyeron, y también efectos de interacción con el grupo, donde la mayor reducción de puntuaciones se produjo en el grupo de defusión (media de 77 a 38 puntos), pero también fue significativo el efecto del grupo de distracción del pensamiento. Aunque el estudio es metodológicamente correcto y con muestra final suficiente, el hecho de haber seleccionado sólo aquellos participantes con puntuaciones de más del 50%, hace que todos los grupos tengan en la evaluación previa puntuaciones entre 75, 77 y 78, con lo que el posible cambio sería mayor necesariamente. Por otro lado, al igual que otros experimentos del mismo grupo, utilizan una sola frase auto-aplicada y una sola medición subjetiva con escala Likert. Los propios autores en la discusión hacen hincapié en el hecho de que dar una explicación y un razonamiento sobre el funcionamiento de la técnica al principio, podría ser parte del procedimiento y el éxito para reducir ese malestar con las palabras auto-aplicadas. Igual que recomiendan utilizar un programa informatizado para minimizar el posible efecto del experimentador, algo que se tendrá en cuenta en el diseño del tercer experimento que aquí se presenta.

Keogh (2008) analizó el impacto emocional de las técnicas de defusión cognitiva sobre los pensamientos positivos y negativos sobre sí mismo. Después de varios experimentos diferentes sobre diferentes condiciones de defusión, la autora afirma que la defusión tiene beneficios emocionales más que otras estrategias tradicionales, que las técnicas de defusión cognitiva juegan un papel para generar aceptación y que ésta

correlaciona con mayores beneficios psicológicos. La tesis se centra en averiguar las condiciones bajo las que los ejercicios de defusión tendrían efecto, intentar entender los mecanismos por los que funciona esta técnica de defusión. Revisemos en detalle sus experimentos.

En el Experimento 1 estudia el impacto emocional de una técnica breve de defusión sobre las afirmaciones positivas y negativas de sí mismo. La defusión se manipuló a través de instrucciones pro-defusión y anti-defusión y con frases previas que suponían defusión o no defusión (p.ej., "estoy teniendo un pensamiento de que soy una mala persona", frente a "soy una mala persona"). Realizan un diseño entre grupos 3x3x2 con 60 participantes en total. Se presentaban en ordenador 10 frases positivas y 10 frases negativas. y se evaluaba con una escala Likert 7 puntos con los niveles de malestar, credibilidad y pertinencia. Las instrucciones se daban por escrito en papel. Los resultados mostraron que las instrucciones de defusión tienen poco o ningún impacto en las puntuaciones, pero las frases previas disminuyeron el malestar e incrementaron la credibilidad y pertinencia de las frases, solo en las frases negativas, pero no cambiaron las frases positivas. La estrategia de defusión tuvo algún efecto disminuyendo el impacto de afirmaciones negativas, pero no tuvo un cambio en las puntuaciones globales. La autora supone que pudo deberse a la brevedad de la intervención y a que los ejercicios de defusión podrían ser mayores si las frases tuvieran una relación personal más emocional o relevante. Sin embargo, se evalúa una sola vez al final, no hay una evaluación previa, y en los análisis es evidente que el tipo de instrucciones dadas sobre defusión previa no tuvieron efecto. Realmente lo que se ha medido ha sido la valoración emocional ante cada tipo de frase, y los resultados muestran que las frases de defusión producen menos malestar, especialmente en frases negativas, pero no en dependerían de las instrucciones previas dadas sobre defusión. Dicen que replican el efecto del experimento de Masuda de que las frases con defusión disminuyen la valoración subjetiva. Pero no hay un efecto de la manipulación de la VI, de las instrucciones sobre defusión, y ¿por qué hay el mismo efecto en control que en fusión cognitiva?. Según la misma teoría las frases con fusión cognitiva deberían tener mayor malestar de todas, luego los controles, y menor en las de defusión, pero no ocurre así.

En el Experimento 2 se utilizaron frases más personales con una intervención más directa que implicaba defusión, pensamientos control y placebo. En cada caso se evaluaba el impacto de las instrucciones frente al ejercicio experiencial. Se utilizaron 9 condiciones experimentales: instrucciones previas (defusión, control de pensamiento y

placebo), y ejercicios (defusión, control de pensamiento y placebo), mezclando dos para cada grupo. Toda la información e instrucciones eran grabadas en audio y las tareas presentadas por ordenador, sin intervención del investigador. En cada fase los participantes evaluaban la molestia, credibilidad e implicación de la frase en una escala 0-100. Aquí sí hubo evaluación pre y post ejercicios. Los resultados mostraron una superioridad del ejercicio de defusión sobre las instrucciones, y además la defusión se asoció con disminuciones del malestar. Pero la disposición y credibilidad de las frases no disminuyó. El pensamiento control disminuyó el malestar pero no la credibilidad o pertinencia. No hubo cambios con el placebo. Hubo una ligera superioridad de los ejercicios de defusión sobre las instrucciones directas, y ambas eran superiores a otras estrategias de control. Sin embargo, observando las tablas con las puntuaciones medias son muy similares, todos evaluaban las palabras negativas entre con valores entre 40-60, y desviaciones típicas muy grandes. Además el grupo placebo también baja las puntuaciones. La autora parece concluir otras cosas en su discusión, diferentes a los resultados directos, y asume que hay efecto mayor del ejercicio de la defusión. Se observan disminuciones pre-post, aunque sean mayores, no son significativas estadísticamente, y tampoco hay diferencias estadísticas entre los 9 grupos. Luego en este experimento no se puede concluir que haya efecto mayor de la defusión. Los datos van por un lado y las conclusiones de la autora por otro.

Los experimentos 3 al 6 emplearon el procedimiento de evaluación relacional implícita (*Implicit Relational Assessment Procedure*, IRAP) para ver qué frases podían servir como estímulos más relevantes como medida implícita susceptible para una intervención con defusión. En estos otros experimentos cambian la medición y utiliza esa “relación implícita” entre palabras a través del tiempo de latencia entre ellas. El tiempo de latencia es menor con palabras familiares que las desconocidas, y además la asociación entre palabras familiares y palabras agradables también es mayor que entre palabras poco conocidas y palabras desagradables. De esta forma, al medir el tiempo de respuesta ante cada palabra se tiene una medición de las asociaciones entre palabras y aspectos emocionales. Pero además, no incluyen los datos directos de la medición, sino un algoritmo medio de puntuaciones estandarizadas, e incluso eliminando las latencias por debajo de 300 ms y por encima de 10000 ms, lo cual limita las conclusiones. En cada uno de estos experimentos se utilizaban frases con palabras positivas y negativas dentro de un contexto de "yo soy" frente a "yo no soy"; de "yo soy" frente a "otros son"; y de "yo soy" frente a "yo debería ser"; y de frases completas con "yo", para determinar

el valor de cada tipo de afirmaciones como autoimplicaciones en cada participante; en otros casos entre “soy” y “debería ser”, y en otros comparaciones entre muestras de profesores, terapeutas expertos, novatos y estudiantes. En las conclusiones de la tesis, la autora afirma que la defusión es muy útil, que el ejercicio de defusión disminuye el impacto de las puntuaciones emocionales, incrementa la credibilidad de las palabras emocionales, disminuye el malestar más que los grupos control y placebo. Sin embargo, analizando los datos uno a uno, realmente no hubo diferencia significativa alguna en las variables independientes propuestas (fundamentalmente entre grupo defusion vs grupo placebo), los cambios afectaban también al grupo placebo, luego los ejercicios de defusión no tuvieron efecto, la autora siempre habla de "sutiles diferencias".

El estudio de Healy et al. (2008) investigó los efectos de la técnica común de defusión cognitiva “*Estoy teniendo un pensamiento que...*”. Tratan de probar la posible eficacia diferencial de tres formas de dar instrucciones en una estrategia de defusión (pro-defusión, anti-defusión y neutral), tanto en la forma de las frases como en las instrucciones previas sobre la justificación y funcionamiento de la técnica. Se presentan afirmaciones auto-aplicadas positivas (“soy una persona íntegra”) y negativas (“soy una mala persona”). Los participantes valoraban el grado de malestar, credibilidad e implicación hacia esas frases. En los resultados las instrucciones no afectaron a las puntuaciones sobre las frases, pero las frases negativas presentadas en formato de defusión disminuyeron el malestar e incrementaron la implicación y credibilidad de las mismas para los participantes.

Participaron 60 estudiantes de Psicología, aleatorizados en 3 grupos de 20 participantes cada uno. Se utilizó un diseño entre-grupos 3x3x2 con la variable principal el tipo de ejercicio (pro-defusión, anti-defusión y neutral), como intra-grupos tres condiciones de presentación de las frases (normal, defusión y anormal) y dos tipos de frases (positivas y negativas). Cada grupo recibió un tipo de instrucciones previas por escrito sobre el razonamiento y funcionamiento del ejercicio: grupo pro-defusión, grupo anti-defusión y grupo neutral. Se utilizaron 10 frases negativas y 10 frases positivas auto-aplicadas (p.ej., “soy un fracasado”, “soy un estúpido”, o “soy feliz como soy”, “no hay problema que no pueda resolver”). Las frases eran presentadas por ordenador, en un total de 60 frases (3x10 positivas, 3x10 negativas). De esta forma, en la presentación normal la frase era, por ejemplo “soy una mala persona”; en la presentación con defusión era “estoy teniendo un pensamiento de que soy una mala

persona”; y en la presentación anormal era “estoy en una silla de madera y soy una mala persona”. En cada frase los participantes evaluaban en una escala Likert 0-100 el grado de malestar, de credibilidad y de implicación que tenían con cada una de ellas (dese 0 confortable a 100 inconfortable o molesta). Al final de la sesión se le preguntaba también sobre su grado de honestidad y el grado en que creían que les había afectado las instrucciones iniciales. Se utilizaron también las evaluaciones con cuestionarios AAQ, BDI y STAI. En los resultados no hubo diferencias entre los grupos en los cuestionarios, ni en el grado de honestidad, pero tampoco en el grado en que supuestamente les habían afectado las instrucciones iniciales.

En los resultados, los autores presentan la suma total de puntuaciones de los 10 ensayos en cada tipo de frases y presentación, de forma que están en una escala de 1 a 1000. Las puntuaciones bajas implicaban gran *confort*, gran credibilidad y gran implicación. Pero la credibilidad presenta puntuaciones muy altas, lo que indica que los participantes en todos los grupos desde el inicio no daban gran credibilidad a las frases. En ninguna de las variables de *confort*, credibilidad o implicación hubo diferencias significativas entre los grupos en la frases negativas, solo hubo un efecto en la forma de presentación de las frases, así que esa presentación como defusión disminuyó las puntuaciones en todos los casos. Estos mismos resultados se produjeron en las frases positivas, aunque en algunos casos tampoco hubo diferencias entre la presentación anormal y con defusión.

Los autores afirman que sus resultados confirman los anteriores de Masuda et al. (2004) en cuanto a la disminución del malestar con las frases auto-aplicadas, pero no así en cuanto a la credibilidad que se incrementó en la presentación con defusión. Lo que podría explicarse por el tipo de ejercicio diferente en uno y otro experimento, o por la credibilidad asignada por los participantes a las frases completas en si mismas. Afirman que el contacto con las frases de defusión puede producir mayor efecto que las instrucciones previas sobre el funcionamiento del propio ejercicio, y que ese efecto puede ser mayor en los contenidos que tienen una mayor carga emocional o mayor evitación. Sin embargo, son contrarios a otros varios experimentos que muestran que las instrucciones previas dadas sobre la forma de funcionamiento de una terapia o ejercicio, sobre su razonamiento o su lógica, influyen grandemente en su eficacia (Kanter, Kohlenberg y Loftus, 2004). A pesar de todos los resultados, los autores concluyen que su investigación “proporciona evidencia empírica de la utilidad de la defusión cognitiva

para reducir el impacto emocional negativo de contenidos psicológicamente dolorosos y aumenta la implicación para experimentarlos”.

La crítica conceptual que se podría hacer a este experimento sobre los efectos de la presentación de frases en formato de defusión es que podrían estar indicando simplemente el control verbal de la propia frase presentada. No se ha mostrado un cambio emocional o menor malestar en los mismos participantes por efecto del ejercicio, sino que aparecen cambios en los participantes en función del tipo de frases que se le muestren. Objetivamente, están avaluando tres tipos de frases diferentes, lo que podría suponer un control intraverbal de su conducta. Es una cuestión teórica la explicación que se da desde ACT acerca de que esas frases suponen “defusión”. Para el caso, quizás podrían darse los mismos resultados si las frases fuesen, por ejemplo. “soy un estúpido” (normal), “tengo un comportamiento estúpido” (defusión) y “pienso, luego soy estúpido” (anormal). En todo caso, el cambio de contexto vendría dado por las instrucciones para responder valorativamente. Es decir, ante el control “señala el grado de confort” la frase se valora de una forma, ante el contexto “señala el grado de credibilidad” de otra, y ante el control “señala tu implicación” se respondería con otra valoración. Si se asumiese que ese cambio en las frases supone cambiar el contexto, romper la relación entre palabra y emoción, o cambiar el contenido, estaríamos ante una perspectiva mentalista, asumiendo “rupturas” o “cambios cognitivos” no comprobados, cuando hay una explicación sobre control verbal mucho más parsimoniosa. En suma, este supuesto ejercicio no implicaría “defusión” o un control separado de las palabras y las emociones correspondientes, ni siquiera una toma de perspectiva sobre esas frases, sino un control exclusivamente intraverbal sobre la respuesta valorativa.

Dados estos experimentos específicos sobre defusión, y la variedad de resultados que muestran, donde además los datos literales de los artículos indican cosas a veces diferentes de las conclusiones de los autores, no quedaba muy claro el efecto real de la defusión cuando se aísla en un contexto más controlado de laboratorio, y menos aún el posible mecanismo de actuación al disminuir las valoraciones emocionales de las palabras. Se propuso en esta tesis, pues, realizar un tercer experimento bien controlado, con todas las garantías metodológicas, que permitiese replicar esos experimentos de la forma más exacta posible y dilucidar finalmente la eficacia del procedimiento de defusión.

De esta forma se van a comparar aquí diversos grupos experimentales en los que en cada uno se aplique una estrategia de defusión verbal diferente, que sea sobre una

tarea de frases auto-aplicadas como lo han hecho en experimentos anteriores otros autores, y que también se registre no solo la valoración subjetiva de molestia de esas palabras, sino también el tiempo de latencia como posible parámetro indicador de las relaciones entre palabras con mayor o menor grado de relación emocional. Pero, además, se pretende eliminar totalmente la posible influencia del terapeuta o experimentador, y en este tercer experimento todo el procedimiento es totalmente automático con instrucciones en pantalla a través del ordenador.

5.1. OBJETIVOS

Todos estos estudios revisados con anterioridad resultaban relevantes en este punto de la investigación de nuestro estudio. Por una parte, debido a que las publicaciones relacionadas con el efecto de defusión mostraban evidencias de la existencia de dicho efecto, disminuyendo el carácter emocional o el malestar de las palabras autorreferidas; y por otra parte, porque nuestros dos estudios anteriores, a pesar del control experimental y la rigurosidad en el control de variables, no mostraban claramente ese efecto de la defusión utilizando estimulación visual con distintos niveles o grados emocionales. Por tanto, nos planteamos replicar esos estudios, intentando repetir el mismo tipo de estimulación verbal, en este caso frases autorreferidas, y con un procedimiento similar al que había utilizado Masuda et al. (2010), intentando superar o aislar los posibles efectos de las instrucciones del terapeuta o el posible “efecto placebo” de la propia tarea verbal exigida en el procedimiento.

En su experimento, Masuda había utilizado múltiples componentes verbales, o una combinación de ellos, y en sus resultados no quedaba claro cuáles de ellos eran los posibles responsables del cambio en los pensamientos negativos autorreferenciales. Este autor utiliza palabras asociadas a emociones autorreferidas con la idea de evocar emociones más intensas y personales, de forma que evidencien el efecto de la defusión verbal. Pero también utilizó sólo una frase única para cada participante, y no se aisló el posible efecto del experimentador, tanto en la explicación o justificación inicial de los ejercicios, como en la forma de realizarlo, por lo que podría estar influyendo tanto las propias instrucciones como el moldeamiento o inducciones durante el proceso del ejercicio.

En este experimento, pues, se planificó realizar los ejercicios de defusión con palabras auto-referidas, generales y también una más personal que cada participante elegía como la que más le afectaba. Las frases eran similares a las de Masuda (2010), y cada participante elegía la suya propia. Pero además, se buscaba comparar las distintas tareas de defusión e instrucciones que daba el experimentador frente a las dadas de forma automática por un ordenador, y de esa manera aislar el posible efecto del terapeuta en la defusión, de esta forma se iban presentando las frases de instrucciones y las frases de los ejercicios de forma automática y sin intervención humana alguna.

La hipótesis inicial con la que trabajamos fue que la fusión cognitiva se rompería debido a las instrucciones directas o la justificación que el experimentador da al inicio de los ejercicios, y que, por tanto, habría resultados diferentes en función del tipo de ejercicio e instrucciones que se dieran, bien por el terapeuta o bien por el ordenador. Así se diseñaron cuatro condiciones: moldeamiento del ejercicio “leche-leche-leche” y la palabra auto-referida elegida, instrucciones directas para facilitar la defusión, instrucciones directas en contra de la defusión, y grupo control sin intervención. De esta forma, los objetivos específicos de este tercer experimento eran:

1. Estudiar los mecanismos conductuales que producen cambios emocionales a partir de las relaciones verbales, intentando dilucidar si ocurriría un proceso de moldeamiento o bien de instrucciones directas. Si realmente el proceso de defusión se debe a las instrucciones, tanto la condición de defusión como la de instrucciones, ambas por ordenador, deberían mostrar reducciones en las valoraciones emocionales y menos tiempos de latencia, mientras que las instrucciones directas contrarias aumentarían más las valoraciones y mayores tiempos de latencia. Todo ello comparado con el grupo control que no debería mostrar cambios.

2. Estudiar la posible eficacia diferencial del ejercicio de defusión de repetición de palabras “leche-leche-leche” de ACT, frente al presentado mediante instrucciones directas por un ordenador, sin influencia del terapeuta. De esta forma, si el factor fundamental fuese el cambio contextual verbal, desde la palabra “leche” a la palabra auto-aplicada, entonces este primer grupo tendría mayor reducción emocional que las instrucciones aisladas.

3. Comparar la eficacia diferencial de instrucciones directas a favor o en contra de la defusión. De esta forma, si el individuo está siguiendo reglas verbales durante ese

efecto de defusión, si se dan instrucciones opuestas, los resultados en las valoraciones y los tiempos de latencia deberían también ser opuestos.

4. Comparar las posibles diferencias en los cambios emocionales a partir del contenido positivo o negativo de las frases autorreferidas, en cualquiera de las condiciones. De esta forma, se pretendía comprobar, como en otras investigaciones revisadas, si el carácter emocional negativo afectaría más aún a esas valoraciones y tiempos de latencia, puesto que a ellas van dirigidas especialmente los ejercicios de defusión verbal.

5.2 METODO

5.2.1. Diseño

Se ha utilizado un diseño entre-grupos con medidas repetidas (4x2) con 105 participantes en total completamente aleatorizados entre condiciones, y diversas variables dependientes como cuestionarios (AAQ, ERQ, EOSS y “Yo soy”) y medidas directas de las relaciones verbales auto-referidas: 1) evaluación de la descripción de la palabra mediante una escala Lickert 0-10 en 15 palabras positivas y 15 negativas y 1 palabra propia auto-referida que más afectaba al individuo; 2) evaluación del grado de ansiedad o malestar con una escala Lickert 0-10 que producía cada una de esas palabras, las generales positivas y negativas, y la propia auto-aplicada; 3) el tiempo de latencia en milisegundos ante cada una de las frases en ambas evaluaciones. Tanto los cuestionarios como las valoraciones de las frases auto-referidas se pasaron antes y después de la intervención con los ejercicios ACT en cada caso. Las condiciones experimentales eran las siguientes:

Grupo 1 o Defusión: intervención con el ejercicio de repetición de la palabra “leche-leche-leche” y posteriormente la repetición de la palabra emocional auto-referida propia para cada participante, pero presentado por ordenador. Sería una replicación casi directa del procedimiento de Masuda et al., (2004, 2010), pero sin intervención directa del terapeuta o experimentador, intentando aislar así esa variable. Lo que se pretende con este grupo es observar si existirá una disminución significativa de las puntuaciones pre-post, debido a una alteración de la función de estímulo de las frases auto-

referenciales negativos. Siguiendo el razonamiento de la defusión y de ACT, al repetir esa palabra y el ejercicio con las palabras emocionales, se desvinculan las palabras de sus funciones emocionales, el control sería diferente para las palabras y para las emociones, con lo que disminuirían las sensaciones o malestar especialmente en las frases negativas auto-referidas. La hipótesis en este grupo es que si hay una disminución significativa de las puntuaciones pre-post, se debería a la alteración de la función estimular de los pensamientos auto-referidos, especialmente en las frases negativas. Se confirmaría en este caso la hipótesis de defusión a partir de ese ejercicio verbal como debido al propio cambio contextual y verbal defendido por ACT y RFT.

Grupo 2 o Instrucciones Directas: intervención mediante el ordenador que iba dando instrucciones explícitas sobre la repetición del ejercicio “leche-leche-leche” y posteriormente la repetición también de la palabra emocional auto-referida. En esta condición se pretende producir la defusión entre palabra y emoción, pero a través de instrucciones directas. El ejercicio se repetiría de forma similar a como lo haría el terapeuta, pero sin intervención humana alguna, solo dando las instrucciones correspondientes para hacer el ejercicio por ordenador. La hipótesis es que quizás el posible efecto, en la disminución del carácter aversivo de las palabras en estos ejercicios, pueda deberse al seguimiento de instrucciones del terapeuta, y no tanto al ejercicio repetitivo (bien por saciedad o bien por extinción). En los experimentos de otros autores no se llegan a aislar el efecto específico de esta variable, puesto que siempre se dan instrucciones junto con los ejercicios, y la influencia del investigador como mero seguimiento de instrucciones podría ser suficiente para producir ese efecto de defusión. Para ello se dan unas indicaciones en forma de razonamiento, exponiendo que la palabra “emoción” son solo sonidos, no es lo mismo que el referente real (la emoción es lo que sentimos, percibimos), sus existencias son independientes. Paralelamente en las instrucciones se sitúan en los mismos contextos ambas palabras “leche” y la palabra “emoción” ya que el referente real de “leche” es externo, y su defusion podría ser más fácil de percibir. En suma, la intención es producir defusion a través de instrucciones directas, y aislar esa variable en los posibles efectos obtenidos por otras investigaciones. La hipótesis aquí es que si disminuyen las puntuaciones pre-post, se mostraría una relación directa entre las instrucciones y la defusión, indicando que ésta sería más producto del seguimiento de instrucciones del experimentador (o

terapeuta en su caso), y no tanto del cambio de contexto o ruptura de la relación por defusión.

Grupo 3 o Anti-defusión: intervención mediante ordenador que iba dando instrucciones explícitas de la asociación entre palabras y emociones, de la palabra “leche” con las emociones subsiguientes, o de la palabra auto-referida y las emociones propias que suscitaba. En este caso, se trataría de dar instrucciones que favoreciesen la “fusión”, es decir, incrementar aún más la unión entre palabras y emociones. En esta condición se pretendía realizar una condición con mayor control experimental para estudiar la posible influencia de las instrucciones para producir defusión, de forma que si se daban a los participantes instrucciones contrarias, es decir, que fomenten la “fusión” entre palabras y emociones, probablemente se daría el efecto también contrario y aumentarían las puntuaciones en las frases negativas auto-referidas, aumentando el malestar y mostrando así la influencia de las instrucciones. Se pretendía, pues, aquí fortificar la fusión existente entre las palabras y sus referentes, presentando instrucciones que insisten en que ambos son una misma cosa, siempre están unidos o fundidos con nosotros. En este caso, la hipótesis es que las puntuaciones pre-post deberían aumentar o mantenerse, mostrando un efecto contrario a los grupos 1 y 2; indicando ello también que los efectos se deberían más a las instrucciones directas del terapeuta que a la propia defusión verbal.

Grupo 4 o Control: No intervención o paso del tiempo de una semana entre las evaluaciones pre y post. Esta era la condición de control y no se daba instrucción o ejercicio alguno a los participantes. Aquí la hipótesis es que no debería haber cambios pre-post, las puntuaciones deberían ser semejantes y no habría efecto alguno por el paso del tiempo.

En suma, la hipótesis general en este experimento es que el efecto de la defusión, en concreto el ejercicio verbal “leche-leche-leche”, disminuirá las puntuaciones y los tiempos de latencia en el *Grupo Defusión*, tal como afirman otras investigaciones de distintos autores; pero se mantendrán iguales o no tendrán cambios en los tres grupos restantes. Una segunda hipótesis alternativa sería que el proceso de cambio en el ejercicio verbal podría ser debido al efecto de las instrucciones, con lo que el *Grupo Instrucciones* disminuiría las puntuaciones y en el *Grupo Anti-Defusión* aumentarían.

En cualquiera de los casos, el *Grupo Control* mantendría sus puntuaciones como forma de control del paso del tiempo, de la repetición de la prueba, y otras variables que pudiesen afectar a la validez interna.

5.2.2. Participantes

Han participado 105 estudiantes universitarios de la licenciatura de Psicología y otros adultos voluntarios. Todos desconocían el tipo de experimentos y conceptos que se manejaban en este estudio. Los estudiantes recibían puntos extra en una asignatura como forma de prácticas por su participación. Fueron completamente aleatorizados, por orden de llegada, y la distribución fue homogénea en todos los grupos aunque con una mayoría de mujeres. En la Tabla 5.1 aparecen los datos de la muestra completa, cuya media de edad era 24.47 años ($dt=5.17$). No había diferencias significativas entre los grupos en edad, ni en la distribución por sexo, tampoco en ninguna de las otras variables como nivel educativo, tipo de residencia, ocupación o estado civil.

Tabla 5.1.- Distribución de la muestra de los 4 grupos experimentales.

	Defusión	Instrucciones	Fusión	Control
Hombres	1	4	4	5
Mujeres	26	23	23	20
Edad	24.15 (3.50)	24.41 (6.42)	24.12 (3.59)	25.19 (6.52)
Estudios				
<i>Bachiller</i>	5	5	5	2
<i>Universitario</i>	21	22	20	24
<i>Otros</i>	1	0	0	0
Estado				
<i>Soltero/a</i>	26	25	25	24
<i>Casado/a</i>	0	2	0	1
<i>Separado/a</i>	1	0	0	0
<i>Otros</i>	0	0	0	1
Residencia				
<i>Solo</i>	1	0	4	0
<i>Familia propia</i>	0	2	1	3
<i>Familia padres</i>	18	16	15	14
<i>Otros</i>	8	9	5	9
Ocupación				
<i>Estudiante</i>	25	25	23	23
<i>Trabajador</i>	2	0	0	2
<i>Autónomo</i>	0	0	1	0
<i>Paro</i>	0	1	1	1
<i>Otros</i>	0	1	0	0

5.2.3. Instrumentos

Se utilizaron varios cuestionarios, todos ellos referidos a sí mismo en distintos aspectos tales como la regulación emocional, la descripción del yo o la autoestima, o el propio AAQ que se utiliza en la evaluación de la terapia ACT, para evaluar antes y después de los ejercicios la posible influencia en esos auto-conceptos y auto-descripciones. Se utilizaron otros cuestionarios centrados en la definición del yo o la construcción de un yo social, con objeto de delimitar los posibles efectos en se concepto, puesto que en este tercer experimento siempre se utilizan frases auto-referidas. Se utilizaron en concreto (ver Anexo 1):

Cuestionario de Regulación Emocional - ERQ (Gross & John, 2003; traducido y adaptado por Rodríguez-Carvajal, Moreno-Jiménez y Garrosa, 2006). Este cuestionario está diseñado para evaluar las diferencias individuales en dos estrategias de regulación emoción: la reevaluación cognitiva (en qué medida las personas suelen intentar cambiar a nivel cognitivo o mental el impacto emocional que determinada situación les genera) y la supresión o represión expresiva, (en qué medida la persona opta por inhibir su comportamiento expresivo). Tiene 10 ítems que el participante valora en una escala Likert entre 1 (desacuerdo total) y 7 (total acuerdo). Los autores originales presentan varios estudios de este cuestionario con *alpha* entre .68 y .82, y por su parte la adaptación española ofrece un *alpha* de Cronbach de .638 (Porro-Conforti y Andres, 2011). Tiene dos subescalas, una referida a la “reevaluación cognitiva” y otra referida a “supresión emocional”. La primera hace referencia una forma de cambio cognitivo para que la situación tenga menor impacto emocional, y la supresión sería la forma de modular esa respuesta inhibiendo la expresión emocional. Ambas estrategias de regulación emocional, según estos autores, son independientes ya que las personas pueden utilizarlas de distinta manera y en varios grados.

Cuestionario de Evitación Experiencial y Aceptación Psicológica - AAQ (Hayes et al., 2004; adaptación española de Barraca, 2004). Los autores originales crearon este cuestionario para evaluar la evitación experiencial y la aceptación psicológica dentro de la Terapia de Aceptación y Compromiso. Consta de nueve ítems en escala tipo Likert de 7 puntos sobre la frecuencia (desde nunca 1 a siempre 7) con que el individuo muestra los comportamientos emocionales o de aceptación que se describen en los ítems. Esta

prueba cuenta con una consistencia interna de .70. La adaptación española ha contrastado los datos tanto con una muestra clínica como no-clínica, ha mostrado un α de Cronbach de .74 y una fiabilidad test-retest de .71.

Cuestionario Yo Soy (LaRosa y Loving, 1991). Se trata de una escala construida para la evaluación del autoconcepto, a partir de los conceptos de yo o autoestima como identificadores de cualidades o características personales, tanto positivas como negativas. Está compuesto de 71 adjetivos calificativos sobre uno mismo y sus correspondientes antónimos. El individuo ha de contestar en una escala gráfica de 7 puntos el grado en que se define entre ambos calificativos opuestos (p.ej., “yo soy rencoroso...noble”. “yo soy agresivo...pacífico”. “yo soy tímido...desenvuelto”). Tiene varias dimensiones como: autoconcepto social, emocional, ético y ocupacional. Los autores la elaboraron a partir de una muestra amplia de población mexicana, y tiene una alta fiabilidad global ($\alpha = .94$). Este cuestionario se aplicó antes y después de la fase experimental, pero también a partir de este instrumento se escogió la frase auto-aplicada, aquélla que cada participante elegía y que puntuaba de forma más elevada.

Escala de Experiencia del Yo – EOSS (Kanter, Parker y Kohlenberg, 2001) se creó para evaluar el concepto y la experiencia personal del yo, como una construcción social y verbal, dentro de la Psicoterapia Analítica Funcional. El EOSS pregunta a los participantes acerca de sentimientos, necesidades, actitudes, opiniones y acciones en relaciones casuales y de mayor intimidad. Todos los ítems se diferencian en cuatro apartados respecto a relaciones sociales casuales versus relaciones íntimas, y también respecto a cuándo ocurren, es decir, en compañía de otros versus estando solo. Los autores presentaron datos de fiabilidad y validez en muestra norteamericana de estudiantes y una pequeña muestra clínica. Utilizaron una versión de la escala con 20 ítems, que se puntuaba en una escala Likert de 7 puntos sobre el grado de ocurrencia de las experiencias que se describen en cada ítem (desde 1 “nunca” a 7 “siempre”). La consistencia interna encontrada fue de .91, y las subescalas entre .83 y .93. La versión española (Valero, Ferro, López y Selva, 2011, 2012, 2014) se ha realizado con una muestra de estudiantes y un 30% de población clínica, presentando también alta fiabilidad interna ($\alpha=.93$) y altas correlaciones con otros cuestionarios similares sobre el yo y autoestima.

También se crearon varios programas informáticos para la evaluación automática de las frases, en su valoración como descripción de emociones y en su valoración subjetiva en una escala Likert (0-10) sobre el grado de ansiedad o malestar que podían producir al participante, al mismo tiempo que la latencia de respuesta medida en milisegundos ante cada frase. Para la intervención se diseñaron también varios programas para la aplicación de las instrucciones explícitas durante la intervención en cada uno de los grupos, con frases diferentes para cada uno de ellos como se describe más adelante. Estos programas fueron creados con *VisualBasic* y *NeoBook* específicamente para esta experimentación (Valero, 2012). Pueden observarse las pantallas de presentación en el Anexo 4.

Programa Descripciones.exe donde aparecía una primera pantalla con la identificación de cada participante para elaborar el fichero de datos, y a continuación en cada una de las pantallas iba apareciendo una frase auto-referida, de forma aleatorizada 15 frases positivas y 15 negativas. Las frases, similares a los experimentos de Masuda et al., (2004, 2010) se extrajeron del “*Cuestionario Yo Soy*”, y donde previamente cada participante había seleccionado una frase auto-aplicada más importante para él, que se codificaba y registraba por separado en el programa, para tener una semejanza con la palabra única utilizada por los experimentos de Masuda et al., (2004, 2010). En cada pantalla el participante debía elegir una palabra o descripción que identificase su estado emocional al leer la frase. Las palabras estaban clasificadas de menor a mayor grado de ansiedad o molestias para cualquier persona, que luego se codificaba en una escala Likert (0-10). Al final del programa aparecía la pantalla de datos y la posibilidad de imprimir o grabar el fichero completo de todos los datos. La salida de datos en formato TXT incluía la elección específica en cada frase y el tiempo de latencia en cada frase, además del cálculo automático de la puntuación media ante las 15 frases positivas y ante las 15 frases negativas, y el total de las 30 frases, incluyendo el tiempo de latencia medio también en esos totales; y también la elección específica de la frase única auto-referida y su tiempo de latencia correspondiente. Se realizaron dos versiones del mismo programa, uno con la descripción y palabras auto-aplicadas en femenino y otro con las mismas palabras en masculino, para utilizar con distintos participantes.

Programa Emociones.exe donde aparecían en cada pantalla las mismas frases auto-referidas y aleatorizadas del programa anterior (15 positivas y 15 negativas), pero

donde el participante debía seleccionar una valoración subjetiva de ansiedad o malestar de 0 a 10. Entre esas frases también estaba la frase específica auto-aplicada que el individuo había calificado previamente como la más grave o aversiva para él. La salida de datos también ofrecía la elección individual y en cada frase, y los tiempos de latencia, igual que el programa anterior. También se realizaron dos versiones del programa con las frases en femenino y en masculino. En la Figura 5.1 puede observarse dos pantallas de ejemplo de ambos programas.

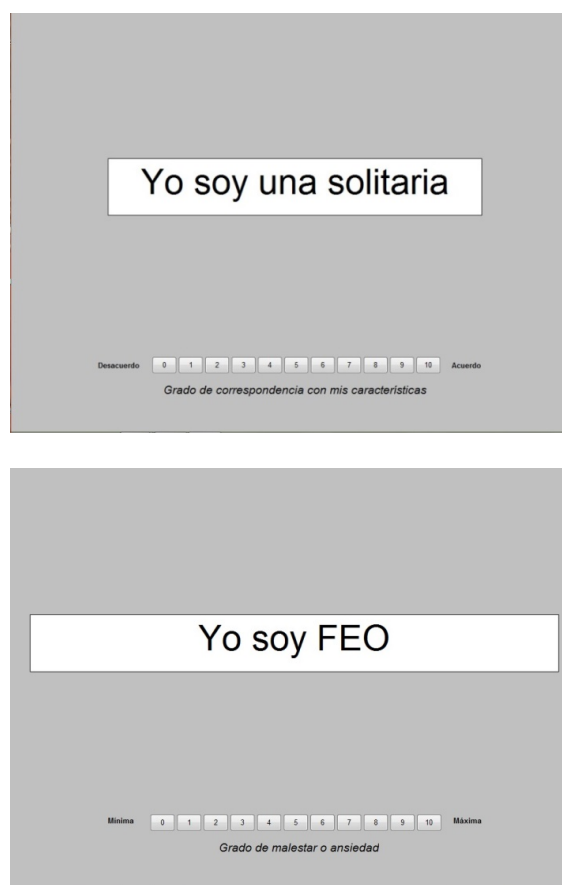


Figura 5.1.- Ejemplos de pantallas de la evaluación de palabras descriptiva y su grado emocional

Programa *Ejercicio_Defusion.exe* utilizado en el Grupo de Defusión, que incluía las frases de las instrucciones sobre defusión incluyendo la repetición 30 veces de la palabra “leche-leche-leche” hasta la repetición de la palabra auto-aplicada elegida

por cada participante, también 30 veces. Aparecía una frase en cada pantalla y el participante había de hacer el ejercicio y al pulsar el ratón aparecía la siguiente pantalla con la siguiente frase. Las instrucciones explícitas se describen más adelante en el procedimiento.

Programa Ejercicio_Instrucciones.exe utilizado en el Grupo de Instrucciones Directas, que también incluía las instrucciones frase a frase, leyéndolas y avanzando en cada pantalla, para que los participantes separaran las palabras como tales de sus emociones. Las instrucciones se describen más adelante y pueden observarse también en el Anexo 4.

Programa Ejercicio_Antidefusion.exe utilizado para el Grupo de Anti-Defusión, que incluía las instrucciones directas para crear fusión entre las palabras y las emociones que conllevan, interpretándolas como un todo estrechamente unido. Las instrucciones se describen más adelante y pueden observarse también en el Anexo 4.

Todos los programas e instrucciones se aplicaron por medio de un ordenador portátil con Windows 7 como sistema operativo, con pantalla de 16 pulgadas, y ratón para que los participantes manejaran fácilmente sus respuestas. Las frases y mensajes aparecían sobre fondo blanco en cada pantalla y en un tamaño de 30 puntos.

5.2.4. Procedimiento

En primer lugar se solicitaron participantes voluntarios de entre los estudiantes de la licenciatura de Psicología, así como otros voluntarios reclutados entre conocidos y contactos sociales de los experimentadores. Se les explicó de forma general la experimentación como proceso de evaluación de emociones, con las tareas que habrían de realizar en ordenador, y se les pidió su consentimiento informado para recabar toda la información, la aplicación de cuestionarios y la realización del estudio. Asegurándoles siempre la confidencialidad de todo el proceso, y el uso absolutamente anónimo de los datos obtenidos.

Los participantes llevaron a cabo todo el estudio durante 2 sesiones de aproximadamente 1 hora cada una, en dos semanas diferentes. Se realizó en el laboratorio de la Facultad de Psicología, una habitación de aproximadamente 2x3 metros, que incluía un ordenador portátil además de la silla y mesa donde se sentaban los participantes. El experimentador se situaba siempre a sus espaldas, sentado delante del ordenador. Este experimento fue realizado por una misma persona en todas las sesiones y para todos los participantes. Se procuró que existiera un mínimo contacto entre el experimentador y el participante, de forma que si se requería alguna explicación el experimentado indicaba que leyera bien las instrucciones que aparecían en la pantalla y comenzara una de ejemplo. No se daban más instrucciones o explicaciones que las que daban los programas informáticos.

En la **primera sesión** los participantes completaron los cuestionarios (ERQ-R, AAQ, EOSS y “Yo Soy”) siempre en el mismo orden, en un bloque de hojas sin identificación de título y con el mismo formato para todos los cuestionarios. A continuación se les pasaba la prueba de evaluación previa con las 30 frases en el ordenador con el programa *Descripciones.exe* y las 30 frases con el programa *Emociones.exe*. En el primero debían identificar la descripción emocional de esas frases, y en el segundo el grado de ansiedad o malestar que les producía cada una de ellas (siempre en una escala 0-10). A continuación elegían la frase auto-aplicada que más ansiedad o molestias les producía, que sería la que se puntuase aparte y también se utilizaría después en el programa informático durante la intervención. Estas tareas llevaban aproximadamente 30-40 minutos.

A continuación, según el grupo experimental que les hubiese correspondido, se les aplicaban los ejercicios de defusión, instrucciones directas o fusión verbal. A todos los participantes del grupo control se les despedía hasta la semana siguiente para una nueva evaluación. El ejercicio e instrucciones dadas explícitamente en cada condición experimental fueron las siguientes:

Grupo Defusión: Mediante el programa *Defusion.exe* iban apareciendo las instrucciones para realizar el ejercicio, en este caso la repetición de la palabra “leche-leche-leche”, con las siguientes pantallas en el ordenador:

1 - “A continuación va a realizar un ejercicio verbal para comprender las emociones que suponen las palabras”, y se le pide al participante: “Por favor, escriba el nombre de la emoción que más le ha molestado o le produce mayor ansiedad”.

2 – “Por favor, repita en voz alta la palabra escrita, LECHE” y cada 2 segundos la palabra “leche” iba apareciendo y desapareciendo, hasta un total de 30 veces. Una vez terminada las repeticiones aparecía la pregunta “¿Qué es leche?”, y a los 2 segundos aparecía la frase “Solo es una palabra, solo es un sonido”. Esta serie de repeticiones se realizaron tres veces.

3 - Igual que el ejercicio e instrucciones de la anterior, pero ahora la palabra escrita que aparecía era la que el participante escogió en la primera pantalla, y se repetía esa palabra también 30 veces.

4 – En la última pantalla se daba por terminado el ejercicio y se agradecía su colaboración.

Grupo Instrucciones: Mediante el programa *Instrucciones.exe* se pretendía dar instrucciones directas sobre la defusión, mostrando el razonamiento sobre su funcionamiento, indicando que las palabras solos son sonidos y que son diferentes a los contenidos a los que se refieren. Las pantallas con las instrucciones eran las siguientes:

1 – “A continuación va a realizar un ejercicio verbal para comprender las emociones que suponen las palabras”. Y se le pedía al participante: “Por favor, escriba el nombre de la emoción que más le ha molestado o le produce mayor ansiedad”.

2 – Van apareciendo diversas frases, de una en una, dando tiempo al participantes para leerlas, y cuando pinchaba sobre las palabras aparecía la siguiente frase, y así sucesivamente. El participante debía leer en voz alta cada una para asegurar que las leía y prestaba atención a ellas:

¿Qué es leche?

Solo es un Sonido

Solo es una Palabra

No significa nada

La palabra NO es la emoción

3 - Aparecían las mismas frases presentadas de igual manera, pero utilizando “el nombre de la emoción” que indicó el participante en la primera pantalla:

¿Qué es X ?

X solo es un Sonido

X solo es una Palabra

X no significa nada

La palabra NO es la emoción

4 – Aparecían una serie de frases, una a una como la anteriores, donde compara la palabra “leche” con la palabra “emoción” que ha escogido el participante:

Leche y “la emoción x” son lo mismo

Solo son palabras, solo son Sonidos

Las emociones son lo que sentimos

Las emociones no son los sonidos

Las emociones y las palabras son cosas DIFERENTES

5 – En la última pantalla se daba por terminado el ejercicio y se agradecía su colaboración.

Grupo Anti-Defusión: Mediante el programa *Antidefusion.exe* se pretendía dar instrucciones directas para promover la fusión cognitiva, mostrando un razonamiento y explicación para fundir palabras y emociones, donde los sonidos y las emociones correspondientes son una misma cosa. Es decir, justo lo contrario que se supone promovería la técnica de defusión de ACT. Las pantallas que iban apareciendo eran las siguientes:

1 – “A continuación va a realizar un ejercicio verbal para comprender las emociones que suponen las palabras”. Y se le pedía al participante: “Por favor, escriba el nombre de la emoción que más le ha molestado o le produce mayor ansiedad”.

2 - Iban apareciendo una serie de frases, una a una, cuando el participante las leía en voz alta y pinchaba encima de las palabras con el ratón, de forma sucesiva eran:

¿Qué es leche?

Es más que un Sonido

Es más que una Palabra

Es todo lo que significa

La palabra ES la emoción que implica

3 - Se presentaban las frases de igual forma, una a una, pero utilizando el nombre de la emoción que indicó el participante en la primera pantalla:

¿Qué es X ?

X es más que un Sonido

X es más que una Palabra

X significa Emociones

La palabra ES la emoción que implica

4 - Aparecen una series de frases presentadas de una en una de la misma forma, comparando la palabra “leche” con la palabra “emoción” que había escogido el participante, pero implicando la unión estrecha entre ambas:

Leche y “la emoción x” son lo mismo

Son más que Palabras, son un más que Sonidos

Las emociones implican palabras

Los sonidos de las palabras implican emociones

Las emociones y las palabras son lo MISMO

5 – En la última pantalla se daba por finalizado el ejercicio y se agradecía su colaboración.

En el Anexo 4 aparecen diversas pantallas de muestra, ilustrativas de las frases diferentes en cada ejercicio según el grupo experimental correspondiente.

En la **segunda sesión** una semana después, los participantes realizaban al comienzo exactamente los mismos ejercicios con los programas de defusión, instrucciones y anti-defusión según les hubiese correspondido. Esta tarea llevaba aproximadamente 15 minutos. A continuación realizaban la evaluación post con la valoración de descripciones de las 30 frases y la valoración de malestar de esas 30 frases, incluyendo en ellas la más ansiógena auto-referida. Finalmente, rellenaban todos los cuestionarios en el mismo orden que se había realizado anteriormente. Los participantes del grupo control volvieron sólo para realizar las pruebas de evaluación en ordenador y cuestionarios de nuevo.

5.3. RESULTADOS

Se ha realizado un análisis ANOVA con medidas repetidas, tomando como factor entre-sujetos los 4 grupos experimentales, y como factor intra-sujetos de medidas repetidas los datos pre-post; y posteriormente un análisis de comparaciones múltiples por pares entre los grupos con la prueba de Scheffé y DMS, en aquellos casos que pudiesen aparecer alguna diferencia significativa. Previamente se han realizado las

pruebas de homogeneidad de la varianza y homocedasticidad, que permitían en todos los casos la aplicación de estas pruebas normalizadas.

Tabla 5.2.- Datos pre y post de los diversos cuestionarios aplicados y la significatividad estadística obtenida en cada caso.

		AAQ		ERQ		EOSS		Yo Soy	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Grupo Defusión	Pre	35.42	(5.07)	37.04	(7.56)	88.44	(19.67)	93.81	(29.70)
	Post	33.31	(5.55)	34.85	(9.85)	81.93	(20.72)	103.38	(29.81)
Grupo Instrucciones	Pre	37.62	(9.17)	37.62	(6.31)	102.78	(25.76)	75.93	(48.77)
	Post	36.04	(7.98)	37.38	(8.67)	95.93	(26.01)	69.33	(51.84)
Grupo Anti-Defusión	Pre	39.09	(7.61)	36.29	(9.05)	105.40	(27.11)	75.46	(42.22)
	Post	39.04	(9.07)	34.75	(10.99)	81.93	(20.72)	82.25	(43.61)
Grupo Control	Pre	35.48	(4.84)	37.68	(8.01)	91.81	(24.27)	80.77	(48.49)
	Post	34.88	(6.61)	40.40	(9.02)	101.27	(30.56)	90.50	(40.14)
		F	.71	1.80		6.59		1.48	
Efecto Grupo	Sig	.54		.15		.001		.22	
	Eta	.02		.05		.16		.04	
	F	3.84		.14		4.70		2.26	
Efecto Pre-Post	Sig	.06		.70		.03		.13	
	Eta	.03		.002		.04		.02	

Respecto al cuestionario AAQ no hay diferencias significativas entre los grupos, pero tampoco en el pre-post.

Respecto al cuestionario ERQ-1 en la subescala de “Reevaluación Cognitiva” no hay diferencias pre-post, pero sí en la interacción Grupo x Pre-Post ($F=2.96$, $gl=3$, $p<.05$, $e=.08$), puesto que parece que el Grupo Control ha aumentado sus puntuaciones al final. En cambio, en la otra subescala ERQ-2 sobre “Supresión Emocional” no aparecen diferencias significativa entre los grupos ni entre pre-post, aunque según el concepto de Defusión debería haber ocurrido algún cambio para mejor, al menos en el *Grupo Defusión*, puesto que de alguna forma los participantes de este grupo deberían dejar de evitar o suprimir los aspectos emocionales ligados a las palabras. En la puntuación total del ERQ tampoco hay diferencias entre grupos, ni pre-post.

En el caso del cuestionario EOSS aparece un efecto del grupo ($F=6.59$, $gl=3$, $p<.01$, $e=.16$). y también en pre-post ($F=4.70$, $gl=1$, $p<.05$, $e=.04$). La comparación específica entre grupos muestra diferencias entre el *Grupo Defusión* y el de *Instrucciones* y el de *Anti-Defusión*, que disminuyen grandemente sus puntuaciones, mientras que aumenta el de *Control*. Los 3 grupos experimentales disminuyen sus

puntuaciones en algún grado, mientras que el grupo *Control* las aumenta, por lo que aparecen diferencias significativas.

En el cuestionario “*Yo Soy*” no aparecen diferencias significativas entre los grupos ni entre pre-post, en ninguna de las comparaciones.

En suma, respecto a los cuestionarios empleados no aparecen diferencias significativas en general entre los grupos, pero sí aparecen en las comparaciones de ERQ-1 y del EOSS en pre-post o la interacción del grupo con pre-post, aunque como se ha mostrado anteriormente podría deberse al hecho de que el *Grupo Control* suele aumentar sus puntuaciones. Sin embargo, no aparecen las diferencias esperadas según el concepto de Defusión, puesto que en AAQ deberían haber disminuido las puntuaciones al haber más distanciamiento y menos “evitación experiencial”, al igual que en ERQ-2 que deberían haber disminuido las puntuaciones de “supresión emocional”. De igual manera, también era esperable que aumentasen las puntuaciones sobre autoconcepto en el cuestionario “*Yo Soy*”; y aunque han disminuido en EOSS mejorando la “experiencia de yo” como validación social, lo ha hecho por igual en todos los grupos experimentales, lo que podría indicar algún efecto de las instrucciones o de las tareas experimentales, que no tenían los participantes del grupo control.

No se han encontrado, pues, las diferencias significativas que se pronosticaban en las hipótesis iniciales, asumiendo que no ha ocurrido un efecto de la defusión o un efecto de las instrucciones. Sin embargo, lo que parece ocurrir es que todos los grupos experimentales disminuyen sus puntuaciones en mayor o menor grado, y quizás todas las tareas tengan alguna influencia sobre el autoconcepto, mientras que el grupo control aumenta esas puntuaciones por la mera repetición de la prueba.

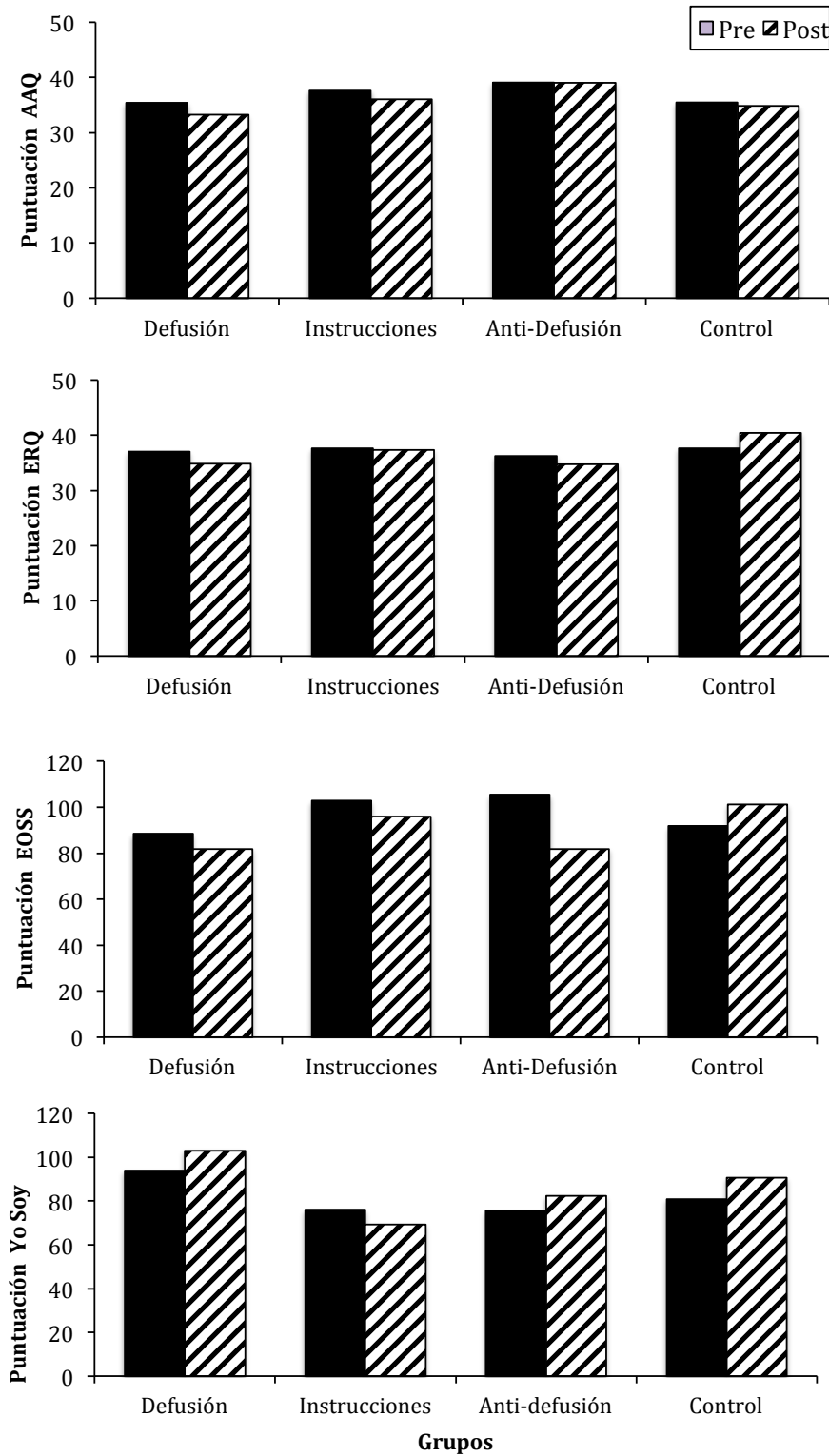


Figura 5.2.- Resultados en los cuatro grupos de los distintos cuestionarios pre y post (AAQ, ERQ, EOSS y YoSoy).

Respecto a las medidas directas por ordenador en la propia experimentación también se ha realizado un análisis ANOVA con medidas repetidas, tomando como factor entre-sujetos los 4 grupos experimentales, y como factor intra-sujetos de medidas repetidas los datos pre-post, y posteriormente un análisis de comparaciones múltiples por pares entre los grupos con la prueba de Scheffé y DMS, en aquellos casos que pudiesen aparecer alguna diferencia significativa. Previamente, también se han realizado las pruebas de homogeneidad de la varianza y homocedasticidad, que permitían en todos los casos la aplicación de estas pruebas normalizadas. Se ha realizado un análisis similar por separado para las frases auto-aplicadas positivas y para las negativas, así como la frase propia auto-aplicada que elegía el participante. En la Tabla 5.3 y 5.4 aparecen todos los datos de los diferentes grupos en cada una de las variables, así como los datos de los parámetros y significatividad obtenida en cada una de las comparaciones.

Tabla 5.3.- Medias obtenidas en cada uno de los grupos y cada una de las variables.

Descripción	Grupo 1 Defusión N=27		Grupo 2 Instrucciones Defusión N=27		Grupo 3 Instrucciones Anti-defusión N=25		Grupo 4 Control N=26	
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
	Descripción							
<i>Frases Positivas</i>	5.92 (2.45)	6.65 (1.57)	6.56 (1.48)	6.73 (0.94)	6.96 (0.90)	6.38 (1.94)	6.61 (1.70)	6.88 (1.57)
<i>Frases Negativas</i>	3.87 (1.18)	3.75 (1.30)	4.05 (1.44)	4.30 (1.47)	4.22 (1.24)	3.99 (1.23)	4.12 (1.30)	3.73 (0.95)
<i>Frase Propia</i>	8.44 (1.45)	7.96 (1.80)	9.00 (1.14)	7.63 (2.20)	8.84 (1.31)	8.52 (1.12)	9.38 (0.85)	8.65 (2.94)
<i>Totales</i>	4.9 (1.19)	5.20 (0.70)	5.12 (1.53)	5.37 (1.11)	5.59 (0.53)	5.19 (1.20)	5.37 (0.60)	5.31 (0.88)
Emoción								
<i>Frases Positivas</i>	3.5 (2.88)	1.92 (1.99)	2.35 (2.12)	2.23 (1.95)	3.06 (2.42)	2.52 (2.12)	3.30 (3.05)	2.23 (2.44)
<i>Frases Negativas</i>	4.42 (2.29)	3.91 (2.21)	4.24 (2.24)	4.26 (2.32)	4.23 (1.71)	4.41 (1.92)	3.47 (1.77)	4.35 (2.10)
<i>Frase Propia</i>	7.26 (3.11)	6.52 (2.65)	6.85 (3.02)	6.37 (3.15)	7.00 (2.87)	6.72 (2.99)	7.31 (3.17)	7.08 (3.16)
<i>Totales</i>	3.96 (1.76)	2.92 (1.65)	3.29 (1.68)	3.24 (1.74)	3.65 (1.65)	3.47 (1.52)	3.39 (1.85)	3.19 (1.66)
Latencia								
Descripción								
<i>Frases Positivas</i>	2524 (707)	2237 (621)	2736 (685)	24969 (608)	2697 (626)	2329 (635)	2870 (976)	2480 (635)
<i>Frases Negativas</i>	2779 (764)	2550 (848)	2873 (660)	2584 (727)	3073 (862)	2646 (847)	3163 (1005)	2838 (775)

<i>Frase Propia</i>	3078 (1867)	2985 (1607)	2582 (775)	3055 (1310)	3184 (1541)	2508 (782)	3166 (1857)	2861 (1245)
<i>Totales</i>	2652 (692)	2394 (706)	2804 (648)	2540 (663)	2885 (699)	2487 (704)	3016 (962)	2659 (653)
Latencia Emoción								
<i>Frases Positivas</i>	2676 (773)	2486 (888)	2837 (1032)	2593 (832)	2727 (710)	2487 (680)	2643 (809)	2787 (983)
<i>Frases Negativas</i>	2749 (902)	2447 (704)	2789 (863)	2668 (910)	2977 (1097)	2636 (724)	2789 (1097)	3110 (1443)
<i>Frase Propia</i>	2786 (1675)	2682 (1082)	2736 (1124)	2820 (1077)	2995 (1164)	2646 (1711)	2528 (998)	2918 (1491)
<i>Totales</i>	2712 (781)	2466 (742)	2813 (906)	2631 (841)	2852 (868)	2561 (672)	2716 (804)	2949 (1176)

Tabla 5.4.- Datos estadísticos del análisis factorial y significatividad en cada una de las comparaciones entre-grupos y pre-post, en las distintas variables.

Descripción	Pre-Post			Entre-grupos		
	F	Significatividad	Tamaño efecto	F	Significatividad	Tamaño efecto
Descripción						
<i>Frases Positivas</i>	.618	.434	.006		.124	.055
<i>Frases Negativas</i>	1.977	.163	.019		.092	.061
<i>Frase Propia</i>	12.245	.001	.108		.295	.036
<i>Totales</i>	.035	.851	.000		.154	.051
Emoción						
<i>Frases Positivas</i>	10.016	.002	.090	1.505	.218	.043
<i>Frases Negativas</i>	.907	.343	.009	3.440	.020	.093
<i>Frase Propia</i>	2.646	.107	.026	.191	.902	.006
<i>Totales</i>	4.413	.038	.042	2.165	.097	.060
Latencia Descripción						
<i>Frases Positivas</i>	40.073	.0001	.284	.482	.696	.014
<i>Frases Negativas</i>	30.446	.0001	.232	.514	.673	.015
<i>Frase Propia</i>	.037	.085	.001	.725	.539	.000
<i>Totales</i>	44.866	.0001	.308	.524	.667	.015
Latencia Emoción						
<i>Frases Positivas</i>	3.264	.074	.031	1.602	.194	.045
<i>Frases Negativas</i>	1.721	.192	.017	3.204	.026	.087
<i>Frase Propia</i>	3.264	.074	.031	1.620	.194	.045
<i>Totales</i>	2.898	.092	.028	2.804	.044	.077

En las descripciones emocionales se han valorado esas palabras como categorías numéricas de menos a más (0 a 10), y no aparecen diferencias significativas entre los grupos ni en pre-post (ver Figura 5.3). A su vez, en el caso de la valoración emocional en una escala Likert (0-10) de cada una de esas frases tampoco hay diferencias significativas entre los grupos. En las frases positivas el grupo de *Defusión* disminuye

su valoración, pero no llega a ser significativa. Sin embargo, sí es significativo el cambio pre-post en todas ellas ($F=8.62$, $gl=100$, $p<.005$), no hay pues un efecto de las tareas experimentales sino de la repetición de la prueba. En el caso de las frases negativas hay diferencias significativas pero debido a que el grupo *Control* aumenta su valoración emocional en el post ($F=.907$, $gl=101$, $p<.05$) (ver Figura 5.4). Es decir, los cambios obtenidos no son debidos a la defusión, sino al hecho de que el grupo *Control* aumenta sus puntuaciones, mientras todos los grupos experimentales disminuyen en alguna medida.

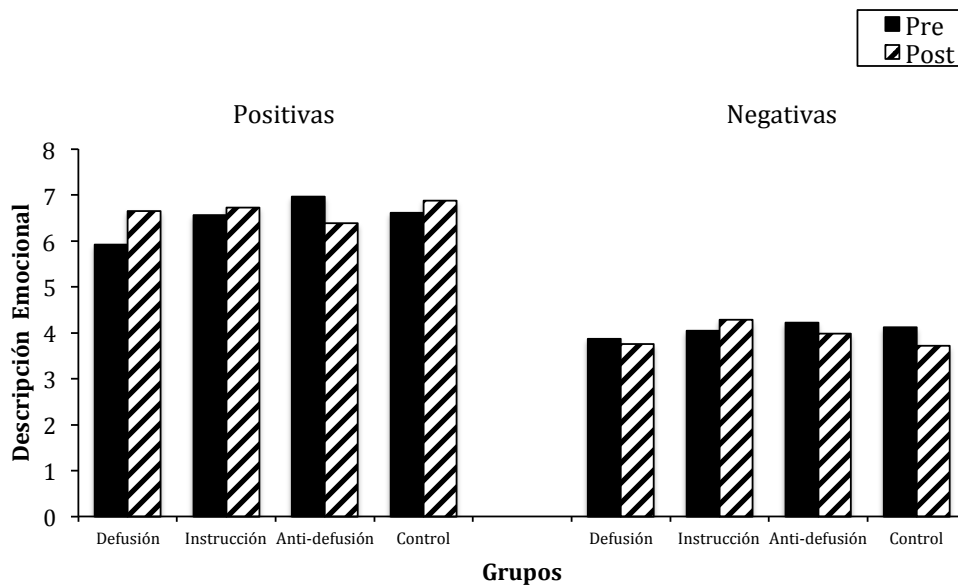


Figura 5.3.- Descripciones emocionales pre-post de las frases auto-aplicadas positivas y negativas en los 4 grupos (Defusión verbal, Instrucciones, Anti-defusión y Control).

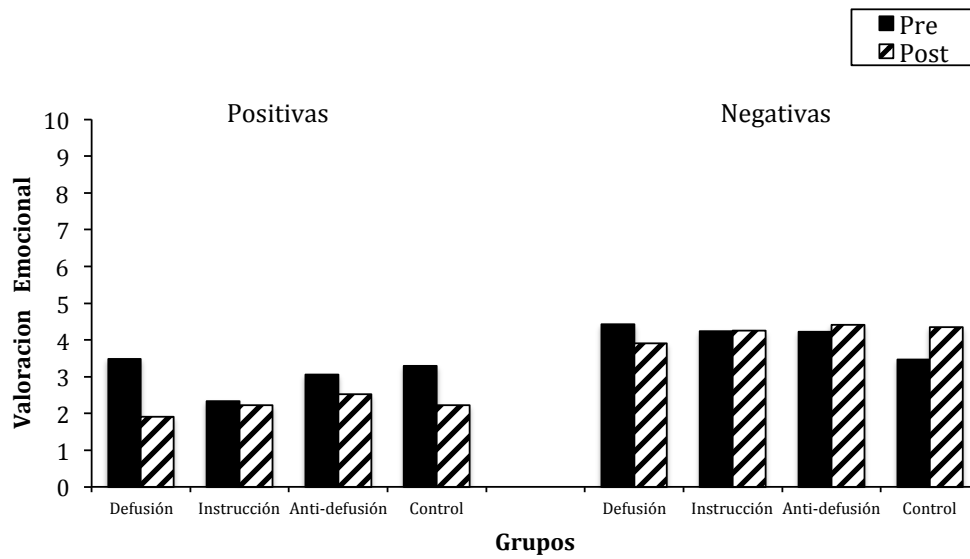


Figura 5.4.- Valoración emocional pre-post de frases auto-aplicadas positivas y negativas.

Al considerar el parámetro de la latencia de respuesta, medida en milisegundos, no hay diferencias entre los grupos ni en el caso de la autodescripción (Figura 5.5) ni en el caso de la valoración de estas autodescripciones (Figura 5.6). En las frases hay un efecto pre-post tanto en las frases positivas ($F=40.07$, $gl=101$, $p<.001$) como negativas ($F=30.44$, $gl=101$, $p<.001$). Todos los grupos disminuyen su tiempo de respuesta por igual. Y respecto a la valoración emocional de esas mismas frases aparecen diferencias, especialmente en las frases negativas, pero precisamente porque el grupo *Control* aumenta su latencia ($F=0.87$, $gl=101$, $p<.05$). Lo que se aprecia es que en todos los grupos experimentales disminuyen esas latencias, excepto el control, probablemente por un efecto de repetición de la prueba que disminuye ese tiempo de respuesta en el post en todos los tipos de frases auto-aplicadas, excepto en las negativas.

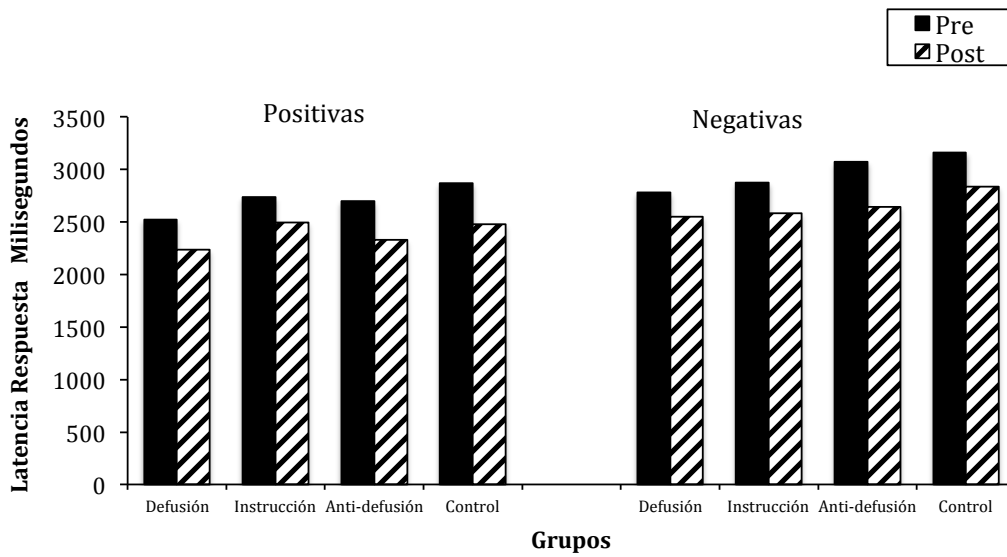


Figura 5.5.- Latencia de respuesta pre-post ante la valoración descriptiva de frases auto-aplicadas positivas y negativas.

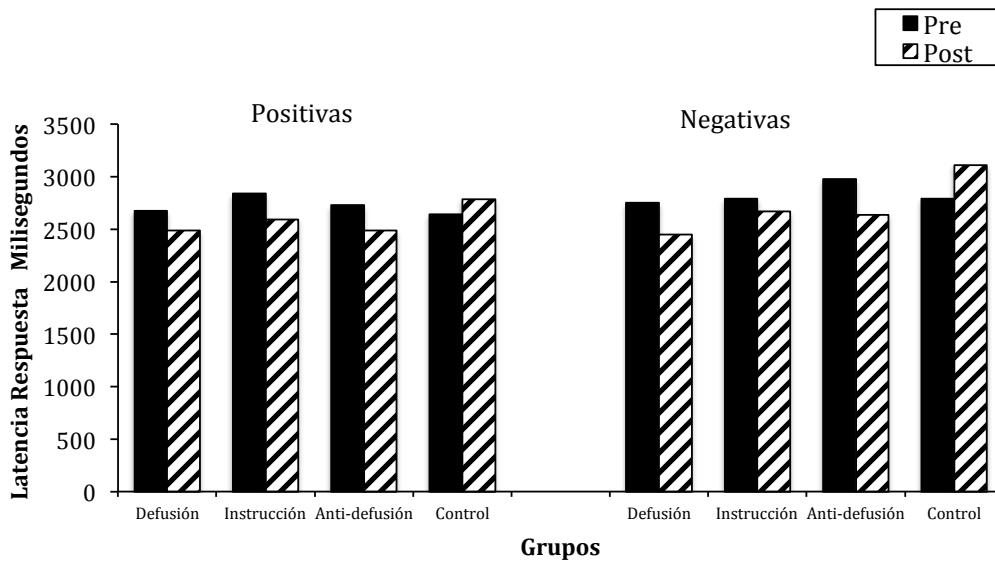


Figura 5.6.- Latencia de respuesta pre-post ante la valoración emocional de las frases auto-aplicadas positivas y negativas.

También se han registrado de forma aislada las valoraciones descriptivas y emocionales de la frase auto-aplicada de cada participante, para tener una replicación directa del experimento de Masuda et al. (2004). Al considerar sólo la frase única auto-

aplicada más negativa para el individuo, no hay diferencias significativas entre los grupos en la valoración descriptiva, pero sí en el pre-post en todos los grupos ($F=.907$, $gl=101$, $p<.05$). En la segunda ocasión todos los grupos siempre disminuyen esa valoración (ver Figura 5.7). Tampoco hay diferencias significativas entre los grupos ni entre pre-post en el caso de la valoración emocional de esa misma frase auto-aplicada negativa (ver Figura 5.8).

Al considerar el parámetro de latencia de respuesta, medida en milisegundos ante cada frase, tampoco hay diferencias significativas entre-grupos ni pre-post, aunque visualmente aparezca alguna diferencia en esos tiempos, debido a un participante en particular, no llega a haber diferencias significativas en ninguno de los casos (ver Figura 5.9 y 5.10).

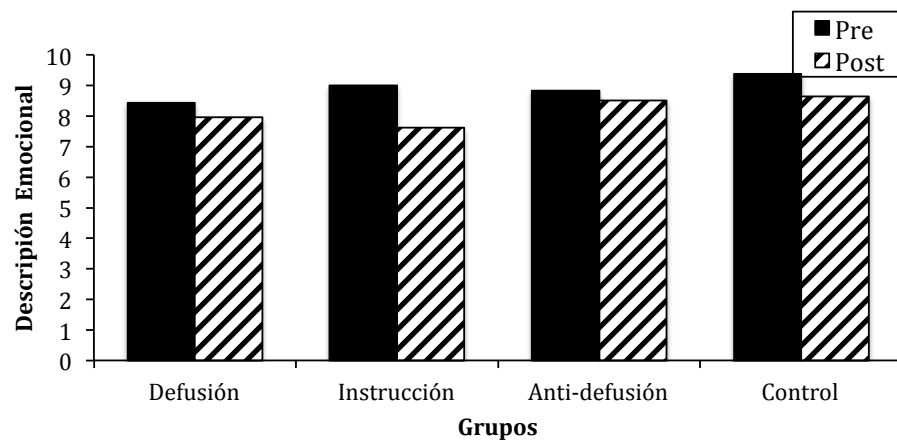


Figura 5.7.- Valoración de la frase descriptiva propia auto-aplicada, en los 4 grupos y pre-post.

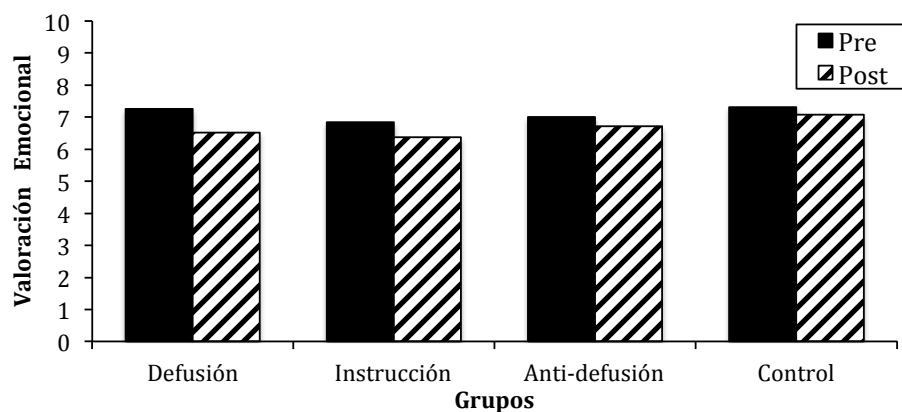


Figura 5.8.- Valoración emocional de la frase propia auto-aplicada.

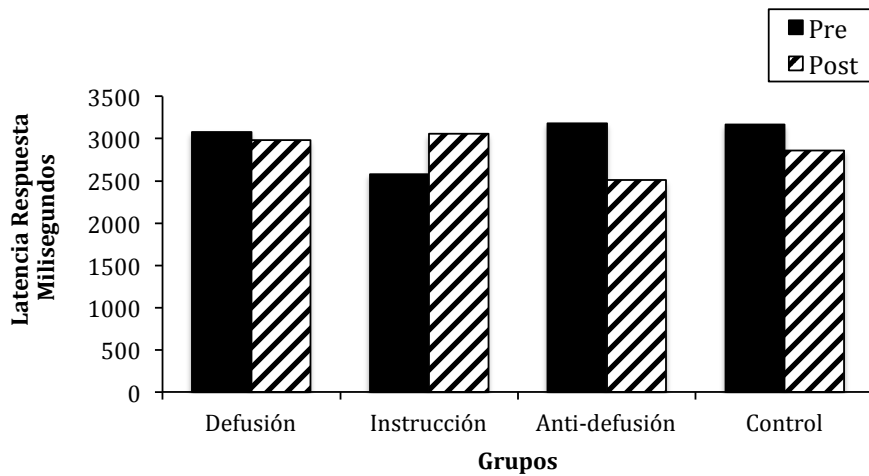


Figura 5.9.- Latencia de respuesta en la valoración de la frase descriptiva propia auto-aplicada.

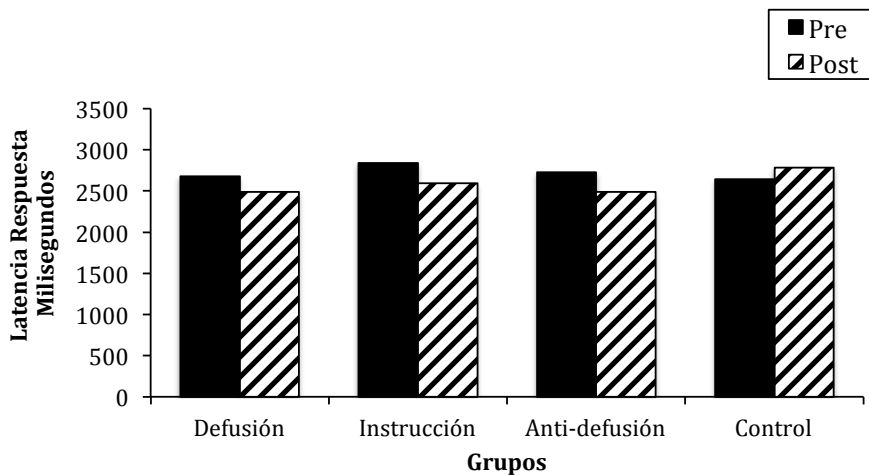


Figura 5.10.- Latencia de respuesta en la valoración emocional de la frase propia auto-aplicada.

Al considerar el total de frases utilizadas, tanto las positivas, como las negativas, como la frase auto-aplicada negativa, no aparecen diferencias significativas entre los grupos en ninguno de los casos, aunque sí un efecto pre-post ($F=4.41$, $gl=101$, $p<.05$), pues todos los grupos disminuyen sus puntuaciones en general y también sus latencias de respuesta por igual.

Para comprobar si la división a priori de frases positivas y negativas estaba bien clasificada, se ha realizado también un ANOVA con medidas repetidas, considerando los grupos como variable entre-grupos y el tipo de frase utilizada como variable intra-grupo. Una vez más, no hay diferencias entre los grupos, pero sí hay diferencias significativa entre frases positivas y negativas, tanto en su descripción ($F=105.73$,

gl=101, $p<.0001$), como en su valoración emocional ($F=11.16$, gl=101, $p<.001$). Respecto al tiempo de reacción en la descripción hay diferencias entre frases positivas y negativas ($F=32.178$, gl=101, $p<.0001$), y también en la valoración emocional post de esas frases ($F=34.932$, gl=101, $p<.001$). Se confirma, pues, que las frases estaban a priori bien clasificadas como positivas y negativas (ver Figura 5.11 y 5.12).

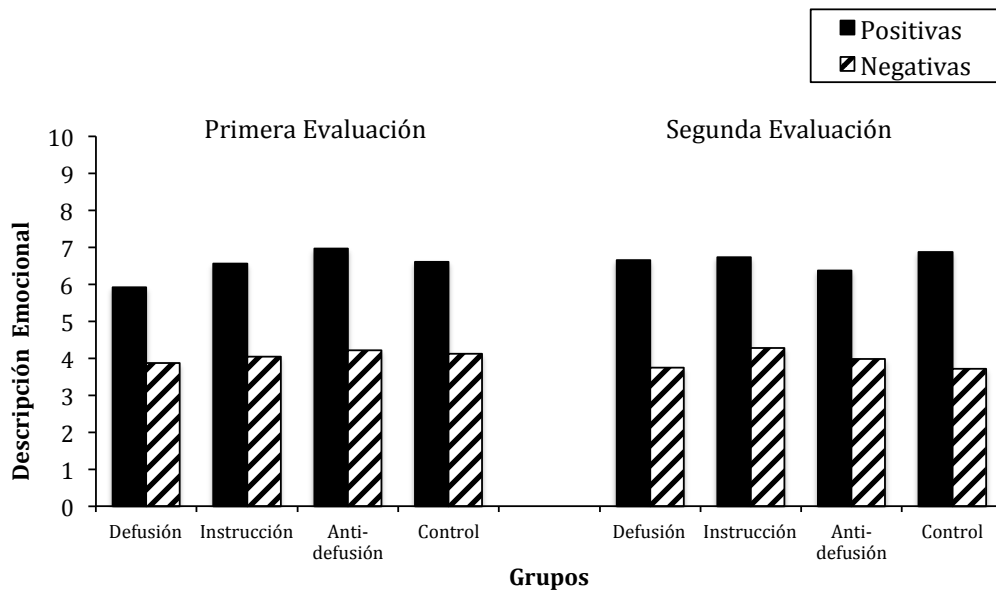


Figura 5.11.- Descripción emocional comparativa de las frases positivas y negativas en la primera y segunda evaluación.

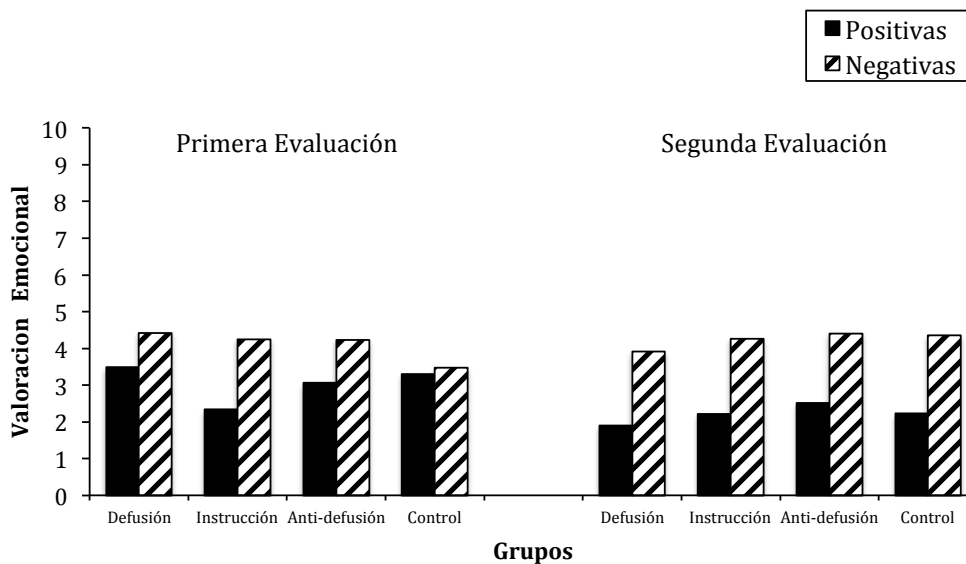


Figura 5.12.- Valoración emocional comparativa de las frases positivas y negativas en la primera y segunda evaluación.

Como resumen, no aparecen las diferencias hipotetizadas entre los grupos. En principio, parecería que el grupo de *Defusión* disminuye sus puntuaciones valorativas tras los ejercicios verbales, pero resulta que también disminuyen los grupos de *Instrucciones* y de *Anti-defusión*, y si aparecen diferencias estadísticamente significativas en alguna variable se debe a que el grupo *Control* aumenta esas puntuaciones (bien en el cuestionario EOSS, en la valoración descriptiva, en la valoración emocional o en las latencias de respuesta en una y otra). Básicamente no hay diferencias en ninguno de los parámetros entre los 3 grupos experimentales, hay diferencias en la comparación pre-post, pero por igual en todos ellos.

5.4. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

Los datos no parecen apoyar la hipótesis de que los ejercicios verbales de defusión en ACT (tales como la repetición de “leche-leche-leche”) disminuyan el valor emocional de esas palabras. En este experimento se ha realizado una replicación directa y sistemática de otros estudios similares en los que se han empleado frases auto-aplicadas, especialmente frases negativas referidas a sí mismo, que los participantes suelen valorar con mayor grado de ansiedad o malestar, y en los que tras los ejercicios de defusión disminuyen esas valoraciones. En los datos aquí mostrados aparece esa disminución en el *Grupo Defusión*, tanto en puntuaciones descriptivas, en puntuaciones de valoración emocional y en la latencia de respuesta ante cada frase. El problema es que también aparece esa disminución en el *Grupo Instrucciones* y en el grupo *Anti-Defusión*, e incluso en algunos casos en el *Grupo Control*. Ello podría indicar que cualquier intervención verbal puede hacer disminuir el malestar en los participantes, con lo cual no hay un efecto diferencial de los ejercicios de defusión, o bien que no hay efecto alguno de esos ejercicios o instrucciones, y realmente se debe a un efecto pre-post de repetición de la prueba. El hecho de que las puntuaciones y valoraciones del *Grupo Control* también disminuyan en algunos casos, nos hace concluir esta otra hipótesis, es decir, no hay un efecto genuino de los ejercicios verbales, sino una mera repetición de la prueba. Efecto que puede haberse mezclado en los estudios de otros experimentadores, al no haber sido controlado suficientemente, y llegar a conclusiones no basadas en los propios datos experimentales.

En un intento de esclarecer las posibles diferencias en resultados con otros experimentos anteriores, como los de Masuda et al., (2009b) en los que seleccionan previamente sólo aquellos participantes que tienen valores mayores del 50%, y en los que además se utiliza una única frases auto-aplicada; se ha realizado también un análisis de datos ANOVA eliminando previamente de la muestra todos los sujetos con puntuación menor de 5 (en este experimento la escala Likert es 0-10). De esta forma, la muestra era de 23 para *Grupo Defusión*. 18 para *Grupo Instrucciones*. 20 para *Grupo Anti-Defusión* y 21 para *Grupo Control*. Sin embargo, los resultados han sido muy similares a los descritos anteriormente, es decir, hay diferencias pre-post en todos los grupos, pero no hay ningún efecto diferencial significativo entre los grupos. Aunque el *Grupo Defusión* disminuye en mayor grado sus puntuaciones (de 8.39 a 6.74 de media) no llega a ser estadísticamente significativo. Una posible explicación de estas diferencias entre el experimento de Masuda y el aquí realizado, pueda estar en las instrucciones previas y el razonamiento que Masuda y su grupo daba a los participantes como justificación y explicación del funcionamiento de la defusión. En este experimento no se dan explicaciones previas, sino sólo las instrucciones por ordenador, y la lectura progresiva de los participantes sobre la pantalla del ordenador. La intervención del terapeuta se ha minimizado completamente, y quizás los “resultados esperados” no se hubieran llegado a producir si el experimentador no los “anticipa” con sus instrucciones.

Con los datos aquí obtenidos se ha realizado también una transformación como la que realizan en sus experimentos Keogh (2008) y Haley et al., (2008), que permitiría afirmar que si las diferencias con sus experimentos podrían ser debidas a un mero artefacto de la manipulación de datos, puesto que ponderan las puntuaciones normalizándolas en función de las puntuaciones iniciales. En el experimento aquí realizado, esa otra forma de transformar los datos quizás habría mostrado resultados significativos para la hipótesis de la investigación. Si se efectuase la resta en las puntuaciones pre de las post en las variables fundamentales, quizás sí aparecían diferencias significativas. Hemos realizado esa transformación, y en el caso de la valoración de la frase única auto-aplicada no hay diferencias, pero en la valoración de todas las frases negativas, precisamente hay diferencias significativas ($F=3.44$, $gl=3$, $p<.05$), especialmente entre del *Grupo Defusión* y el *Control*. La resta de datos sí es significativa entre grupos, pero no en el caso de un ANOVA con medidas repetidas y

medidas directas, como deberían haber realizado los autores de esas otras investigaciones. La diferencia del experimento aquí presentado respecto a estos otros estudios podría deberse, suponemos pues, a esa forma de manejar los datos, restando las puntuaciones pre-post y haciendo el análisis sobre los datos estandarizados. Con los datos “brutos” esas diferencias no son tan evidentes en nuestro análisis.

En suma, las hipótesis iniciales sobre el posible efecto de los ejercicios experienciales del tipo “leche-leche-leche”, o bien de las instrucciones directas, no se han cumplido. Parece haber un efecto de los tres grupos experimentales, hay en todos un efecto pre-post de disminución de esas puntuaciones y los tiempos de latencia, pero al menos en nuestra experimentación que replica la de otros autores, no se ha encontrado un efecto genuino de la defusión, muy al contrario al efectuar las transformaciones en los datos que realizan algunos de esos otros autores, sí que se encuentran diferencias en algunos casos. Lo que permitiría afirmar que lo encontrado en esos otros estudios podría ser un artefacto de los datos, tal como señalan algunos autores (Young et al., 2010), y al control experimental poco riguroso de todo el proceso.

Capítulo 6

RESULTADOS GENERALES

Como ya expusimos al comienzo de esta tesis, el objetivo era estudiar las posibles variables que diesen la explicación empírica del efecto de defusión cognitiva. Se trataba de determinar de forma experimental si el proceso de defusión sería debido a ese cambio de contexto verbal y separación entre respuestas verbales y emocionales que defiende ACT y la RFT; o bien si ese efecto era debido a un proceso de extinción de los estímulos condicionados verbales, una explicación más sencilla y parsimoniosa; o también si era debido a las instrucciones del experimentador, y por tanto la defusión en clínica ACT se debería más bien al efecto del terapeuta, al proceso de instrucciones, moldeamiento y reforzamiento social que aplica al realizar ese tipo de ejercicios durante la terapia. Todo ello nos permitirá contribuir al conocimiento psicológico y mejorar las técnicas que aporten soluciones a los problemas que las persona llevamos a terapia. A lo largo de la investigación, los resultados cuantitativos hallados no han arrojado más luz sobre las variables investigadas, en ninguno de los tres experimentos ha aparecido un efecto claro y superior del ejercicio de defusión verbal. Han aparecido cambios pre-post en algunas de las variables medidas, pero el control experimental riguroso mediante grupos control, aplicación sin intervención del terapeuta, o condiciones de control en los estímulos y en la forma de presentar los ejercicios, permite afirmar que esos cambios no son genuinos de la defusión, sino que pueden tener otras explicaciones alternativas. Esto afectaría a la validez interna de otros experimentos revisados sobre el mismo fenómeno, y que parecen mostrar que sí hay un efecto sobre la disminución de valoraciones emocionales del individuo tras ese ejercicio. En este caso, los resultados de la tesis también nos permiten discutir sobre esos otros resultados, contraponer porqué pueden haber obtenido esos resultados, y la necesidad de realizar mayor investigación y mejor realizada para estudiar porqué se obtiene ese efecto emocional en la consulta clínica y no se obtiene de forma tan clara en condiciones experimentales.

Como resultado del análisis bibliográfico, y poniéndonos manos a la obra en la búsqueda de posibles explicaciones sobre el funcionamiento de la defusión verbal, diseñamos este primer experimento basado en el ejercicio clásico de defusión verbal que utiliza ACT mediante la repetición de palabras, y que se basa a su vez en la “saciación semántica” (Titchener, 1916). En el primer experimento se intentó probar ese efecto utilizando imágenes difusas que pudiesen tener componentes emocionales (TAT), es decir, estímulos visuales que los participantes pudiese valorar con expresiones emocionales auto-generadas. Esto permitiría ver la alteración de esas valoraciones tras la realización de los diversos ejercicios verbales. Para solventar los problemas metodológicos que encontramos de otros experimentos revisados. En este primer experimento se aumentó la muestra experimental y se utilizó un diseño entre-grupos, que incluía un grupo control y medidas pre-post que controlasen cualquier variable extraña. También se dieron instrucciones específicas a cada grupo para eliminar el efecto de subjetividad del investigador, grabando las sesiones, y además se tomaron múltiples medidas del posible cambio emocional tras los ejercicios de defusión.

En este primer experimento analizamos en detalle cuál podría ser el mecanismo de actuación del ejercicio, que lograba que los participantes informaran de un menor malestar o menor valoración emocional tras realizar ese ejercicio. Para ello se comparó el ejercicio de repetición “leche-leche-leche” tal como suele realizarse en ACT para conseguir que finalmente el cliente “defusione” o separe la propia palabra emocional de las emociones que generaba; frente a la mera repetición de esa palabra emocional que supondría un proceso de extinción; frente a un proceso de moldeamiento desde la palabra “leche” hasta la palabra “emocional” elegida por cada participante; y frente al grupo control sin intervención. Aunque no había una hipótesis única, quizás la más probable sería que el procedimiento completo con moldeamiento verbal produjese mejores resultados (mayor disminución emocional) que el grupo del ejercicio de “leche-leche-leche”, y éste mejores que la mera extinción por la repetición de la palabra del grupo tercero; y también todos ellos mejores que el grupo control donde no se ha realizado ningún ejercicio en concreto.

Como se ha mostrado en ese primer experimento, los resultados no muestran cambios significativos entre los grupos. Las apreciaciones emocionales de los participantes sobre las imágenes no se modifican después del ejercicio verbal en ninguno de los cuatro grupos, y tampoco cambian los autoinformes sobre emociones tras los ejercicios. Teóricamente siguiendo el razonamiento de ACT y RFT el grupo de

defusión debería haber disminuido sus valoraciones emocionales tras el ejercicio, pero también debería haber disminuido las puntuaciones generales en los cuestionarios como AAQ y como ATQ en palabras negativas (según los experimentos de Masuda et al., 2004). Nada de eso ocurrió. Por el contrario, aunque sin significatividad estadística, el grupo de defusión aumentó ligeramente esas valoraciones, mientras que el de extinción y el de moldeamiento sí que disminuyeron las puntuaciones medias. Estudiando esta situación podríamos llegar a la conclusión de que los resultados, con las condiciones experimentales que aquí se manejaron, no prueban el efecto de defusión verbal.

Dados estos resultados, se manejó como hipótesis que quizás las imágenes no eran suficientemente intensas como para provocar emociones a los participantes, y por ello no aparecían cambios ni en su denominación ni en su valoración subjetiva. Además, al ser imágenes difusas, interpretables, podrían tener también un efecto emocional medio o ligero, que no permitiría muchos cambios por efecto de un ejercicio terapéutico.

Así pues, se planificó un segundo experimento con las mismas condiciones experimentales y el mismo objetivo: estudiar el mecanismo de actuación de los ejercicios de defusión de repetición de palabras como “leche-leche-leche”. Para ello se compararon de nuevo un grupo con el ejercicio habitual de ACT, otro con la mera repetición de la palabra como extinción, otro con moldeamiento desde la palabra “leche” hasta la palabra emocional para el individuo, y un último grupo control sin intervención. En este segundo experimento, sin embargo, se utilizaron imágenes ya estandarizada y que tuviesen fuerte contenido emocional ya probado en otras poblaciones (IAPS, Lang, Bradley y Cuthbert, 1999, 2008). Además, se escogieron 10 imágenes de cada valencia extrema: positivas, negativas y neutras. El objetivo era valorar si el efecto de la defusión se apreciaría más en las imágenes negativas siguiendo la línea argumental de ACT, puesto que esas imágenes generarían mayores emociones aversivas para los participantes y mayor grado de evitación, con lo que el efecto del ejercicio de la defusión debería ser más evidente con esas imágenes que con otras positivas o neutras.

Tras el análisis de los datos encontramos que en este segundo experimento, nos muestra unos resultados similares al primero. Los participantes no cambian sus puntuaciones en los cuestionarios, ni tampoco en las descripción y valoraciones de las imágenes, aunque tengan una fuerte repercusión emocional como las puntuaciones iniciales dadas a las imágenes negativas. Se vuelve a replicar la misma falta de efecto

claro de la posible defusión verbal o alteración del contexto de las palabras con este tipo de ejercicios verbales. Sí se produjeron cambios en el parámetro del tiempo de latencia, puesto que todos los grupos disminuyeron esos tiempos al observar cada fotografía, curiosamente excepto en las imágenes negativas. Es evidente que se produjo un efecto de aprendizaje o repetición de la prueba, y disminuyó esa latencia en todos los participantes, sin embargo las imágenes negativas siguen generando ese impacto visual y emocional y no disminuye el tiempo de respuesta antes estas fotografías concretas. Los resultados también muestran que las imágenes utilizadas estaban bien seleccionadas de acuerdo con esas categorías emocionales de positivas, negativas y neutras, puesto que todos los participantes diferencian significativamente sus valoraciones entre ellas. Las imágenes evidentemente producían ese impacto emocional y fuerte valoración emocional subjetiva a los participantes, sin embargo el ejercicio de defusión verbal no logró cambiar esas valoraciones.

Con el fin de avanzar en este misterio sobre el contraste de nuestros resultados experimentos con los realizados por otros autores sobre el fenómeno de la defusión verbal, se planificó un nuevo experimento que reprodujese en todo lo posible los experimentos de otras investigaciones cuyos resultados globales fueron favorables al efecto de la defusión (Keogh, 2008; Masuda et al., 2004, 2009a, 2009b, 2010). De esta forma, para estudiar el fenómeno en el tercer experimento se emplearon frases auto-referidas, asumiendo que al auto-aplicarse esas frases negativas para el individuo, tras la realización del ejercicio de defusión, su valoración cambiaría y disminuiría su impacto emocional. Sin embargo, dadas las deficiencias metodológicas que ya se han reseñado en la revisión de esos experimentos, se propuso llevar una mayor rigurosidad metodológica controlando adecuadamente el posible efecto del terapeuta, las instrucciones dadas, y las mediciones de forma que fueran multivariadas (cuestionarios, valoraciones, latencia) y de múltiples ensayos con palabras positivas, negativas y auto-referidas. al llevarlos a cabo frente a los procedimientos similares de otros autores. De esta manera se intentó replicar los experimentos de defusión verbal sobre frases auto-referidas, pero aplicado mediante ordenador, con instrucciones escritas en pantalla iguales para todos los participantes, con objeto de que no hubiese influencia alguna del experimentador o terapeuta.

Además, siguiendo con las posibles hipótesis de las variables relevantes que pudiesen producir el efecto de defusión, se introdujeron también otras dos condiciones para estudiar la posible influencia de las instrucciones en el procedimiento:

instrucciones directas para la defusión, e instrucciones contrarias a la defusión promocionando expresamente la fusión verbal; además del grupo control sin intervención. La hipótesis era que la fusión verbal cambiaría el contexto de esas valoraciones auto-aplicadas, quizás debido a las instrucciones directas del terapeuta, o bien debido a la justificación que el experimentador da al inicio de esos ejercicios. De esta forma, se eliminó esa posibilidad al aplicar todo el procedimiento por ordenador. Se suponía, por tanto, que habría resultados diferentes en función de la forma en que se aplicase el ejercicio y las instrucciones que se dieran.

En los resultados de este tercer experimento tampoco aparecieron efectos en la valoración de las palabras auto-aplicadas. Hay cambios pre-post pero ocurren igual en los tres grupos experimentales, no hay diferencias entre ellos. Si aparecen diferencias estadísticamente significativas en algunas frases y en el cuestionario EOSS es porque el grupo control aumenta sus puntuaciones. También disminuyen los tiempos de latencia pre-post, pero sin diferencias entre los grupos experimentales, todos disminuyen por igual sus tiempos de reacción.

A diferencia, pues, de otros estudios sobre el mismo fenómeno de la defusión, no se ha encontrado un efecto genuino del ejercicio, ni de las instrucciones empleadas de forma automática. Parece evidente que algo ocurre en las situaciones clínicas con este tipo de ejercicio que no se repiten en condiciones experimentales. Muy por el contrario siguiendo las críticas realizadas en la revisión detallada de esos otros experimentos, si a los datos por nosotros obtenidos se aplican las transformaciones y criterios de selección que han empleado en algunas de esas otras publicaciones, resultada que sí que se encuentran diferencias en algunos casos. Si a los mismos datos, se elimina el grupo control, sólo se comparan los resultados post-ejercicio, o se aplica un 50% de corte de las puntuaciones que no alcanzan un criterio mínimo, entonces sí que aparecen diferencias significativas pre-post, y a veces más a favor de los grupos de defusión. Todo ello, permitiría afirmar que con las condiciones aquí empleadas y que repiten en lo fundamental esos otros experimentos, no se ha encontrado un efecto claro en la disminución de valoraciones emocionales ni en los tiempos de latencia, que puedan indicar la eficacia del ejercicio de defusión. Por el contrario, también podríamos afirmar que lo encontrado en esos otros estudios podría ser un artefacto de los datos y el control experimental poco riguroso.

Capítulo 7

DISCUSIÓN

Los resultados de los tres experimentos de esta tesis no han sido los esperados. Se hipotetizaba sobre el posible mecanismo conductual de la actuación de la defusión verbal para disminuir las valoraciones emocionales de los clientes, bien por efecto del moldeamiento del terapeuta, de la propia extinción por exposición a las palabras, o bien la influencia directa de las instrucciones. Pero los resultados en los tres han mostrado que no se repite ese fenómeno de la defusión verbal, y las valoraciones emocionales no disminuyen, en ninguno de los parámetros directos o indirectos utilizados. Se dan cambios pre-post en algunos casos de esas valoraciones o en las latencias de respuesta, pero se dan por igual en todos los grupos, implicando un efecto más de la repetición de la prueba, que del propio ejercicio de defusión.

Obviamente estos resultados no eran los esperados al comenzar los experimentos de esta tesis, y por esa razón el tercer experimento se planificó como una replicación lo más parecida posible a los que afirman el fenómeno de la defusión con este ejercicio concreto (Keogh, 2008; Masuda et al., 2004, 2009a, 2009b, 2010). Sin embargo, los datos son los que son, y han de estar por encima de cualquier opinión de autoridad.

En el primer capítulo sobre la revisión de los estudios sobre ACT y sobre la experimentación de la defusión ya se expusieron los experimentos previamente realizados por otros autores. En esa revisión algunos afirman el fenómeno, pero otros no dan unos indicios tan claros de esa eficacia, e incluso en algunos casos los resultados son similares a otras técnicas como la parada de pensamiento o las técnicas de distracción sensorial. En esa revisión y en el inicio de cada capítulo hemos mencionado algunos de los estudios que apoyan o no este efecto, señalando también algunas de los problemas metodológicos que han presentado algunos de estos estudios.

Así, por ejemplo, los experimentos de Masuda et al., (2004) encontraron esa mejora con la defusión con palabras auto-referidas, pero sólo utilizan una palabra para cada participante, y en diseños de caso único donde todos pasan por todas las condiciones, con lo que puede argumentarse un efecto acumulativo; pero además transforman las puntuaciones entre los datos iniciales y finales, y la alternativa de

controlar el pensamiento también funcionó y disminuyó las puntuaciones de credibilidad y malestar de esas palabras. Mientras que el experimento de Masuda et al. (2009a) también muestra ese efecto que aumenta con el tiempo de repetición de la palabra, pero no tienen grupo control y eliminan los participantes por debajo de puntuaciones del 50% de malestar inicial. En el de Masuda et al. (2009b) comparan entre grupos con diversas técnicas (defusión, distracción, tarea incompatible), pero los tres obtienen mejoras en las puntuaciones, también eliminan los participantes que no consiguen un nivel del 50% en la evaluación inicial, y utilizan solo una palabra auto-aplicada como evaluación. Por su parte, el de Masuda et al. (2010) también obtiene ese efecto de defusión, con puntuaciones mayores que los otros grupos de control de pensamiento o de distracción, pero ello no quiere decir que estos otros grupos no redujeran también sus valoraciones, es decir, todos mejoran; y además emplean una única frase auto-aplicada como toda evaluación. Si se comparasen directamente esos resultados con los aquí obtenidos sí podría afirmarse que serían semejantes, pero si un grupo control sin tratamiento también disminuye las puntuaciones emocionales, ello implica que hay un efecto de repetición de la prueba o de regresión a la media, y no un efecto genuino de la variable independiente.

Por su parte, los diversos experimentos de Keogh (2008) muestran el efecto de defusión, pero con variabilidad en los distintos estudios, en algunos casos la condición de control tiene los mismos resultados, en otros solo se mide la valoración post, y en otros las medias tienen desviaciones típicas muy grandes, incluso en otros el grupo placebo también disminuye las puntuaciones. En los experimentos en que utilizan la latencia de las respuestas ante las frases auto-aplicadas como “evaluación relacional implícita”, no utilizan los datos directos de milisegundos, sino una transformación con el algoritmo medio de puntuaciones estandarizadas. Todo lo cual limita las conclusiones de estos experimentos. En los experimentos realizados en esta tesis se ha tratado de solventar algunos de estos problemas de validez interna.

Los estudios realizados con diversos problemas clínicos como obsesión-compulsión, depresión, o autismo, han mostrado resultados diversos (Bush, 2013; Hooper y McHough, 2013; Luciano et al., 2014; Watson, Burley y Purdon, 2010)). Al comparar la estrategia de defusión frente a la exposición en imaginación, o la distracción, no siempre aparecen resultados claros, hay una superioridad del protocolo

de defusión, pero también esas otras estrategias obtienen buenos resultados para reducir el carácter emocional de esos pensamientos y frases auto-aplicadas.

Hemos mencionado también otros estudios que no muestran tan claramente el efecto de defusión verbal, y son críticos en sus resultados. Así, por ejemplo, el estudio de Young et al. (2010) incluyeron mejores controles tales como utilizar varias palabras auto-aplicadas, mediciones pre-post, y diversos grupos completamente aleatorizados incluyendo un grupo control con y sin instrucciones, dando o no razonamientos o justificaciones sobre el funcionamiento de esos ejercicios verbales. En este caso, todos los grupos disminuyeron sus valoraciones de malestar con las frases auto-aplicadas, y los autores abogan más por una explicación de extinción, por la mera repetición de estímulos condicionados, para explicar este fenómeno; y además aseguran que los resultados del grupo de Masuda podría estar dentro de los márgenes de regresión a la media en los cambios en los datos pre-post.

El estudio de Pilecky y McKay (2012) mediante escenas de películas y la medición de valoraciones subjetivas de miedo, disgusto y asco, señaló también la dificultad del proceso de defusión, las puntuaciones no cambiaban en los grupos, solo aparecieron cambios en la disminución de los milisegundos en el efecto Stroop de palabras emocionales. También el estudio de Deacon et al. (2011) comparando reestructuración cognitiva frente a defusión sobre pensamientos negativos sobre obesidad, mostró similares resultados de ambos procedimientos. Estos estudios estarían más cerca de nuestros resultados, no mostrando los efectos reductores de los ejercicios de defusión verbal.

También parece que un factor explicativo importante en los estudios sobre “saciedad semántica” que se hicieron desde otras áreas psicológicas, es el razonamiento que se daba a los participantes. Sin una explicación previa o preparación para el ejercicio y su propósito, parece que los resultados no aparecían en todos los participantes (Esposito y Pelton, 1971). Precisamente, en los ejercicios ACT siempre se da un razonamiento y explicación previa sobre su propósito, lo que podría indicar que esas instrucciones son fundamentales para obtener un efecto, y que la influencia del experimentador o terapeuta podrían ser mayores de lo que se supone en este tipo de ejercicios verbales cuando se realiza en un contexto clínico.

Una terapia debería poder aislar los efectos de sus técnica de otros factores no específicos que ya son conocidos que pueden influenciar los resultados terapéuticos,

tales como la relación terapeuta-cliente, el contexto social y verbal de las sesiones, y la presión del terapeuta o demandas específicas sobre el cliente, sean éstas intencionadas o no (Rosenthal, 2002, Rosnow, 2002). En un contexto de laboratorio las demandas de la situación pueden incluir pistas y orientaciones sutiles que da el experimentador, atendiendo a sus propias hipótesis, y que podrían influir sin quererlo sobre la conducta del participante en el experimento; pero en un contexto clínico las posibles influencias son mucho mayores, porque no solo ocurren por los deseos y orientación del terapeuta, sino también la autoridad que representa, las expectativas del cliente sobre ese terapeuta, el coste de las sesiones, el entorno físico y social donde se desarrolle la terapia (Kanter, Kohlenberg y Loftus, 2002).

Como hemos hecho referencia, también a lo largo de este trabajo, la base de actuación de la defusión verbal surge desde la RFT, que señala a la transformación de funciones de los estímulos en esos marcos relacionales como una característica fundamental de la teoría. Sin embargo, algunos de nuestros experimentos anteriores en esta área, también señalaba que esa transformación de funciones no es un proceso tan automático y no surge de inmediato en todos los individuos (Ferro y Valero, 2006, 2008). Bajo este paraguas teórico y tras el análisis de los datos encontrados, podríamos afirmar que, al menos aisladamente y como tal ejercicio verbal, la defusión verbal es un proceso del cual no se sabe con rigor científico de qué variables depende, y no se produce de manera tan automática o inmediata como se defiende desde ACT y RFT.

Por otro lado, hipotetizamos que en el caso de que se produzca, las variables que podrían ser responsables, podrían depender del proceso de seguimiento de instrucciones del terapeuta, del moldeamiento que se hace durante la sesión, en definitiva del seguimiento de nuevas reglas, que adquiere el cliente gracias al vínculo existente entre éste y el terapeuta. En definitiva los pacientes cambian sus reglas verbales que le “limitaban la vida” por otras nuevas que le permiten continuar con su vida en contacto directo con las contingencias naturales. El éxito de esta estrategia de trabajo se basaría en crear un contexto verbal nuevo, que teóricamente debe permitir disfrutar de la vida a los pacientes. Alcanzaríamos a decir que la clave de este cambio de función o defusión verbal, se debería quizás a la relación que se establezca entre el terapeuta y el paciente.

En este caso, la utilización en el tercer experimento de todas las instrucciones de forma automática por ordenador, sin intervención alguna del experimentador o terapeuta, redundaría en esta hipótesis: la defusión no es un seguimiento de

instrucciones directas, pero difícilmente se da sin la intervención del terapeuta, con el posible moldeamiento, reforzamiento social y relación terapéutica que se establece en un contexto clínico, que no de laboratorio.

Estos resultados nos han llevado también a reflexionar sobre la replicabilidad de los estudios científicos, y en concreto los que se hacen en Psicología a veces con menos control y menor validez interna que los que se realizan en el resto de ciencias naturales. En este punto ha venido a coincidir con la publicación en *Science* de los datos de un macro-estudio sobre la replicabilidad de los estudios de Psicología (*Reproducibility Project: Psychology*). En este estudio en el que han participado investigadores de todo el mundo durante más de cuatro años (*Open Science Collaboration*, 2015), se han realizado 100 estudios de replicación de las investigaciones aparecidas en tres de las revistas más importantes de Psicología, contando en muchos casos con la colaboración y los datos de los artículos originales. Al comparar los resultados entre los originales y los publicados, como meta-análisis aparecía una amplitud media del efecto de 0.19, que era la mitad del efecto encontrado por los autores originales (0.40). En los estudios originales un 97% mostraban resultados significativos estadísticamente ($p < .05$); sin embargo, solo el 36% de las replications tenían resultados significativos. Respecto a los estudios originales, los resultados encontrados en las replications se encontraban solo dentro del 47% del intervalo de confianza de los originales. El 39% de los efectos se consideraron por parte de los jueces como replications de los resultados originales, y combinando ambos resultados solo el 68% tendría efectos estadísticamente significativos. Además, los datos correlacionales entre ambos tipos de estudios mostraron que el éxito en la replicación dependía más de la potencia y amplitud demostrada por los resultados originales, que por los grupos y características de quienes los realizaron.

La replicabilidad de los estudios no es un campo muy productivo entre las publicaciones, y menos entre las de Psicología. Una de las razones de que no se publiquen investigaciones de replicación es que en las publicaciones profesionales se priorizan las novedades, antes que la repetición de los resultados. Sin embargo, la novedad de las investigaciones no debería estar por delante de la replicación de los hallazgos, por muy novedosa que sea una investigación y sus resultados, si no son

replicables no deberían formar parte del cuerpo de conocimientos de una ciencia. Otra de esas razones es que tampoco se suelen aceptar estudios con resultados negativos, si no hay diferencias entre los grupos o no aparece el efecto hipotetizado inicialmente, entonces no es relevante y no se publica. Las revistas rechazan este tipo de artículos. En principio, para la ciencia son tan importantes los resultados positivos como los negativos. Estos últimos porque ahorran mucho trabajo y exploraciones de fenómenos que ya otros han realizado y no han obtenido evidencias. Pero más aún, en los casos en que los resultados negativos contradicen los de otros equipos de investigación sobre el mismo fenómeno. El proceso de publicación de revistas científicas, donde todas buscan un índice de JCR cada vez mayor, ya no basta estar incluido en dicho índice o indicador de revistas importantes y de impacto, sino que hay que se ha de publicar en el primer cuartil de dichas revistas dentro de la especialidad. Esto hace que una investigación con resultados negativos pueda ser informativa, pero es poco citable, no gusta a los editores y menos a los estudiosos que siempre encuentran resultados positivos.

La replicabilidad de la ciencia es una de sus bases. Un fenómeno que no puede ser repetido por otros investigadores no debe ser dado de válido; y en las ciencias “duras” así ocurre, desde la fusión fría a la clonación de animales. En Psicología, sin embargo, son pocas las publicaciones contradiciendo lo que otros investigadores han encontrado, a lo sumo estudios mejorando los ya realizados que introducen grupos de control y grupos placebo, para mejorar la validez de lo encontrado. En ocasiones, cuando se introducen estos controles experimentales el fenómeno desaparece, y es que en Psicología y sobre todo en psicoterapias hay mucho “efecto placebo”. Esa investigación de *Science* muestra que no es oro todo lo que reluce en los *abstracts*.

Capítulo 8

CONCLUSIONES

Llegados a este punto y tras el análisis de los datos obtenidos de los tres experimentos y el estudio bibliográfico sobre la defusión, hemos de concluir nuestra investigación con las aportaciones que creemos ha supuesto. Por un lado, respecto a la falta de replicación de un fenómeno de “defusión verbal”, en un ejercicio concreto que parece no tener los resultados que aparecen en los casos clínicos. Y por otro, respecto a las innovaciones y cambios metodológicos que han supuesto estas investigaciones respecto al procedimiento llevado a cabo en otros estudios, además de la forma de realizar un análogo experimental que controle las variables que podrían influir en un contexto clínico.

Entendiendo como ciencia el conjunto de comportamientos que nos ayuda a conocer predecir y controlar las variables que influyen en un acontecimiento. En este caso, los datos de los tres experimentos realizados no solo no verifican nuestra hipótesis de inicio en cada experimento, asumiendo algún mecanismo conductual específico que explicase los cambios emocionales tras esos ejercicios de defusión; sino que los resultados en los tres experimentos se empeñan una y otra vez en negar el supuesto efecto de la defusión sobre las emociones de los clientes, aunque se cambien el tipo de estimulación y forma de hacer los ejercicios verbales.

1. Como primera conclusión, pues, podemos afirmar que **en las condiciones aquí experimentadas**, con ejercicios controlados, presentados con instrucciones, por ordenador, con mediciones pre y post, con múltiples estímulos visuales y verbales, con mediciones de múltiples parámetros, y con grupos control comparativos aleatorizados, **no aparece claramente un efecto de defusión verbal, no disminuyen las valoraciones emocionales de los participantes tras realizar ese ejercicio.**

2. Esta falta de efecto de la defusión verbal **se repite en tres experimentos diferentes**, con grupos diferentes y estimulación diferente. Lo cual nos permite asegurar bastante la fiabilidad de los resultados negativos obtenidos. Además, como se ha revisado en la literatura, hay otras investigaciones que tampoco han mostrado el efecto de defusión, o bien han mostrado que su efecto es similar a otras técnicas de distracción o a grupos control.

3. La revisión detallada de la literatura sobre la defusión verbal nos ha permitido afirmar que **los resultados empíricos de las investigaciones de otros autores pueden ponerse entredicho**. Por un lado, algunos tienen poca rigurosidad metodológica, por la muestra, la estimulación, la medición, efectos acumulativos, efectos de repetición de la prueba, regresión a la media, etc. Y por otro, también algunos otros muestran en los resultados brutos y en la descripción detallada de los resultados, unas conclusiones que no son exactamente las que los autores resumen en los *abstracts*.

4. Una diferencia fundamental entre los resultados de otros autores y los encontrados en los experimentos de esta tesis doctoral reside en **el tratamiento de datos y la introducción de mayores controles de validez interna**. Si nuestros resultados se hubiesen obtenido sin grupos controles, solo con mediciones pre-post, con seguridad hubiésemos obtenido las mismas conclusiones que esos otros autores. En algunos casos las puntuaciones de valoración emocional disminuyen y también los tiempos de latencia, pero al hacerlo también el grupo control, invalida esas conclusiones. Además, si a partir de nuestros datos, en vez de utilizar los datos directos tal cual, se hubiese utilizado alguna transformación matemática, como la eliminación de puntuaciones por debajo de un rango, o un algoritmo restando puntuaciones o normalizandola respecto a niveles previos, entonces probablemente también podríamos llegar a las mismas conclusiones sobre la bondad del ejercicio de defusión verbal.

5. El procedimiento de los experimentos **ha incorporado formas automáticas por ordenador** para mostrar la estimulación, registrar las respuestas de los participantes y obtener los datos sin transformación. Además, también se han incluido formas automáticas de presentar las instrucciones, sin que intervenga el experimentador o

terapeuta, lo que ha eliminado el “factor humano” en los posibles resultados que se obtienen con estos ejercicios.

Qué duda cabe que los experimentos aquí realizados pueden tener errores, y podrían haberse hecho mejor, con seguridad. Pero no puede argüirse que tengan fallos para demostrar el posible efecto emocional de la defusión verbal. Los estímulos fotográficos empleados en el segundo experimento están ya más que validados en múltiples estudios sobre emociones y respuestas de condicionamiento clásico de sobresalto, tienen valoraciones ya baremadas con miles de participantes; y además aquí también se ha demostrado que las imágenes escogidas tenían valoraciones diferenciales muy claras para cada grupo (positivas, negativas y neutras). De forma similar, el tercer experimento ha utilizado frases auto-aplicadas que también estaban bien seleccionadas y categorizadas, los datos de todos los participantes las diferenciaban en sus valoraciones como positivas o negativas; además, se han utilizado prácticamente las mismas frases y palabras de los estudios del equipo de Masuda.

Podría argumentarse que el utilizar instrucciones por escrito sobre una pantalla de ordenador no es lo mismo que las dadas verbalmente por el experimentador o terapeuta, y así es. Pero si el efecto de defusión dependiese del terapeuta y cómo da las instrucciones, entonces es que la variable relevante es el terapeuta, no las instrucciones. Precisamente, una línea de investigación que habría de seguir a continuación sería comparar el mismo ejercicio realizado con instrucciones grabadas del terapeuta frente a las instrucciones escritas, o frente a un terapeuta “en vivo”, y así poder estudiar en detalle el tipo de influencia que tiene el terapeuta cuando aplica estos ejercicios durante la terapia ACT.

Un problema que podría argumentarse contra estos experimentos es que han sido realizados por el mismo experimentador. Aunque han sido grabados en video, como forma de control externo, no se han realizado observaciones ni registros sistemáticos para hallar fiabilidad sobre las tareas del experimentador. Sin embargo, ese argumento sería válido si se hubiesen obtenido mejores resultados en uno de los grupos (inicialmente la hipótesis sobre los beneficios de la defusión); pero al tener siempre los mismos resultados nulos y utilizar instrucciones por ordenador en el tercer experimento, puede descartarse la posible influencia de los deseos y expectativas del investigador.

También podría argumentarse que las muestras de participantes son pequeñas y que en su mayoría son estudiantes universitarios, lo cual es cierto. Sin embargo, se han comprobado las condiciones previas de las pruebas estadísticas y los resultados cuantitativos son robustos en todos los casos. Cuando hay cambios pre-post se encuentran indicadores con alta probabilidad de rechazar la hipótesis nula, pero el problema es que esos cambios ocurren en todos los grupos de una forma similar, pero no entre-grupos, que sería la conclusión relevante. Obviamente sería necesario realizar mayor investigación con muestras más amplias, que permitan mayor validez externa, pero los estudios publicados por otros autores no son muy superiores en el N de la muestra, y casi siempre utilizan estudiantes universitarios también.

Podría ocurrir que los resultados fuesen diferentes si se hubiesen utilizado muestras clínicas, bien clientes que acudiesen a consulta con problemas reales a los que se aplicase el ejercicio aunque en un contexto más controlado, o bien voluntarios con diversos problemas clínicos que se caracterizasen por esa fusión cognitiva inicialmente. Quizás por esa razón algunos de los estudios revisados eliminan participantes o recortan las puntuaciones por debajo del 50% en los índices de valoración iniciales, quizás para maximizar los cambios emocionales que se produzcan con la defusión. Pero si fuese así, no se partiría de una investigación experimental con muestras aleatorizadas y condiciones similares iniciales, sino con muestras sesgadas y escogidas para mostrar los efectos deseados. Además, algunos de los estudios han mostrado con personas con problemas clínicos que los efectos de defusión no siempre se producen, y siguen siendo tan válidas la estrategias de control de pensamiento o la de distracción para afrontar sus problemas.

Otra argumentación dada por la terapia ACT como efectos de los ejercicios de la defusión, es que los clientes no necesariamente han de cambiar sus emociones, valorar en menor grado el carácter aversivo de esas emociones y las palabras correspondientes, sino que siendo las mismas, sintiendo lo mismo, actúan de otra forma respecto a ellas. Por un lado, las aceptan y contemplan tal cual son, sin evitarlas, y por otro, actúan con valores personales y valiosos para con ellas. De ahí que suele emplearse también como parámetros la credibilidad de esas palabras y emociones, puesto que el individuo podría seguir teniendo las mismas emociones, pero no se las “creería” y seguiría actuando sin prestarles atención. Según esta argumentación, la persona podría seguir valorando negativamente esas palabras y pensamientos, pero actuaría de forma positiva en su vida,

aunque estuviesen ahí presentes. Si esta argumentación fuese válida, entonces ¿para qué intentar mostrar los efectos de disminución emocional de Masuda y otros?. Es decir, si la disminución de la aversividad de las emociones y de las palabras no es el objetivo, entonces ¿para qué buscar ese beneficio emocional como prueba de su eficacia?.

Precisamente en los experimentos realizados aquí se ha intentado también mostrar si en algún momento ocurriría esa diferencia, por eso se han registrado doblemente las valoraciones como descripciones de las palabras y como emociones que produjesen esas palabras. Si hubiese ese efecto de cambio de contexto verbal, donde la palabra tiene un control estimular y la emoción otro, entonces hubiesen cambiado las puntuaciones que daban los participantes a las fotos y palabras descriptivas, frente a las que daban como valoración emocional de esas mismas fotos y palabras. En todos los casos, los resultados fueron siempre idénticos: no hubo cambios. Podría haberse empleado la valoración de “credibilidad” de esas imágenes y palabras, para una mayor similitud con los demás estudios; sin embargo, se consideró que eran ya muy numerosos los parámetros de evaluación (cuestionarios, palabras, emociones, latencia) y una más solo complicaría más el análisis claro de los posibles resultados.

Por último, aunque los resultados hayan sido negativos, son valiosos para el avance en el conocimiento de este fenómeno. Evidentemente la terapia de ACT es eficaz y efectiva, nuestra experiencia clínica también nos lo confirma. Sin embargo, las técnicas que utiliza ACT, y este tipo de ejercicios verbales en concreto, no están tan comprobados científicamente. Una técnica de tratamiento psicológico ha de demostrar no solo su eficacia, sino también porqué es eficaz. De otro modo estaríamos ante terapias “supersticiosas” que funcionan pero no se sabe porqué. No es precisamente esta la base de ACT y de otras terapias de tercera generación, por lo que resulta fundamental comprobar en condiciones controladas cómo funcionan las técnicas que se utilizan en la clínica diaria.

Nuestra tesis creemos que ayuda al avance científico, si bien no demuestra cuáles son las variables que producen un fenómeno como la defusión, sí que aportan nuevo conocimiento por cuanto tienen de falsación y de refutación de ese fenómeno que otros autores consideran como asentado y bien comprobado. Es necesario que tomemos estos resultados como muestra de lo que debe experimentarse en el área clínica, con los tratamientos psicológicos. No solo basta con afirmar que sean “tratamientos empíricamente validados”, sino que se conozcan las variables exactas que hacen que

funcionen. Los errores cometidos en la investigación clínica y experimental pueden ser fructíferos, si se hace un esfuerzo por corregirlos, con rigurosidad y honestidad.

Si entendemos que la ciencia debe caracterizarse por ser auto-correctiva y que ésta depende de la interacción entre el comportamiento del científico y el contexto en el que investiga, entonces el conocimiento científico ha de derivarse de las interacciones con eventos reales, no con formulaciones culturales o sociales, ni con opiniones de autoridad. Precisamente como argumento de autoridad, siguiendo los escritos de Kantor y de Skinner, nuestro éxito científico está en función de la forma como nos aproximemos a nuestro campo de operación (observación, manipulación e inferencia) y a las construcciones a partir de las operaciones (proposiciones y leyes), y no basarse solo en los datos que sean los esperados por la comunidad científica, o los esperados por nosotros mismos como investigadores. La replicación y la falsación también son partes fundamentales del avance científico.

Las conclusiones de esta tesis no solo están apoyadas en los datos obtenidos empíricamente, y con una metodología científica que consideramos rigurosa y parsimoniosa; también se apoyan en diferentes investigaciones publicadas que arrojan dudas sobre el fenómeno de la defusión verbal. Sin embargo, estas últimas no son tan difundidas ni tan citadas como las que presentan resultados positivos sobre el fenómeno. Muchos de los estudios revisados muestran errores metodológicos, pero han sido aceptados y publicados. Da la impresión que la ciencia psicológica en ciertos ámbitos, se ha convertido en un producto de mercado, y algunas revistas se han convertido en folletos publicitados de terapias concretas, donde no tienen cabida los datos que contradicen a estas terapias. Desde esta tesis defendemos una ciencia auto-crítica, y más aún desde el ámbito del *Análisis de Conducta*, caracterizada por la rigurosidad metodológica, la investigación inductiva y parsimoniosa, donde influyen los datos más que el argumento de autoridad.

Así, pues, esperamos que –siendo siempre mejorable– la presente tesis doctoral aporte un pequeño grano de arena en la investigación experimental y rigurosa sobre las terapias de tercera generación. La utilización de estas terapias no debe ser un acto de fe para el psicólogo clínico, sino una convicción basada en hechos.

Capítulo 9

REFERENCIAS

- Aramburu, B. (1996). La terapia dialéctica conductual para el trastorno límite de la personalidad (Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder). *Psicología Conductual*, 4(1), 123-140.
- Arch, J. J., y Craske, M. G. (2008). Acceptance and commitment therapy and cognitive behavioral therapy for anxiety disorders: Different treatments, similar mechanisms? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15, 263–279
- Atkins, D. C., Eldridge, K., Baucom, D., y Christensen, A. (2005). Infidelity and behavioral couple therapy: Optimism in the face of betrayal. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 144-150.
- Augustson, E.M. y Dougher, M.J. (1997). The transfer of avoidance evoking mfunctions through stimulus equivalence classes. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 28, 181-191.
- Bach, P., y Hayes, S.C. (2002). The use of Acceptance and Commitment Therapy to prevent rehospitali- zation of psychotic patients: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1129-1139.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Lykins, E., Button, D., Krietemeyer, J., Sauer, S., et al. (2008). Construct validity of the Five Facet Mindfulness Questionnaire in meditating and non-meditating samples. *Assessment*, 15, 329–342.
- Baer, R.A. (2009). Self-focused attention and mecanism of change in mindfulness-based treatment. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38, 15-20.
- Barnes-Holmes, D., Cochrane, A., Barnes-Holmes, Y., Stewart, I., y McHugh, L. (2004). Psychological acceptance: Experimental analysis and theoretical interpretations. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4, 517-531.
- Barnes-Holmes, D., Rodríguez Valverde, M., y Whelan, R. (2005). La teoría de los marcos relacionales y el análisis experimental del lenguaje y la cognición. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37, 255-275. [Relational Frame Theory and the experimental analysis of language and cognition. *Latinamerican Journal of Psychology*, 37, 255-275.
- Barnes-Holmes, D., Staunton, C., Barnes-Holmes, Y., Whelan, R., Stewart, I., Commins, S., Walsh, D., Smeets, P., y Dymond, S. (2004). Interfacing Relational Frame Theory with cognitive neuroscience: Semantic priming, The Implicit Association Test, and event related potentials. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4, 215-240.
- 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.
- 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(2), 355-375.

- Barnes, D.; Barnes, Y.; Smeeth, P.; Cullinam V. y Leader, G. (2004). Relational Frame Theory and stimulus equivalence: Conceptual and procedural issues. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* 4 (2):181-214.
- Barnes, Y.; Barnes, D.; Smeets, P.; Strand, P. y Friman, P. (2004). Establishing relational responding in accordance with more than and less than as generalized operant behavior in young children. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* 4(3):531-558.
- Barraca, J. (2004). Spanish adaptation of the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ). *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4(3), 505-515.
- Barraca, J. (2006). Las terapias de conducta de tercera generación: ¿parientes políticos o hermanos carnales? (Editorial del monográfico). *EduPsykhé. Revista de Psicología y Educación*, 5(2), 147-157.
- Barraca, J. (2011). Aceptación o control mental. Terapias de aceptación y mindfulness frente a las técnicas cognitivo-conductuales para la eliminación de pensamientos intrusos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 37(155), 43-63.
- Barraca, J. (2004). Adaptation of the Acceptance and Action Questionnaire AAQ. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 4(3). 505-515.
- Baucom, K. J. W., Servier, M., Eldridge, K. A., Doss, B. D., y Christensen, A. (2011). Observed communication in couples two years after integrative and traditional behavioral couple therapy: Outcome and Link with five-years follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 565-576.
- Baum, W. M. (1994). *Understanding behaviorism: Science, behavior, and culture*. New York
- Berman, M.; Boutelle, K. y Crow, S. (2009) A case series investigating Acceptance and Commitment Therapy as a treatment for previously treated, unremitted patients with anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review* 17. 426-434.
- Bijou, S. W. (1965). Experimental studies of child behavior, normal and deviant. En L. Krasner y L. P. Ullman (Eds.), *Research in Behavior Modification* (pp. 56-81). Nueva York: Holt, Rinehart, y Winston.
- Blackledge, J. T. (2007). Disrupting verbal processes: Cognitive defusion in Acceptance and Commitment Therapy and other Mindfulness-based Psychotherapies. *The Psychological Record*, 57(4), 555 - 577.
- Blackledge, J. T., y Hayes, S. C. (2001). Emotion regulation in Acceptance and Commitment Therapy. *JCLP/In Session: Psychotherapy in Practice*, 57(2), 243-255.
- Blackledge, J. T., y Hayes, S. C. (2006). Using Acceptance and Commitment Training in the Support of Parents of Children Diagnosed with Autism. *Child y Family Behavior Therapy*, 28(1), 1-18
- Block, J.A. (2002). *Acceptance or change of private experiences: A comparative analysis in college students with public speaking anxiety*. Unpublished doctoral dissertation, University at Albany, State University of New York.
- Bonds, F.W., Hayes, S.C., Baer, R.A., Carpenter, K.M., Guenole, N., Orcutt, H.K., Waltz, T., y Zettle, R.D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire – II: A revised measure of psychological flexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42, 676-688.
- Bradley, M.M., Lang, P.J., y Cuthbert, B.N. (1993). Emotion, novelty, and the startle reflex: Habituation in humans. *Behavioral Neuroscience*, 107(6), 970-980.

- Branstetter-Rost, A., Cushing, C., y Douleh, T. (2009). Personal values and pain tolerance: Does a values intervention add to acceptance? *The Journal of Pain*, 10(8), 887-892.
- Branstetter, A.D., Wilson, K.G., Hildebrandt, M., y Mutch, D. (2004). *Improving psychological adjustment among cancer patients: ACT and CBT*. Comunicación presentada en la Association for Advancement of Behavior Therapy, New Orleans.
- Broome, R., Gard, D.E., y Mikels, J.A. (2012). Test-retest reliability of an emotion maintenance task. *Cognition and Emotion*, 26(4), 737-747.
- Bush, J. (2013). *Effectiveness of a computer-based cognitive defusion intervention for believability and discomfort of problematic thoughts in adolescents with autism*. Tesis doctoral presentada en la Universidad de Carbondale, Souther Illinois.
- Calvete, E. y Connor-Smith, J. (2005). Automatic thoughts and psychological symptoms: A Cross-Cultural Comparison of American and Spanish students. *Cognitive Therapy and Research*, 29(2), 201-207.
- Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A., y Hofmann, S. G. (2006). Effects of suppression and acceptance on emotional responses on individuals with anxiety and mood disorders. *Behavior Research and Therapy*, 44, 1251-1263.
- Cano, A. y Vivian, D. (2001). Life stressors and husband-to-wife violence. *Aggression and Violent Behavior*, 6, 459-460.
- Carrascoso, F. J., y Valdivia-Salas, S. (2009). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in the treatment of panic disorder: Some considerations from the research on basic processes. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 9, 299-315.
- Catania, A.C., Matthews, B.A., Shimoff, E. (1990). Properties of rule-governed behavior and their implications. In: D. E. Blackman y H. Lejeune. (Eds.), *Behavior Analysis in Theory and Practice* (pp. 215-230). Hove and London, UK: Erlbaum
- Christensen, A., Atkins, D. C., Baucom, B., y Yi, J. (2010). Marital status and satisfaction five years following randomized clinical trial comparing traditional versus integrative behavioral couple therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 225-235.
- Christensen, A., y Jacobson, N. S. (2000). *Reconcilable differences*. New York: Guilford Press.
- Cochrane, A., Barnes-Holmes, D., Barnes-Holmes, Y., Stewart, I., y Luciano, C. (2007). Experiential avoidance and aversive visual images: Response delays and event related potentials on a simple matching task. *Behavior Research and Therapy*, 45, 1379-1388.
- Codispoti, M., Bradley, M.M., y Lang, P.J. (2001). Affective reactions to briefly presented pictures. *Psychophysiology*, 38, 474-478.
- Codispoti, M., Ferrary, V., y Bradley, M.M. (2006). Repetitive picture processing: Autonomic and cortical correlates. *Brain Research*, 1068, 213-220.
- Cordova, J. (2003). Behavior analysis and the scientific study of couples. *The Behavior Analyst*, 3 (4), 412-415.
- Cordova, J. V., Jacobson, N. S., y Christensen, A. (1998). Acceptance versus change interventions in behavioral couple therapy: impact on couples' in-session communication. *Journal of Marital and Family Therapy*, 24, 437-455.
- Cuijpers P (1997) Bibliotherapy in unipolar depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 28: 139-147

- Cuijpers, P., van Straten, A. y Warmerdam, L. (2007). Behavioral activation treatments of depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27, 318- 326.
- Cullen, J. M., Stapes, C. R., Pagoto, S. y Doran, N. (2006). Behavioral activation treatment for major depressive disorder: a pilot investigation. *The Behavior Analyst Today*, 7, 151-166.
- Dahl, J., Wilson, K.G., y Nilsson, A. (2004). Acceptance and Commitment Therapy and the treatment of persons at risk for long-term disability resulting from stress and pain symptoms: A preliminary randomized trial. *Behavior Therapy*, 35, 785-801.
- Dahl, J.A., Wilson, K.G., Luciano, M.C., y Hayes S.C. (2005). *Acceptance and commitment therapy for chronic pain*. Reno: Context Press.
- Deacon, B.J., Fawzy, T.I., Lickel, J.J., y Wolitzky, K.B. (2011). Cognitive defusion versus cognitive restructuring in the treatment of negative self-referential thoughts: An investigation of process and outcome. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 25(3), 218-232.
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R. Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C., Van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema* 18(3), 571-576
- Dimidjian, S., Hollon, S.D., Dobson, K.S., Schmalting, K.B., Kohlenberg, R.J., Addis, M.E., Gallop, R., McGlinchey, J.B., Markley, D.K., Gollan, J.K., Atkins, D.C., Dunner, D.L. y Jacobson, N.S. (2006). Randomized Trial of Behavioral Activation, Cognitive Therapy, and Antidepressant Medication in the Acute Treatment of Adult. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74 (4), 658-670.
- Dimidjian, S., Martell, C. R., y Christensen, A. (2008). Integrative behavioral couple therapy. In: A. S. Gurman (Ed.), *Clinical Handbook of Couple Therapy* (4th ed., pp. 73-107). New York: The Guilford Press
- Dobson, K. S., Hollon, S. D., Dimidjian, S., Schmalting, K. B., Kohlenberg, R. J., Gallop, R., et al. (2008). Randomized Trial of Behavioral Activation, Cognitive Therapy, and Antidepressant Medication in the Prevention Relapse and Recurrence in Major Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 468-477.
- Doss, B. D., Thum, Y. M., Sevier, M., Atkins, D. C., y Christensen, A. (2005). Improving relationships: Mechanisms of change in couple therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 624-633.
- Dougher, M.J. y Markham, M.R. (1994). Stimulus equivalence, functional equivalence and the transfer of function. En S.C. Hayes, L.J. Hayes, M. Sato y K. Ono (eds.). *Behavior Analysis of Language and Cognition*. (pp. 137-152). Reno: Context Press.
- Dunn, B. D., Billotti, D., Murphy, V., Dalgleish, T. (2009). The consequences of effortful emotion regulation when processing distressing material: a comparison of suppression and acceptance. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 761-73.
- Dymond, S., y Barnes, D. (1994). A transfer of self-discrimination response functions through equivalence relations. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 62(2), 251-267.
- Eifert, G. H., y Heffner, M. (2003). Effects of acceptance versus control contexts on avoidance of panic-related symptoms. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 34, 293-312.
- Epstein, N. B., y Baucom, D. H. (2002). *Enhanced cognitive-behavioral therapy for couples: A contextual approach*. Washington, DC: American Psychological Association.

- Esposito, N. J., y Pelton, L. H. (1971). Review of the measurement of semantic satiation. *Psychological Bulletin*, 75, 330-346.
- Esteve, R., y Ramírez, C. (2013). Pain fear avoidance and pain acceptance: A cross-sectional study comparing their influence on adjustment to chronic pain across three samples of patients. *Annals of Behavioral Medicine*, 46(2), 169-180.
- Eysenk, H.J. (1979). *Experimentos en terapia de conducta*. Madrid: Fundamentos.
- Fabricant, L.E., Abramowitz, J.S., Dehlin, J.P., Twohig, M.P. (2013). A comparison of two brief interventions for obsessional thoughts: exposure and acceptance. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 27(3), 195-209.
- Feldner, M. T., Hekmat, H., Zvolensky, M. J., Vowles, K., E., Secrist, Z., y Leen-Feldner, E. W. (2006). The role of experiential avoidance in acute pain tolerance: A laboratory test. *Journal of Behavior Therapy y Experimental Psychiatry*, 37(2), 146-158.
- Feldner, M. T., Zvolensky, M. J., Eifert, G. H., y Spira, A. P. (2003). Emotional avoidance: an experimental test of individual differences and response suppression using biological challenge. *Behaviour Research and Therapy*, 41(4), 403-411.
- Felman, G., Greeson, J., y Senville, J. (2010). Differential effects of mindful breathing, progressive muscle relaxation, and loving-kindness meditation on decentering and negative reactions to repetitive thoughts. *Behavior Research and Therapy*, 48, 1002-1011.
- Fernández, R., Secades, R., Terrados, N., García, E., y García, J.M. (2004). Efecto de la hipnosis y de la terapia de aceptación y compromiso (ACT) en la mejora de la fuerza física en piragüistas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 481-493.
- Ferro-García, R., Valero-Aguayo, L. y López-Bermúdez, M. A. (2007). Novedades y aportaciones desde la Psicoterapia Analítica Funcional. *Psicothema*. 19(3), 452-458.
- Ferro, R. y Valero, L. (2006). Transfer of function of visual stimuli through equivalence relations with verbal stimuli. *European Journal of Behavior Analysis*, 7(1), 15-24.
- Ferro, R. y Valero, L. (2008). Transfer of function through equivalent relations using pictures with strong emotional content. *European Journal of Behavior Analysis*, 9(1), 1, 13-27
- Ferster, C. B. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist*, 28, 850-870.
- Follete, W.C., Naugle, A.E., y Callaghan, G.M. (1996). A radical behavioral understanding of the therapeutic relationship in effecting change. *Behavior Therapy*, 27(4), 623-641.
- Forman, E.M., Hoffman, K.L., McGrath, K.B., Herbert, J.D., Brandsma, L.L. y Lowe, M.R. (2007). A comparison of acceptance- and control-based strategies for coping with food cravings: An analog study. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2372-2386.
- García Palacios, A. (2006). La terapia dialéctico comportamental. *EduPsykhé*, 5(2), 255-271.
- Gardner, H. (2011). *La nueva ciencia de la mente: Historia de la revolución cognitiva*. Madrid: Paidós.
- Gaudiano, B.A. (2009). Öst's (2008) Methodological comparison of clinical trials of Acceptance and Commitment Therapy versus Cognitive Behavior Therapy: Matching apples with oranges?. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 1066-1070.

- Gaudiano, B.A. (2011). Evaluating Acceptance and Commitment Therapy: An analysis of a recent critique. *The International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7(1), 55-67.
- Gaudiano, B.A., y Herbert, J.D. (2006). Believability of hallucinations as a potential mediator of their frequency and associated distress in psychotic inpatients. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 34, 497-502.
- Gifford, E.V., Kohlenberg, B.S., Hayes, S.C., Antonuccio, D.O., Piasecki, M.M., Rasmussen-Hall, M.L., y Palm, K.M. (2004). Applying a functional acceptance based model to smoking cessation: An initial trial of Acceptance and Commitment Therapy. *Behavior Therapy*, 35, 689-705.
- Grant, L. y Evans, A. (1994). *Principles of Behavior Analysis*. Nueva York: HarperCollins College Publishers.
- Gratz, K.L., y Gunderson, J.G. (2006). Preliminary data on acceptance-based emotion regulation group intervention for deliberate self-harm among women with Borderline Personality Disorder. *Behavior Therapy*, 37, 25-35.
- Gregg, J.A., Callaghan, G.M., Hayes, S.C., y Glenn-Lawson, J.L. (2007). Improving diabetes self-management through acceptance, mindfulness, and values: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 336-343.
- Gross, J. J., y Levenson, R. W. (1993). Emotional suppression: Physiology, self-report, and expressive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 970-986.
- Gross, J. J., y Levenson, R. W. (1997). Hiding feelings: The acute effects of inhibiting positive and negative emotions. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 95-103.
- Gross, J.J., y John, O.P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348-362
- Gutiérrez-Martínez, O., Luciano-Soriano, M. C., y Valdivia, S. (2005). Change of self-efficacy verbalizations and derivation of functions. *Psicothema*, 17, 625-630.
- Gutierrez, O., Luciano, M. C., Rodríguez, M., y Fink, B. (2004). Comparison between an acceptance-based and a cognitive-control-based protocol for coping with pain. *Behavior Therapy*, 35, 767-783
- Hanstead, M., Gidron, Y., y Nyklicek, I. (2008). The effects of a mindfulness intervention on obsessive-compulsive symptoms in a non-clinical student population. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196, 776-779.
- Harris, R., y Haes, S. (2009). *ACT made simple: An easy-to-read primer on Acceptance and Commitment Therapy*. New York: New Harbinger Pub.
- Harvey, A., Watkins, E., Mansell, W., & Shafran, R. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Hayes, S. C. (1987). A contextual approach to therapeutic change. In N. Jacobson (Ed.), *Psychotherapists in clinical practice: Cognitive and behavioral perspectives* (pp. 327-387). New York: Guilford.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., y Roche, B. (Eds.). (2001). *Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian account of human language and cognition*. New York: Plenum Press

- Hayes, S. C., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A., y Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes, and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25
- Hayes, S. C., Wilson, K. W., 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., 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., Zettle, R. D., y Rosenfarb, I. (1989). Rule following. In S. C. Hayes (Ed.), *Rule-governed behavior: Cognition, contingencies, and instructional control* (pp. 191-220). New York: Plenum.
- Hayes, S., (2009) Prólogo. En Wilson, K.G., y Luciano, C., *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) un tratamiento conductual orientado a los valores* (4 Ed.) (pp.15-17). Madrid: Pirámide
- Hayes, S.C. (2004a). Acceptance and commitment therapy and the new behaviour therapies. En S.C. Hayes, V.M. Follette y M.M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition* (pp. 1-29). Nueva York: The Guilford Press.
- Hayes, S.C. (2013). *Sal de tu mente, entra en tu vida: La nueva Terapia de Aceptación y Compromiso*. Bilbao: Desclée de Brower.
- Hayes, S.C. y Strosahl, K.D. (2004). *A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy*. New York: Springer.
- Hayes, S.C., Barnes-Holmes, D., y Roche, B. (2002). *Relational Frame Theory: A post-skinnerian account of human language and cognition*. New York: Kluwer Academic Publ.
- Hayes, S.C., Bissett R., Roget, N., Padilla, M., Kohlenberg, B.S., Fisher, G., Masuda, A., Pistorello, J., Rye, A., Berry, K., y Niccolls, R. (2004). The impact of Acceptance and Commitment Therapy and multicultural training on the stigmatizing attitudes and professional burnout of substance abuse counselors. *Behavior Therapy*, 35, 821-835.
- Hayes, S.C., Bissett, R.T., Korn, Z., Zettle, R.D., Rosenfarb, I.S., Cooper, L.D. y Grundt, A.M. (1999). The impact of acceptance versus control rationales on pain tolerance. *The Psychological Record*, 49, 33-47.
- Hayes, S.C., Bissett, R.T., Strosahl, K.D., Wilson, K.D., Pistorello, J., Dykstra, T.A., et al. (2000). *Psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ)*. Manuscrito no publicado. Versión española Barraca, 2004).
- Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F., Masuda, A., y Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D. y Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy. An experimental approach to behaviour change*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., y Wilson, K.G. (2012). *Terapia de Aceptación y Compromiso: Proceso y práctica del cambio consciente mindfulness*. Bilbao: Desclée de Brower.
- Hayes, S.C., Wilson, K.G., Gifford, E.V., Bissett, R., Piasecki, M., Batten, S.V., Byrd, M., y Gregg, J. (2004). A randomized controlled trial of twelve-step facilitation and Acceptance and Commitment Therapy with polysubstance abusing methadone maintained opiate addicts. *Behavior Therapy*, 35, 667-688.

- Hayes, S.C., y Plumb, J.C. (2007). Mindfulness from the bottom up: Providing an inductive framework for understanding mindfulness processes and their application to human suffering. *Psychological Inquiry: An International Journal for the Advancement of Psychological Theory*, 18(4), 242-248.
- 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., Strosahl, K. D., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., Polusny, M., A., Dykstra, T. A., Batten, S. V., Bergan, J., Stewart, S. H., Zvolensky, M. J., Eifert, G. H., Bond, F. W., Forsyth J. P., Karekla, M., y McCurry, S. M. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record*, 54, 553-578.
- Hayes, S.C. y Strosahl, K.D. (2004). *A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy*. New York: Springer Science and Business Media.
- Healy, H., Barnes-Holmes, Y., Barnes-Holmes, D., Keogh, C., Luciano, C., y Wilson, K. (2008). An experimental test of a cognitive defusion exercise: coping with negative and positive self-statements. *The Psychological Record*, 58, 623-640.
- Healy, H., Barnes-Holmes, Y., Barnes-Holmes, D., Keogh, C., Luciano, C., y Wilson, K. (2008). An experimental test of a cognitive defusion exercise: Coping with negative and positive self-statements. *The Psychological Record*, 58, 623-640.
- Hepburn, S. R., Crane, C., Barnhofer, T., Duggan, D. S., Fennell, M. J. V., y Williams, J. M. G. (2009). Mindfulness-based cognitive therapy may reduce thought suppression in previously suicidal participants: Findings from a preliminary study. *British Journal of Clinical Psychology*, 48, 209-215.
- Hofmann, S. G., Heering, S., Sawyer, A. T., y Asnaani, A. (2009). How to handle anxiety: The effects of reappraisal, acceptance, and suppression strategies on anxious arousal. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 389-39.
- Hofmann, S.G. y Asmundson, G.J.G. (2008) Acceptance and mindfulness-based therapy: New wave or old hat. *Clinical Psychology Review*, 28: 1-16.
- Hollon, S.C. y Beck, A.T. (1979). Cognitive therapy of depression. En P.C. Kendall y S.D. Barlow (eds.). *Cognitive-behavioral intervention: Theory, research and procedures* (pp.153-203). New York: Academic Press.
- Hooper, N., y McHugh, L. (2013). Cognitive defusion versus thought distraction in the mitigation of learned helplessness. *The Psychological Record*, 63, 209-218.
- Hopko, D. R., Bell, J. L., Armento, M. E. A., Hunt, M. K., y Lejuez, C. W. (2005). Behavior therapy for depressed cancer patients in primary care. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42, 236-243.
- Hopko, D. R., Lejuez, C. W., LePage, J. P., Hopko, S. D. y McNeil, D. W. (2003). A brief behavioural activation treatment for depression. A randomized pilot trial within an inpatient psychiatric hospital. *Behavior Modification*, 27, 458-469.
- Hopko, D. R., Lejuez, C. W., Ruggiero, K. J. y Eifert, G. H. (2003). Contemporary behavioral activation treatments for depression: procedures, principles, and progress. *Clinical Psychology Review*, 23, 699-717.
- Hopko, D. R., Lejuez, C. W., y Hopko, S. D. (2004). Behavioral activation as an intervention for co-existent depressive and anxiety symptoms. *Clinical Case Studies*, 3, 37-48
- Ingram, R. E. (1990). Self-focused attention in clinical disorders: Review and a conceptual model. *Psychological Bulletin*, 107, 156-176.
- Jacobson, N. S., Christensen, A., Prince, S. E., Cordova, J., y Eldridge, K. (2000). Integrative behavioral couple therapy. An acceptance-based, promising new

- treatment for couple discord. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 351-355.
- Jacobson, N. S., Dobson, K. S. Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., et al. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 295-304.
- Jacobson, N. S., Martell, C. R. y Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 255-270.
- Jacobson, N. S., y Margolin, G. (1979). *Marital therapy: Strategies based on social learning and behavior exchange principles*. New York: Brunner/Mazel.
- Jacobson, N., Y Christensen, A (1996) *Acceptance and Change in Couple Therapy. A Therapist's guide to transforming relationships*. New York: Norton
- Jacobson, N.S. y Christensen, A. (1996). *Integrative Couple Therapy: promoting acceptance and change*. Nueva York: Norton.
- Jacobson, N.S., Christensen, A., Prince, S.E., Cordova, J. y Eldrige (2000). Integrative behavioral couples therapy: An acceptance-based promising new treatment for marital discord. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 351-355.
- Jacobson, N.S., Martell, C. R., y Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation therapy for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 255-270.
- Jakobovits, L.A. (1965). Semantic satiation in concept formation. *Psychological Reports*, 17, 113-114.
- Kabat-Zinn, J. (2004). *Vivir con plenitud las crisis: Cómo utilizar la sabiduría del cuerpo y de la mente para afrontar el estrés, el dolor y la enfermedad*. Barcelona; Kairós (original 1990).
- Kanter, J. W., Kohlenberg, R. J., y Loftus, E. F. (2002). Demand characteristics, treatment rationales, and cognitive therapy for depression. *Prevention and Treatment*, 5(1), article 41.
- Kanter, J. W., Rusch, L. C., Busch, A. M., y Sedivy, S. K. (2009). Validation of the behavioral activation for depression scale (BADs) in a community sample with elevated depressive symptoms. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31, 36-42.
- Kanter, J. W., Tsai, M. y Kohlenberg, R. J. (2010a). *The Practice of Functional Analytic Psychotherapy*. New York: Springer.
- Kanter, J.W., Busch, A.M. y Rusch, L.C. (2011). *Activación Conductual: Refuerzos positivos ante la depresión*. Madrid: Alianza Editorial.
- Kanter, J.W., Busch, A.M., y Rusch, L.C. (2009). *Behavioral Activation: Distinctive Features*. London: Routledge .
- Kanter, J.W., Kohlenberg, R.J. y Loftus, E.F. (2004). Experimental and psychotherapeutic demand characteristics and the cognitive therapy rationale: an analogue study. *Cognitive Therapy and Research*. 28 (2). 229-239.
- Kanter, J.W., Parker, C.R., y Kohlenberg, R.J. (2001). Finding the self: A behavioral measure and its clinical implications. *Psychotherapy*. 38 (2). 198-211.
- Karekla, M., Forsyth, J. P., y Kelly, M. M. (2004). Emotional avoidance and panicogenic responding to a biological challenge procedure. *Behavior Therapy*, 35(4), 725-746.
- Kazdin, A.E. (1983). *Historia de la Modificación de Conducta*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

- Kendall, P. C. y Hollon, S. D. (1989). Anxious self-talk: Development of the Anxious Self-Statements Questionnaire (ASSQ). *Cognitive Therapy and Research*, 13(1), 81-93.
- Keogh, E., Bond, F. W., Hanmer, R., y Tilston, J. (2005). Comparing acceptance and control-based coping instructions on the cold-pressor pain experiences of healthy men and women. *European Journal of Pain*, 9, 591-598
- Kingston, T., Dooley, B., Bates, A., Lawlor, E., & Malone, K. (2007). Mindfulness-based cognitive therapy for residual depressive symptoms. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 80, 193-203.
- Koerner, K., Jacobson, N. y Christensen, A. (1994). *Emotional Acceptance in Integrative Behavioral Couple Therapy*. En Hayes, S. C., Jacobson, N. S., Follette, V. M. y Dougher, M. J. (Eds.), *Acceptance and Change: Content and Context in Psychotherapy* (pp. 109-118). Reno: Context Press.
- Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. (1987). Functional analytic psychotherapy. En N. S. Jacobson (Ed.), *Psychotherapists in clinical practice: Cognitive and behavioral perspectives* (pp. 388-443). Nueva York: Guilford Pres.
- Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy. Creating intense and curative therapeutic relationship*. Nueva York: Plenum Press. (traducción en español en el Servicio de Publicaciones Universidad de Málaga, 2007)
- Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. (1994a). Functional Analytic Psychotherapy: A behavioral approach to treatment and integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 4, 175-201.
- Kohlenberg, R. J., Tsai, M., Kanter, J. W. y Parker, C. R. (2009). Self and Mindfulness. En M. Tsai, R. J. Kohlenberg, J. W. Kanter, B. Kohlenberg, W.C. Follette, y G. M. Callaghan, G.M. (Eds). *A Guide to Functional Analytic Psychotherapy. Awareness, Courage, Love and Behaviorism*. (pp.: 103-130). New York: Springer.
- Kohlenberg, R.J. y Tsai, M. (2001). Hablo, luego existo: una aproximación conductual para entender los problemas del yo. *Escritos de Psicología*, 5, 58-62.
- Kohlenberg, R.J., Tsai, M., Ferro García, R., Valero, 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 (2), 37-67.
- Kröger, C., Schweiger, U., Sipos, V., Arnold, R., kahl, K. G., Rudolf, S. y Reinecker, H. (2006). Effectiveness of dialectical behavior therapy for borderline personality disorder in an inpatient setting. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1211-1217.
- Kuhn, T. S. (1962). *The structure of scientific revolutions*. Chicago: University of Chicago Press.
- La Rosa, J., Díaz-Loving, R. (1991). Evaluación del autoconcepto: una escala multidimensional. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 23(01). 15-33.
- Labrador, F. J. (2008). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Pirámide.
- Lambert, W.E., y Jakobovits, L.A. (1960). Verbal satiation and changes in the intensity of meaning. *Journal of Experimental Psychology*, 60, 376-383.
- Lang, P.J., Bradley, M.M. y Cuthbert, B.N. (1999). *International Affective Picture System (IAPS: Affective rainings of pictures and instruction manual*. Technical Report A-6. Gainesville, Florida: University of Florida.

- Lang, P.J., Bradley, M.M. y Cuthbert, B.N. (2008). *International Affective Picture System (IAPS): Affective ratings of pictures and instruction manual. Technical Report A-8*. Gainesville, Florida: University of Florida.
- Lejuez, C. W., Hopko, D. R., LePage, J. P., Hopko, S. D. y McNeil, D. W. (2001). A brief behavioral activation treatment for depression. *Cognitive and Behavioral Practice, 8*, 164-175.
- Lejuez, C. W., Hopko, D. R. y Hopko, S. D. (2001). A brief behavioral activation treatment for depresión. *Treatment manual. Behavior Modification, 25*, 255-286.
- Lejuez, C. W., Hopko, D. R. y Hopko, S. D. (2002). *The brief Behavioral Activation Treatment for Depression (BATD): A comprehensive patient guide*. Boston, MA: Pearson Custom Publishing.
- Lejuez, C. W., Hopko, D. R., Levine, S., Gholkar, R., y Collins, L. M. (2005). *Therapeutic Alliance in Behavior Therapy. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 42*, 456-468.
- Lejuez, C. W., Hopko, D. R., y Daughters, S. B. (2005). A Mental Health Counselor's Guide to the Brief Behavioral Activation Treatment for Depression (BATD). In *New Directions in Mental Health Counseling* (pp. 81-90). Long Island City, NY: The Hatherleigh Company.
- Levin, M., y Hayes, S.C. (2009). Is acceptance and commitment therapy superior to established treatment comparisons? *Psychotherapy and Psychosomatics, 78*, 380.
- Levins, R. y Lewontin, R. (1985). *The dialectical biologist*. Cambridge MA: Harvard University Pres.
- Levitt, J. T., Brown, T. A., Orsillo, S. M., y Barlow, D. H. (2004). The effects of acceptance versus suppression of emotion on subjective and psychophysiological response to carbon dioxide challenge in patients with panic disorder. *Behavior Therapy, 35*, 747-766.
- Lillis, J., y Hayes, S.C. (2007). Applying acceptance, mindfulness, and values to the reduction of prejudice: A pilot study. *Behavior Modification, 31*, 389-411.
- Linehan, M. (1993a) *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Nueva York: Guilford Press.
- Linehan, M. (1993b) *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. Nueva York: Guilford Press.
- Linehan, M. M., Dimeff, L. A., Reynolds, S. K., Comtois, K. A., Welch, S. S., Heagerty, P. y Kivlahan, D. R. (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependency, 1*, 1-14.
- Liverant, G. I., Brown, T. A., Barlow, D. H. y Roemer, L. (2008). Emotion regulation in unipolar depression: the effects of acceptance and suppression of subjective emotional experience on the intensity and duration of sadness and negative affect. *Behaviour Research and Therapy, 46*, 1201-1209.
- Liverant, G. I., Brown, T. A., Barlow, D. H. y Roemer, L. (2008). Emotion regulation in unipolar depression: the effects of acceptance and suppression of subjective emotional experience on the intensity and duration of sadness and negative affect. *Behaviour Research and Therapy, 46*, 1201-1209.
- López, A. y Pascual, R. (2012). Análisis funcional de la conducta verbal del terapeuta en el tratamiento de un caso de ansiedad. *Clinica y Salud, 23*(2), 181-195.
- Luciano, J.V., y Algarabel, S. (2007). Analysis of the efficacy of different thought suppression strategies. *International Journal of Psychological and Psychological Therapy, 7*(3), 335-345.

- Luciano, M. C. (2001). Sobre el trastorno de evitación experiencial (TEE) y la terapia de aceptación y compromiso (ACT). En C. Luciano (Ed.), *Terapia de aceptación y compromiso (ACT): Libro de casos* (pp. 3-18). Valencia: Promolibro.
- Luciano, M. C., Barnes-Holmes, Y., y Barnes-Holmes, D. (2001). Early verbal developmental history and equivalent relations. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 1(1), 137-149.
- Luciano, M. C., y Valdivia, M. S. (2006). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 27, 79-91.
- Luciano, M.C. (1999). La psicoterapia analítico funcional (FAP) y la terapia de aceptación y compromiso (ACT). *Análisis y Modificación de Conducta*, 25, 497-584.
- 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., Valdivia, M.S., Ruiz, F.J., Rodríguez, M., Barnes, D., Dougher, M.J., López, J.C., Barnes, Y., y Gutiérrez, O. (2011). Effects of an acceptance/defusion intervention on experimentally induced generalized avoidance: A laboratory demonstration. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 101, 94-11.
- Luciano, M.C., Valdivia, S., Gutiérrez, O., y Páez, M. (2006). Avances desde la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). *EduPsykhé*, 5(2), 173-201.
- Luciano, M.C., y Valdivia, M.S. (2006). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): 1. Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 2(27), 79-21.
- Luoma, J. B., Hayes, S. C., y Walser, R. D. (2007). *Learning ACT: An Acceptance and Commitment Therapy Skills-Training Manual for Therapists*. Oakland, CA: New Harbinger y Reno, NV: Context Press.
- Luoma, J. B., y Hayes, S. C. (2003). Cognitive Defusion. In W. O'Donahue, J. E. Fisher, y S. C. Hayes (Eds.), *Empirically supported techniques of cognitive behavioral therapy: A step-by-step guide for clinicians*. New York: Wiley.
- Luoma, J.B., Kohlenberg, B.S., Hayes, S.C., Bunting, K., y Rye, A.K. (2008). Reducing self-stigma in substance abuse through acceptance and commitment therapy: model, manual development, and pilot outcomes. *Addiction Research and Theory*, 16, 149-165.
- M.B. Sánchez, E. Ruiz-Padial, N. Pérez, M.C. Fernández, P. Cobos, J. Vila Modulación emocional de los reflejos defensivos mediante visualización de imágenes afectivas *Psicothema*, 14 (4) (2002), pp. 702-707.
- Malott, R. W. (1989). The achievement of evasive goals: control by rules describing contingencies that are not direct acting. En S. C. Hayes (Ed.) *Rule-governed behavior: Cognition, contingencies and instructional control*, (pp. 269-322). New York: Plenum.
- Marcks, B. A., y Woods, D. W. (2007). Role of thought-related beliefs and coping strategies in the escalation of intrusive thoughts: An analog to obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2640-2651.
- Martell, C.R., Addis, M.E., y Jacobson, N.S. (2001). *Depression in context. Strategies for guided action*. New York: Norton y Comp.
- Martell, C.R., Dimidjian, S., y Herman-Dunn, R. (2013). *Activación Conductual para la Depresión: Una guía clínica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

- Masedo, A. I., y Esteve, M. R. (2007). Effects of suppression, acceptance and spontaneous coping on pain tolerance, pain intensity and distress. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 199-209
- Masedo, A.I., Esteve, R., y Van Damme, S. (2011). The role of anxiety sensitivity, fear of pain and experiential avoidance in experimental pain. *Psychology*, 2(8), 817-823.
- Masters, W.H. y Johnson, V.E. (1966). *Human sexual response*. Boston: LittleBrown.
- Masuda, A., Feinstein, A. B., Wendell, J. W., y Sheehan, S. T. (2010). Cognitive defusion versus thought distraction: A clinical rationale, training, and experiential exercise in altering psychological impact of negative self-referential thoughts. *Behavior Modification*, 34, 520-538.
- 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
- Masuda, A., Hayes, S.C., Fletcher, L.B., Seignourel, P.J., Bunting, K., Herbst, S.A., Twohig, M.P., y Lillis, J. (2007). Impact of Acceptance and Commitment Therapy versus Education on stigma toward people with psychological disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2764-2772.
- Masuda, A., Price, M., Anderson, P. L., Schmertz, S. K., y Calamaras, M. R. (2009). The role of psychological flexibility in mental health stigma and psychological distress for the stigmatizer. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 28, 1244-1262.
- Masuda, A., Twohig, M.P., Stormo, A.R., Feinstein, A.B., Chou, Y., y Wendell, J.W. (2010). The effects of cognitive defusion and thought distraction on emotional discomfort and believability of negative self referential thoughts. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41, 11-17.
- 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.
- Masuda, A., Hayes, S.C., Twohig, M.P., Drossel, C., Lillis, J., y Washio, Y. (2009) . A parametric study of cognitive defusion and the believability and discomfort of negative self-referential thoughts. *Behavior Modification*, 33, 250-262.
- Mathews, A., Ridgeway, V., y Holmes, E.A. (2013). Feels like the real thing: Imagery is both more realistic and emotional than verbal thought. *Cognition and Emotion*, 27(2), 217-229.
- McMullen, J., Barnes-Holmes, D., Barnes-Holmes, Y., Stewart, I., Luciano, M. C., y Cochrane, A. (2008). Acceptance versus distraction: Brief instructions, metaphors and exercises in increasing tolerance for self-delivered electric shocks. *Behaviour Research y Therapy*, 46(1), 122-9.
- Moffitt, R., Brinkworth, G., Noakes, M., y Mohr, P. (2013). A comparison of cognitive restructuring and cognitive defusion as strategies for resisting a craved food. *Psychology & Health*, 27(2), 74-90.
- Moltó, J., Montañés, S., Poy, R., Segarra, P., Pastor, M. C., Tormo, M. P., Ramírez, I., Hernández, M. A., Sánchez, M., Fernández, M. C. y Vila, J. (1999). Un nuevo método para el estudio experimental de las emociones: el —International Affective Picture SystemI (IAPS). *Adaptación española. Revista de Psicología General y Aplicada*, 52, 55-87.

- Moltó, J., Segarra, P., López, R., Esteller, A., Fonfría, M., Pastor, C., y Poy, R. (2103) Adaptación española del —International Affective Picture Systeml (IAPS). *Anales de Psicología*, 29, 3, 965-984.
- Montesinos, F., y Luciano, M.C. (2005). *Treatment of relapse fear in breast cancer patients through an ACT-based protocol*. Pcomunicación presentada en el 9th European Congress of Psychology, Granada.
- Mulick, P. S., y Naugle, A. E. (2004). Behavioral Activation for comorbid PTSD and major depression: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11, 378-387.
- Murray, H. A. (1958). *El Test de Apercepción Temática (2º edición)*. Buenos Aires: Paidós.
- Najmi, S., Rees, H., Wilhelm, S., Fama, J., Beck, C., y Wegner, D. (2010). Learning the futility of the thought supression enterprise in normal experience and in obsessive-compulsive disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 38, 1-14.
- Najmi, S., Riemann, B. C., y Wegner, D. M. (2009). Managing unwanted intrusive thoughts in obsessive-compulsive disorder: relative effectiveness of suppression, focused distraction, and acceptance. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 494-503.
- Nicolle, A., y Goel, V. (2013). Differential impact of beliefs on valence and arousal. *Cognition and Emotion*, 27(2), 263-272.
- O'Hora, D., y Barnes-Holmes, D. (2004). Instructional control: Developing a relational frame analysis. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4, 2, 263-284.
- Open Science Colaboration (2015). Estimating the reproducibility of psychological science. *Science*, 349, 943-951.
- Ossman, W. A., Wilson, K. G., Storaasli, R. D., y McNeill, J. W. (2006). A Preliminary Investigation of the Use of Acceptance and Commitment Therapy in Group Treatment for Social Phobia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6, 397-416
- Öst, L. G. (2008) Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 46(3), 296-321.
- Öst, L.G. (2014). The efficacy of Acceptance and Commitment Therapy: An updated systematic review and meta-analysis. *Behavior Research and Therapy*, 61, 105-121.
- Páez-Blarrina, M., Luciano C., Gutiérrez-Martínez O, Valdivia S., Ortega J., y Rodríguez-Valverde M. (2008). The role of values with personal examples in altering the functions of pain: Comparison between acceptance-based and cognitive-control-based protocols. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 84-97.
- Páez, M., Gutiérrez, O., Valdivia, S. y Luciano, M. C. (2006). La importancia de los valores en el contexto de la terapia psicológica. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6, 1-20.
- Pérez Álvarez, M. (1995). Fracaso del conductismo watsoniano y éxito del punto de vista conductista. *Acta Comportamental*, 3, 35-52.
- Pérez Álvarez, M. (1995). Pasado, presente y futuro de la terapia de conducta. *Boletín de Psicología*, nº 46, 37-94.
- Pérez Álvarez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *EduPsikhé*, 5, 159-172.
- Pérez-Alvárez, M. (2001). Afinidades de las nuevas terapias. *International Journal of Health and Clinical Psychology*, 1, 15-23.

- Pérez-Álvarez, M. (2007). La Activación Conductual y la desmedicalización de la depresión. *Papeles del Psicólogo*, 28, 97-110.
- Pérez-Álvarez, M. (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Madrid: Síntesis.
- Pérez, M. (1996). *La psicoterapia desde el punto de vista conductista*. Biblioteca Nueva, Madrid.
- Pilecki, B.C., y McKay, D. (2012). An experimental investigation of cognitive defusion. *The Psychological Record*, 62, 19-40.
- Porro-Conforti, M.L., y Andrés, M.L. (2011). Tipo de expresividad emocional y tendencia a la supresión de la expresión emocional en pacientes diagnosticados con cáncer. *Psiciencia Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 3(1), 10-18.
- Porter, J. F., Stapes, C. R. y Smitham, S. (2004). Behavioral activation group therapy in public health settings: a pilot investigation. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35, 297-301.
- Powers, M.B., Vording, M.B., y Emmelkamp, M.P. (2009). Acceptance and Commitment Therapy: a meta-analytic review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78, 73-80.
- Ramírez, C., Esteve, R., y López, A. (2014). Fear-avoidance, pain acceptance and adjustment to chronic pain: A cross-sectional study of a sample of 686 patients with chronic spinal pain. *Annals of Behavioral Medicine*, 48(3), 402-410.
- Robinson, P., y Strosahl, K. D. (2008). *The Mindfulness and Acceptance Workbook for Depression: Using Acceptance and Commitment Therapy to move through depression and create a life worth living*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Roche, B., Forsyth, J.P., y Maher, E. (2007). The impact of demand characteristics on brief acceptance and control based interventions for pain tolerance. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14, 381-393.
- Rodríguez-Carvajal, R., Moreno-Jiménez, B., y Garrosa, E. (2006). *Cuestionario de Regulación Emocional. Versión española*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Roemer, L., y Orsillo, S.M. (2007). An open trial of an Acceptance-Based Behavior Therapy for generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 38, 72-85.
- Rosenthal, R. (2002). Experimenter and clinician effects in scientific inquiry and clinical practice. *Prevention and Treatment*, 5(1), article 38.
- Rosnow, R. L. (2002). The nature and role of demand characteristics in scientific inquiry. *Prevention and Treatment*, 5(1), article 37.
- Ruiz, F. J. (2010). A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10, 125-162.
- Ruiz, F. J., y Luciano, C. (2009). Eficacia de la terapia de aceptación y compromiso (ACT) en la mejora del rendimiento ajedrecístico de jóvenes promesas. *Psicothema*, 21, 347-352.
- Salters-Pedneault, K., Roemer, L., Tull, M.T., Rucker, L., y Mennin, D.S. (2006). Emotion in chronic worry and GAD: Evidence of regulation deficits. *Cognitive Therapy and Research*, 30, 469-480.
- Salzinger, K. (2011). Therapeutic change viewed through behavior analytic lenses. *Clinica y Salud*, 22(3), 237-244.

- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Severance, E., y Washburn, M.F. (1907). The loss of associative power in words after long fixation. *American Journal of Psychology*, 18, 182-186.
- Sidman, M. (1994). *Equivalence relations and behavior: A research story*. Boston, MA: Authors Cooperative.
- Skinner B.F. (1953/1970). *Science and Human Behavior*. New York: MacMillan. (Traducción española Ed. Fontanella)
- Skinner, B. F. (1957/1981). *Verbal Behavior*. New York: Appleton Century Crofts. (Traducción española Ed. Trillas).
- Skinner, B. F. (1966). Some responses to the stimulus "Pavlov." *Conditional Reflex*, 1, 74-77
- Skinner, B. F. (1969/1979). *Contingencies of reinforcement: A theoretical analysis*. New York: Appleton Century Crofts. (Traducción española Ed. Trillas)
- Skinner, B.F. (1974/1987). *About Behaviorism*. New York: Alfred A. Knopf, Inc. (Traducción española Ed. Martínez Roca).
- Smith, J.C., Bradley, M.M., y Lang, P.J. (2005). State anxiety and affective physiology: Effects of sustained exposure to affective pictures.
- Soloff, P. H., Lis, J. A., Kelly, T., Cornelius, J. y Ulrich, R. (2000). Risk factors for suicidal behavior in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 156, 181-189.
- South, S., Doss, B. D., y Christensen, A. (2010). Through the eyes of the beholder: The mediating role of relationship acceptance in the impact of partner behavior. *Family Relations*, 59, 611-622.
- Sullivan, M.J.L., Rouse, D., Bishop, S. y Johnston, S. (1997). Thought suppression, catastrophizing and pain. *Cognitive Therapy and Research*, 21, 555-568.
- Szazs, T. (1960). The myth of mental illness. *American Psychologist*, 15, 113-118.
- Tai, S., y Turkington D. (2009). The evolution of cognitive behavior therapy for schizophrenia: current practice and recent developments. *Schizophrenia Bulletin* 35(5):865-73.
- Takahashi, M., Muto, T., Tada, M. and Sugiyama, M. (2002) Acceptance Rationale and Increasing Pain Tolerance: Acceptance-Based and FEAR-Based Practice. *Japanese Journal of Behavior Therapy*, 28, 35-46.
- Tian, X., y Huber, D.E. (2010). Testing an associative account of semantic satiation. *Cognitive Psychology*, 60(4), 267-290.
- Titchener. E.B. (1916). *A textbook of psychology*. New York: MacMillan.
- Törneke, N. (2010). *Learning RFT: An introduction to Relational Frame Theory and its clinical application*. Oakland: new Harbinger.
- Törneke, N., Luciano, C., y Valdivia, S. (2008). Rule-governed behavior and psychological problems. *Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 8(2), 141-156).
- Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Kohlenberg, B., Follette, W. C. y Callaghan, G. M. (2009). *A Guide to functional Analytic Psychotherapy. Awareness, Courage, Love, and Behaviorism*. New York: Springer.
- Tsai, M., Kohlenberg, R.J., Kanter, J.W., Holman, G.I. y Loudon, M.P. (2012). *Functional Analytic Psychotherapy. Distinctive Features*. New York: Routledge.
- Twohig, M.P., Hayes, S.C., y Masuda, A. (2006). A preliminary investigation of acceptance and commitment therapy as a treatment for chronic skin picking. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1513-1522.

- Twohig, M.P., Schoenberger, D., y Hayes, S.C. (2007). A preliminary investigation of Acceptance and Commitment Therapy as a treatment for marijuana dependence. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 40, 617-632.
- Twohig, M.P., y Woods, D.W. (2004). A preliminary investigation of Acceptance and Commitment Therapy and habit reversal as a treatment for trichotillomania. *Behavior Therapy*, 35, 803-820.
- Valero, L. (2010). *Programas Tact y Emociones para la denominación y evaluación de respuestas emocionales a través de imágenes*. Software no publicado. Universidad de Málaga.
- Valero, L., Ferro, R., Kohlenberg, R., y Tsai, M. (2011). Procesos de cambio terapéutico en la Psicoterapia Analítica Funcional. *Clínica y Salud*, 22(3), 209-221.
- Valero, L., Ferro, R., Kohlenberg, R.J., y Tsai, M. (2011). Therapeutic Change Processes in Functional Analytic Psychotherapy. *Clínica y Salud*, 22(3), 209-221.
- Valero, L., Ferro, R., López, M.A., y López-Selva, M.A. (2012). Reliability and validity of the Spanish adaptation of EOSS. comparing normal and clinical samples. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*. 7 (2-3). 151-158.
- Valero, L., Ferro, R., López, M.A., y Selva, M.A. (2012). Reliability and Validity of the Spanish Adaptation of EOSS. Comparing Normal and Clinical Sample. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*. 7. 2-3. 151-158.
- Van Schie, K., Geraerts, E., y Anderson, M.C. (2013). Emotional and non-emotional memories are suppressible under direct supresion instructions. *Cognition and Emotion*, 27(6), 1122-1131.
- Vila, J., Sánchez, M., Ramírez, I., Fernández, M. C., Cobos, P., Rodríguez, S., Muñoz, M. A., Tormo, M. P., Herrero, M., Segarra, P., Pastor, M. C., Montañés, S., Poy, R. y Moltó, J. (2001). El Sistema Internacional de Imágenes Afectivas (IAPS): Adaptación española. Segunda parte. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 54, 635-657.
- Vilardaga, R., Levin, M. E., Waltz, T., Hayes, S. C., Long, D., y Muto, T. (2008). Testing a new perspectivetaking procedure in the context of attitudes, emotional reactions and behaviors towards different cultural groups. In R. Vilardaga (chair): *Recent applications of Relational Frame Theory using Deictic Framing Procedures*, Symposium to be conducted at the 34rd Annual Convention of the Association for Behavior Analysis International, Chicago, IL..
- 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, 2, 37-67.
- Vowles, K.E., McCracken, L.M., y Eccleston, C. (2008). Patient functioning and catastrophizing in chronic pain: The mediating effects of acceptance. *Health Psychology*, 27, 136-143.
- Vowles, K.E., Wetherell, J.L., y Sorrell, J.T. (2009). Targeting acceptance, mindfulness, and valudes-based action in chronic pain: Findings of two preliminary trials of an outpatient group-based intervention. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16, 49-58.
- Watkins, E. R., y Teasdale, J. D. (2004). Adaptive and maladaptive self-focus in depression. *Journal of Affective Disorders*, 82, 1-8.
- Watson, C., Burley, M.C., y Purdon, C. (2010). Verbal repetition in the reappraisal of contamination-related thoughts. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 38(3), 337-353.

- Wegner, D.M. y Erber, R. (1992). The hyperaccessibility of suppressed thoughts. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 903-912.
- Wegner, D.M., y Zanakos, S.I. (1994). Chronic thought suppression. *Journal of Personality*, 62, 615-640.
- Wegner, D.M. (1989). *White bears and other unwanted thoughts: Suppression, obsession and the psychology of mental control*. London: The Guilford Press.
- Wilkinson, M., Bocci, L., Thome, K., y Herlihy, J. (2010). Is mindfulness-based therapy an effective intervention for obsessive-intrusive thoughts: A case series. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 17, 250-268.
- Wilson, K.G. y Luciano, M.C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso (act)*. Madrid: Pirámide.
- Wilson, K.G., y DuFrene, T. (2009). *Mindfulness for two: An Acceptance and Commitment Therapy approach to mindfulness in psychotherapy*. Oakland: New Harbinger.
- Wilson, K.G., y Murrell, A.R. (2004). Values work in acceptance and commitment Therapy: Setting a course for behavioral treatment (pp. 120-151). En S. Hayes, V. Follete, y M. Linehan (eds.). *Minsfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. New York: Guilford.
- Wolpe, J. (1948/1975). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, California: Stanford University Press. (Traducción española Ed. DDB).
- Woods, D.W., Wetterneck, C.T., y Flessner, C.A. (2006). A controlled evaluation of Acceptance and Commitment Therapy plus habit reversal for trichotillomania. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 639-656.
- Young, K.D. de, Lavender, J.M., Washington, L.A., Looby, A., y Anderson, D.A. (2010). A controlled comparison of the word repeating technique with a word association task. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41, 426-432.
- Yovel, I. (2009) Acceptance and Commitment Therapy and the new generation of cognitive behavioral treatments. *Israel Journal of Psychiatry y Related Sciences* 46 (4), 304-309.
- Yovel, I., Mor, N., y Shakarov, H. (2014). Examination of the core cognitive components of Cognitive Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Therapy: An analogue investigation. *Behavior Therapy*, 45(4), 482-494.
- Zettle, R.D. (2003). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) versus systematic desensitization in treatment of mathematic anxiety. *The Psychological Record*, 53, 197-215.
- Zettle, R.D., Hocker, T.R., Mick, K.A., Scofield, B.E., Petersen, C.L., Song, H., y Sudarijanto, R.P. (2005). Differential strategies in coping with pain as a function of level of experiential avoidance. *The Psychological Record*, 55, 511-524.
- Zettle, R.D., y Hayes, S.C. (1982). Rule-governed behavior: A potential theoretical framework for cognitive-behavioral therapy. In P. C. Kendall (Ed.), *Advances in cognitive-behavioral research and therapy* (Vol.1, pp. 73-118). New York: Academic Press.
- Zettle, R.D., y Hayes, S.C. (1986). Dysfunctional control by verbal behavior. The context of reason-giving. *The Analysis of Verbal Behavior*, 4, 30-38.

ANEXO 1

Carta de consentimiento informado y Cuestionarios

La investigación en Psicología necesita siempre de personas voluntarias que aporten información y sean objeto de estudios psicológicos para el avance de estos conocimientos.

La participación es completamente ANÓNIMA, y sólo se debe reflejar unas iniciales como identificación. Todos los datos serán tratados de forma GLOBAL, sin identificación personal alguna. En caso de publicación, también todos los datos serán anónimos y tratados como grupo, sin ninguna información personal.

La colaboración en este estudio es completamente VOLUNTARIO. Si decide realizarla, completándola de la forma más sincera posible, puede firmar este documento de consentimiento informado

Este estudio consiste en la evaluación de imágenes emocionales de distinto tipo y ejercicios para valorar y denominar emociones personales. Le advertimos que algunas de las imágenes que a continuación van a ver pueden afectarles emocionalmente.

He leído las condiciones y características de la investigación, y acepto participar en este estudio.

Firma:

Fecha:

MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN

Cuestionarios de evaluación

Por favor, rellene este cuestionario con la máxima sinceridad posible, sin pensar mucho las respuestas, lo más inmediato posible. No hay contestaciones buenas ni malas, no hay respuestas correctas o incorrectas. Sólo deseamos estudiar cómo se considera a sí mismo como persona.

Nombre: *(sólo iniciales)* _____

Sexo: V ___ H ___ Fecha de nacimiento ___ / ___ / _____

Estado civil:

- Soltero/a
- Casado/a
- Separado/a
- Otro _____

Ocupación:

- Hogar
- Paro
- Estudiante
- Trabajador
- Autónomo
- Otra _____

Nivel de estudios:

- Ninguno
- Primaria
- Secundaria
- Bachillerato
- Formación Profesional
- Universitario
- Postgrado

Residencia:

- Familia-padres
- Familia-propia
- Vivienda compartida
- Solo/a
- Otros _____

Tratamientos:

- Ninguno
- Médico
- Psiquiátrico
- Psicológico

Trastornos psicológicos:

- Ninguno
- Sí - Tipo de problema _____

Por favor, conteste cada pregunta poniendo un círculo alrededor de SI o NO, que le siguen. No hay respuestas correctas o equivocadas, ni preguntas con trampa. Trabaje rápidamente y no piense demasiado en el exacto significado de las mismas.

- | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| 1. ¿Tiene muchas actividades divertidas o hobbies diferentes? | Sí | No |
| 2. ¿Se lo piensa antes de hacer cualquier cosa? | Sí | No |
| 3. ¿Cambia frecuentemente de humor? | Sí | No |
| 4. ¿Alguna vez se ha atribuido las alabanzas que realmente correspondían a otro? | Sí | No |
| 5. ¿Le preocupa mucho lo que piense la gente? | Sí | No |
| 6. ¿Se considera una persona conservadora? | Sí | No |
| 7. ¿Le preocuparía tener deudas? | Sí | No |
| 8. ¿Se siente desdichado sin razón aparente? | Sí | No |
| 9. ¿Da limosnas? | Sí | No |
| 10. ¿Prefiere ayudarse a sí mismo que compartir algo con los demás? | Sí | No |
| 11. ¿Se considera más bien vivaz y animado? | Sí | No |
| 12. ¿Le pondría muy triste ver sufrir a un niño o a un animal? | Sí | No |
| 13. ¿Se preocupa a menudo por cosas que no debería haber hecho? | Sí | No |
| 14. ¿Le disgusta la gente que no sabe comportarse? | Sí | No |
| 15. Si se compromete a hacer algo, ¿mantiene siempre su promesa a pesar de los inconvenientes? | Sí | No |
| 16. ¿Usualmente puede ir a una fiesta bulliciosa y animada, y disfrutar en ella? | Sí | No |
| 17. ¿es usted una persona irritable? | Sí | No |
| 18. ¿Debería la gente respetar siempre la ley? | Sí | No |
| 19. ¿Alguna vez ha culpado a alguien por algo de lo que usted es responsable? | Sí | No |
| 20. ¿Le gusta encontrarse con nuevas personas? | Sí | No |
| 21. ¿Son muy importantes las buenas maneras? | Sí | No |
| 22. ¿Se siente fácilmente herido en sus sentimientos? | Sí | No |
| 23. ¿Son todos sus hábitos buenos y deseables? | Sí | No |
| 24. ¿Tiende a mantenerse apartado en las situaciones sociales? | Sí | No |
| 25. ¿Tomaría drogas que pudiesen tener efectos extraños o peligrosos? | Sí | No |
| 26. ¿Se siente hastiado a menudo? | Sí | No |
| 27. ¿Ha cogido alguna vez alguna cosa (incluso un alfiler o un botón) que perteneciese a otra persona? | Sí | No |
| 28. ¿Le gusta mucho salir de casa? | Sí | No |
| 29. ¿Prefiere hacer las cosas a su manera en lugar de seguir las reglas? | Sí | No |
| 30. ¿Disfruta hiriendo a las personas que ama? | Sí | No |
| 31. ¿Le perturban a menudo sentimientos culpabilidad? | Sí | No |
| 32. ¿Habla a veces de cosas de las que no sabe nada? | Sí | No |
| 33. ¿Prefiere leer a encontrarse con la gente? | Sí | No |
| 34. ¿Tiene enemigos que le quieran perjudicar? | Sí | No |
| 35. ¿Diría de sí mismo que es una persona nerviosa? | Sí | No |
| 36. ¿Tiene muchos amigos? | Sí | No |
| 37. ¿Disfruta gastando bromas pesadas que a veces realmente dañan a la gente? | Sí | No |
| 38. ¿Es usted un pesimista? | Sí | No |
| 39. ¿Cuándo era niño hacía en seguida las cosas que le pedían y sin refunfuñar? | Sí | No |
| 40. ¿Se considera feliz actuando despreocupadamente? | Sí | No |
| 41. ¿Le importan las buenas maneras y el aseo? | Sí | No |

42. ¿Se ha enfrentado a menudo con sus padres?	Sí	No
43. ¿Está preocupado por las cosas horribles que puedan suceder?	Sí	No
44. ¿Alguna vez ha roto o perdido algo que perteneciese a otro?	Sí	No
45. ¿Generalmente toma la iniciativa al hacer nuevos amigos?	Sí	No
46. ¿Diría de sí mismo que es tenso o muy rígido?	Sí	No
47. Por lo común ¿se encuentra tranquilo con otras personas?	Sí	No
48. ¿Cree que el matrimonio está anticuado y debiera abandonarse?	Sí	No
49. ¿A veces es un poco jactancioso?	Sí	No
50. ¿Es usted más indulgente que otras personas sobre el bien y el mal?	Sí	No
51. ¿Puede usted animar fácilmente una fiesta bastante aburrida?	Sí	No
52. ¿Le preocupa su salud?	Sí	No
53. ¿Alguna vez dijo algo malo u odioso sobre otra persona?	Sí	No
54. ¿Le gusta cooperar con los demás?	Sí	No
55. ¿Le gusta contar chistes o e historias divertidas a sus amigos?	Sí	No
56. ¿Pasa de muchas cosas?	Sí	No
57. ¿De niño era descarado con sus padres?	Sí	No
58. ¿Le gusta mezclarse con la gente?	Sí	No
59. ¿Se preocupa si sabe que hay errores en su trabajo?	Sí	No
60. ¿Sufre de insomnio?	Sí	No
61. ¿La gente dice de usted que a veces sus actuaciones son imprudentes?	Sí	No
62. ¿Se asea siempre antes de las comidas?	Sí	No
63. ¿Casi siempre tiene una “salida apropiada” cuando la gente le habla?	Sí	No
64. ¿Le gusta llegar a sus citas con bastante tiempo de antelación?	Sí	No
65. ¿Se siente a menudo desatento y cansado sin razón aparente?	Sí	No
66. ¿Ha hecho alguna vez trampas en el juego?	Sí	No
67. ¿Prefiere hacer cosas en las que haya que actuar rápidamente?	Sí	No
68. ¿Es (o era) su madre una buena mujer?	Sí	No
69. ¿A menudo toma decisiones por el ímpetu del momento?	Sí	No
70. ¿Considera a menudo que su vida es triste y aburrida?	Sí	No
71. ¿Alguna vez se ha aprovechado de alguien?	Sí	No
72. ¿Frecuentemente emprende más actividades de las que le permite su tiempo?	Sí	No
73. ¿Conoce mucha gente que trata de esquivarle?	Sí	No
74. ¿Le preocupa mucho su aspecto?	Sí	No
75. ¿Cree que la gente gasta demasiado tiempo en proteger su futuro con ahorros y seguros?	Sí	No
76. ¿Alguna vez ha deseado estar muerto?	Sí	No
77. ¿Evadiría impuestos si tuviese seguro de que nunca sería descubierto?	Sí	No
78. ¿Puede usted organizar y conducir una fiesta?	Sí	No
79. ¿Trata de no ser brusco con la gente?	Sí	No
80. Después de una situación apurada ¿está preocupado durante mucho tiempo?	Sí	No
81. ¿Generalmente “se lo piensa antes de actuar”?	Sí	No
82. ¿Alguna vez ha insistido en mantener su propio punto de vista?	Sí	No
83. ¿Sufre de los nervios?	Sí	No
84. ¿A menudo se siente solo?	Sí	No
85. ¿Puede usted confiar plenamente en que la gente dice la verdad?	Sí	No
86. ¿Hace siempre lo que predica?	Sí	No
87. ¿Se sienta fácilmente herido cuando la gente encuentra defectos en usted o en su trabajo?	Sí	No
88. ¿Cree que es mejor seguir las reglas sociales que ir a su aire?	Sí	No
89. ¿Alguna vez ha llegado tarde a una cita o al trabajo?	Sí	No

90. ¿Le gustan el bullicio y la agitación a su alrededor?	Sí	No
91. ¿Le gustaría que los demás le tuviesen miedo?	Sí	No
92. ¿Se siente a veces desbordante de energía y otras indolente o perezoso?	Sí	No
93. ¿A veces deja para mañana lo que debería hacer hoy?	Sí	No
94. ¿Le consideran los demás como una persona vivaz?	Sí	No
95. ¿La gente le suele contar muchas mentiras?	Sí	No
96. ¿Cree usted que no tiene deberes especiales con su propia familia?	Sí	No
97. ¿Es usted puntilloso en algunas cosas?	Sí	No
98. Cuando ha cometido una equivocación ¿está siempre dispuesto a admitirlo?	Sí	No
99. ¿Sentiría mucha lástima por un animal cogido en una trampa?	Sí	No
100. Cuando surge su mal humor ¿encuentra difícil controlarlo?	Sí	No

Escala P _____
 Escala E _____
 Escala N _____
 Escala M _____
 Total _____

Este describe diversas experiencias que podría haber tenido en su vida diaria. Estamos interesados con qué frecuencia suele tener este tipo de experiencias. Es importante, sin embargo, que responda a las preguntas señalando el porcentaje de tiempo en que ha tenido este tipo de experiencias **siempre que no estuviese bajo influencia de drogas o alcohol**. Por favor, señale con una **X** el porcentaje de tiempo en que tiene este tipo de experiencias.

0 = nunca
 20 = 20% de las veces
 50 = 50% de las veces
 70 = 70 % de las veces
 100 = siempre

	Nunca										
	Siempre										
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
1. Estar conduciendo y darse cuenta de repente que no recuerda todo o parte del camino recorrido.											
2. Estar escuchando a alguien y darse cuenta que no se ha enterado de nada o de parte de lo que decía esa otra persona.											
3. Encontrarse en un lugar y no tener ni idea de cómo ha llegado allí.											
4. Mirarse y ver que tiene unos pantalones o vestido que no recuerda habérselos puesto.											
5. Encontrarse nuevas cosas entre sus pertenencias y no recordar cuándo las compró.											
6. Ser abordado por personas a las que no conoce, no recuerda su nombre, o que insisten en que sí estuvieron con ellas.											
7. Tener la sensación de que está observándose a sí mismo desde fuera, o verse estar haciendo alguna cosa como si estuviese observando a otra persona.											
8. No reconocer a veces a algún amigo o familiar.											
9. No recordar acontecimientos importantes en su vida (p.ej. una boda o un acto de graduación).											
10. Ser acusado por otros de mentir, cuando usted no piensa que esté mintiendo.											
11. Mirarse en el espejo y no reconocerse a uno mismo.											
12. Tener la sensación de que otras personas, objetos, o el mundo en general es extraño y no real.											
13. Tener la sensación de que su cuerpo no le pertenece.											

	Nunca Siempre %										
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
14. Recordar cosas de su pasado de forma tan vívida que siente que están ocurriendo en ese momento.											
15. No estar seguro de si algunas cosas que recuerda realmente han sucedido o sólo las ha soñado.											
16. Estar en un lugar familiar pero tener la sensación de que es extraño y poco familiar.											
17. Estar viendo una película o TV y estar tan absorbido en la historia que no se da cuenta de otras cosas que pasan a su alrededor.											
18. Estar tan absorto en una fantasía o un sueño despierto que siente como si realmente le estuviese sucediendo.											
19. Ser capaz a veces de ignorar el dolor.											
20. Sentarse o quedarse en un sitio, pensando en nada, y no darse cuenta del paso del tiempo.											
21. Estar solo y pensar en voz alta, hablando consigo mismo.											
22. Actuar en una situación de manera tan diferente a como lo hace en otra, que llega a sentir como si fuera dos personas diferentes.											
23. En determinadas situaciones ser capaz de realizar algunas cosas de forma fácil, alegre y espontánea, cuando habitualmente las realiza con dificultad (p.ej., deportes, situaciones sociales, trabajo, etc.).											
24. No poder recordar con exactitud si ha hecho algo determinado o sólo ha pensado en hacerlo (p.ej., no saber si ha enviado una carta o sólo ha pensado en enviarla).											
25. Encontrar evidencias de que ha hecho algo concreto que no recuerda haber hecho.											
26. Encontrar algunas veces escritos, notas, dibujos, etc., entre sus cosas, pero no recuerda haberlas escrito.											
27. Oír voces en su cabeza sobre lo que ha de hacer, o comentarios sobre cosas que está haciendo en ese momento.											
28. Tener la sensación de mirar el mundo a través de una neblina, de forma que la gente y los objetos parecen estar muy lejos o difuminados.											

Puntuación total: _____

Por favor, responda con sinceridad a las distintas preguntas en una escala de 1 a 7 sobre el grado de verdad con que esas afirmaciones corresponden a su propia experiencia.

SECCIÓN I. Respetto a sí mismo en general

	Nunca A veces A menudo Siempre						
	1	2	3	4	5	6	7
1. Me encuentro perdido cuando la gente me dice “sé tú mismo”							
2. Siento como si fuera diferente según con qué personas esté.							
3. Tengo la sensación como de estar fuera de mi cuerpo, observándome a mí mismo							
4. Me siento vacío							
5. Soy creativo							
6. Soy espontáneo							
7. Soy sensible a la crítica							

SECCIÓN II. Respetto a un conocido (*compañero/a, vecino/a, conocido de vista, etc.*)

	Nunca A veces A menudo Siempre						
	1	2	3	4	5	6	7
8. Estas personas influyen en la forma como me siento conmigo mismo cuando estoy con ellas							
9. Mis necesidades o preferencias (lo que quiero hacer o conseguir) están influenciadas por estas personas cuando estoy con ellas							
10. Mis opiniones están influenciadas por estas personas cuando estoy con ellas							
11. Mis actitudes están influenciadas por estas personas cuando estoy con ellas							
12. Mis acciones están influenciadas por estas personas cuando estoy con ellas							
13. Estas personas influyen en la forma como me siento conmigo mismo cuando estoy solo							
14. Mis necesidades o preferencias (lo que quiero hacer o conseguir) están influenciadas por estas personas cuando estoy solo							
15. Mis opiniones están influenciadas por estas personas cuando estoy solo							
16. Mis actitudes están influenciadas por estas personas cuando estoy solo							
17. Mis acciones están influenciadas por estas personas cuando estoy solo							

SECCIÓN III. Respetto a una relación personal (familiar, amigo/a íntimo, seres queridos)

	Nunca		A veces			A Siempre	
	1	2	3	4	5	6	7
18. Estas personas influyen en la forma como me siento conmigo mismo cuando estoy con ellas							
19. Mis necesidades o preferencias (lo que quiero hacer o conseguir) están influenciadas por estas personas cuando estoy con ellas							
20. Mis opiniones están influenciadas por estas personas cuando estoy con ellas							
21. Mis actitudes están influenciadas por estas personas cuando estoy con ellas							
22. Mis acciones están influenciadas por estas personas cuando estoy con ellas							
33. Estas personas influyen en la forma como me siento conmigo mismo cuando estoy solo							
24. Mis necesidades o preferencias (lo que quiero hacer o conseguir) están influenciadas por estas personas cuando estoy solo							
25. Mis opiniones están influenciadas por estas personas cuando estoy solo							
26. Mis actitudes están influenciadas por estas personas cuando estoy solo							
27. Mis acciones están influenciadas por estas personas cuando estoy solo							

SECCIÓN IV. Respetto a sí mismo en relación a los demás

	Nunca		A veces			A Siempre	
	1	2	3	4	5	6	7
28. Tengo la sensación como de estar fuera de mi cuerpo, observándome a mí mismo, cuando estoy con otras personas							
29. Me siento vacío cuando estoy con otras personas							
30. Soy creativo cuando estoy con otras personas							
31. Soy espontáneo cuando estoy con otras personas							
32. Soy sensible a las críticas de alguien con quien tengo una relación superficial							
33. Tengo la sensación como de estar fuera de mi cuerpo, observándome a mí mismo, cuando estoy solo							
34. Me siento vacío cuando estoy solo							
35. Soy creativo cuando estoy solo							
36. Soy espontáneo cuando estoy solo							
37. Soy sensible a las críticas de alguien con quien tengo una relación estrecha							

Por favor, conteste con sinceridad sobre el grado de acuerdo que tiene con las afirmaciones siguientes referidas a sí mismo. Utilice la siguiente escala:

- 1 - Totalmente en desacuerdo
- 2 - En desacuerdo
- 3 - De acuerdo
- 4 - Totalmente de acuerdo

	Totalmente Desacuerdo	Desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
	1	2	3	4
1. En general, estoy satisfecho conmigo mismo				
2. A veces pienso que no soy bueno en nada				
3. Tengo la sensación de que poseo algunas buenas cualidades				
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de las personas				
5. Siento que no tengo demasiadas cosas de las que sentirme orgulloso				
6. A veces me siento realmente inútil				
7. Tengo la sensación de que soy una persona de valía al menos igual que la mayoría de la gente				
8. Ojalá me respetara más a mí mismo				
9. En definitiva, tiendo a pensar que soy un fracasado				
10. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo				

Puntuación total: _____

Nombre: *(solo iniciales)* _____ Fecha: _____

Nos gustaría que respondiera unas preguntas relacionadas con su vida emocional. Aunque algunas de las siguientes preguntas pudieran parecer similares, difieren en aspectos bastante importantes. Para cada uno de los ítems rellene contestando con el grado 1 a 7 con que sería aplicable a usted esas características:

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
Nunca **Muy raramente** **Raramente** **A veces** **Con frecuencia** **Casi siempre** **Siempre**
Verdad **Verdad** **Verdad** **Verdad** **Verdad** **Verdad** **Verdad**

		1	2	3	4	5	6	7
1.	Tenga o no tenga claro cuál es el mejor modo de resolver un problema, me pongo en marcha.							
2.	Muchas veces me descubro fantaseando sobre cosas que he hecho y que haría de forma distinta si tuviese otra oportunidad.							
3.	La verdad es que cuando estoy deprimido y ansioso no soy capaz de hacer frente a mis responsabilidades.							
4.	Casi nunca me preocupa tener bajo control mi ansiedad, mis preocupaciones o mis sentimientos.							
5.	Mis sentimientos no me dan miedo.							
6.	Cuando valoro algún suceso negativamente, lo habitual es darme cuenta de que es una apariencia y no un hecho objetivo.							
7.	Cuando me comparo con otras personas, tengo la impresión de que la mayoría lleva su vida mejor que yo.							
8.	La ansiedad es mala.							
9.	Ojalá pudiese borrar por arte de magia todas las experiencias dolorosas que he tenido en la vida.							

Puntuación total: _____

Nos gustaría que respondiera unas preguntas relacionadas con su vida emocional. Aunque algunas de las siguientes preguntas pudieran parecer similares, difieren en aspectos bastante importantes. Para cada uno de los ítems rellene contestando con el grado 1 a 7 con que sería aplicable a usted esas características:

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
Totalmente en desacuerdo **Neutral** **Totalmente de acuerdo**

		1	2	3	4	5	6	7
1.	Cuando quiero sentir más una emoción positiva (por ejemplo, alegre o divertido), modifico lo que pienso sobre ello.							
2.	Trato de mantener ocultos mis sentimientos.							
3.	Cuando quiero sentir menos una emoción negativa (por ejemplo, tristeza o enfado), modifico lo que pienso sobre ello.							
4.	Cuando estoy sintiendo emociones positivas, tengo cuidado de no expresarlas.							
5.	Cuando hago frente a una situación estresante, pienso en ella de una manera que me ayude a mantener la calma.							
6.	Controlo mis emociones no expresándolas.							
7.	Cuando quiero sentir más una emoción positiva, cambio la manera de pensar sobre esa situación.							
8.	Controlo mis emociones cambiando la manera de pensar sobre la situación en la que me encuentro.							
9.	Cuando estoy sintiendo emociones negativas, me aseguro de no expresarlas.							
10.	Cuando quiero sentir menos una emoción negativa, cambio la manera de pensar sobre esa situación.							

Puntuación total: _____

El presente cuestionario nos indicara la frecuencia de pensamientos que han surgido súbitamente en su cabeza. Aunque algunas de las siguientes preguntas pudieran parecer similares, difieren en aspectos bastante importantes. Para cada uno de los ítems rellene contestando con el grado de 1 a 5 con que sería aplicable a usted esas características:

1-----2-----3-----4-----5
Nunca Una o dos veces Algunas veces Frecuentemente Siempre

		1	2	3	4	5
1.	Me siento como enfrentado al mundo					
2.	Soy respetado por mis iguales					
3.	¡Ojalá fuese una persona mejor!					
4.	Tengo buen sentido del humor					
5.	Mi futuro parece ser brillante					
6.	Nadie me entiende					
7.	Tendré éxito					
8.	Estoy encantado de estar al día					
9.	He decepcionado a la gente					
10.	No puedo acabar nada					
11.	Realmente no vale la pena					
12.	Estoy de buen humor.					
13.	Hay gente que se preocupa de mi					
14.	Mi futuro está crudo					
15.	Estoy orgulloso de mis logros					
16.	Debe estar pasándome algo malo					
17.	Termino todo lo que empiezo					
18.	Tengo buenas cualidades					
19.	¡Soy tan débil!					
20.	Estoy encantado de vivir					
21.	No soy bueno					
22.	Tengo don de gentes					
23.	¿Por qué no puedo tener éxito nunca?					
24.	¡Me siento tan indefensa!					
25.	Mi vida no lleva el rumbo que deseo					
26.	Soy una persona afortunada					
27.	Tengo amigos que me apoyan					
28.	¡La vida es excitante!					
29.	Estoy decepcionado de mí mismo					
30.	Me gustan los desafíos					

Puntuación total: _____

ANEXO 2

Láminas del TAT seleccionadas y emociones elegidas por los participantes en el Primer Experimento

IMAGEN 1		IMAGEN 2	
			
IRA	ODIO	SUSTO	SORPRESA
RECHAZO	SUPLICA	CURIOSIDAD	INTRIGA
IMAGEN 3		IMAGEN 4	
			
DOLOR	CULPABILIDAD	SUFRIMIENTO	TERROR
INQUIETUD	PREOCUPACIÓN	MIEDO	DOLOR

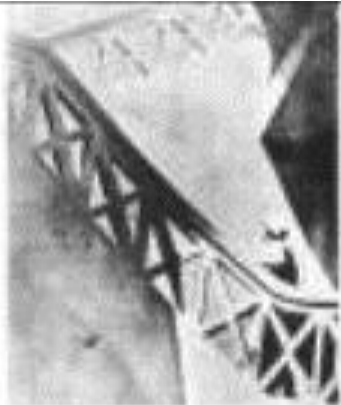



IMAGEN 5		IMAGEN 6	
			
AGOBIO	PELIGRO	SUFRIMIENTO	PELIGRO
SOLEDAD	CANSANCIO	CONFUSION	RIESGO
IMAGEN 7		IMAGEN 8	
			
MALDAD	MIEDO	TERROR	TRISTEZA
REPELUS	ENVIDIA	CONFUSION	SOLEDAD





IMAGEN 9		IMAGEN 10	
			
MIEDO	FRIALDAD	DOLOR	TRISTEZA
ATRAPADO	SOLEDAD	RESIGNACION	ESPERA
IMAGEN 11		IMAGEN 12	
			
MELANCOLIA	NOSTALGIA	FRUSTRACION	INDEFENSION
SOLEDAD	PREOCUPACION	AÑORANZA	ABURRIMIENTO









IMAGEN 13		IMAGEN 14	
			
AGOBIO	DESOLACION	SOLEDAD	HUIDA
ANGUSTIA	TRISTEZA	AÑORANZA	TEMOR
IMAGEN 15		IMAGEN 16	
			
AGOBIO	SOLEDAD	DESESPERACION	PENA
POBREZA	AÑORANZA	DOLOR	PENA

IMAGEN 17		IMAGEN 18	
			
ANGUSTIA	TRISTEZA	AGOBIO	MORRIÑA
DOLOR	RESIGNACION	PEREZA	AGOTAMIENTO
IMAGEN 19		IMAGEN 20	
			
DESOLACION	ANGUSTIA	MIEDO	TRISTEZA
IMPOTENCIA	TRISTEZA	ENGAÑO	SORPRESA

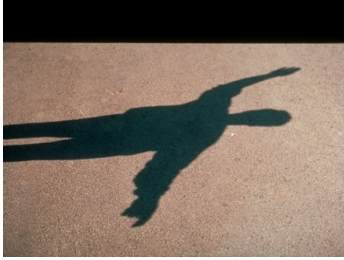
Anexo 3

Conjunto de imágenes emocionales del IAPS utilizadas en el Segundo Experimento

Imágenes Negativas



Imágenes Neutras



Imágenes Positivas



Anexo 4


Imágenes del programa e instrucciones de cada grupo del Tercer Experimento

Grupo 1 Defusión

A continuación va realizar un ejercicio verbal para comprender las emociones que suponen las palabras

Por favor, escriba el nombre de la emoción que más le ha molestado o le produce mayor ansiedad.

Nombre de la emoción:



Por favor, repita en voz alta la palabra que vea escrita

leche

Yo soy FEO

Minima Máxima


Grado de malestar o ansiedad

Por favor, repita en voz alta la palabra que vea escrita

leche

¿ Qué es "leche" ?

Sólo es una palabra. Sólo es un sonido. No significa nada.



Por favor, repita en voz alta la palabra de la emoción que vea escrita


IDIOTA

Grupo 2 Instrucciones

A continuación va realizar un ejercicio verbal para comprender las emociones que suponen las palabras

Por favor, escriba el nombre de la emoción que más le ha molestado o le produce mayor ansiedad.

Nombre de la emoción:



Por favor, repita en voz alta la palabra que vea escrita

leche


¿ Qué es "leche" ?

Sólo es un sonido

Sólo es una palabra

No significa nada

La palabra NO es la emoción

 Continuar


¿ Qué es "TONTO" ?

TONTO sólo es un sonido

TONTO sólo es una palabra

TONTO no significa nada

La palabra NO es la emoción

 Continuar


"Leche" y "TONTO" son lo mismo

Sólo son palabras, sólo sonidos

Las emociones son lo que sentimos

Las emociones no son los sonidos

Las emociones y las palabras son cosas DIFERENTES


 Continuar

Grupo 3 Anti-defusión

A continuación va realizar un ejercicio verbal para comprender las emociones que suponen las palabras

Por favor, escriba el nombre de la emoción que más le ha molestado o le produce mayor ansiedad.

Nombre de la emoción:



Por favor, repita en voz alta la palabra que vea escrita

leche


¿ Qué es "leche" ?

Es más que un sonido

Es más que una palabra

Es todo lo que significa

La palabra ES la emoción que implica




¿ Qué es "ESTUPIDO" ?

ESTUPIDO es más que un sonido

ESTUPIDO es más que una palabra

ESTUPIDO significa emociones

La palabra ES la emoción que implica



"Leche" y "ESTUPIDO" son lo mismo

Son más que palabras, más que sonidos

Las emociones implican palabras

Los sonidos de las palabras implican emociones

Las emociones y las palabras son LO MISMO

