

# LA TERAPIA LINGÜÍSTICA DE EVALUACIÓN Y LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO: UNA REFLEXIÓN TEÓRICA

## THE LINGUISTIC THERAPY OF EVALUATION AND THE ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY: A THEORETICAL REFLECTION

Isabel Caro Gabalda\*

### Resumen

*Este artículo busca hacer una reflexión teórica sobre la terapia lingüística de evaluación y la terapia de aceptación y compromiso llevando a cabo una comparación entre ambas. Para ello se introducen los elementos principales de ambas terapias en primer lugar. Tras ello se pasa al bloque principal en donde se buscan las convergencias y diferencias entre ambos enfoques. Esta reflexión teórica y comparativa se centra en los siguientes apartados: el papel del lenguaje; la psicopatología; la visión sobre el ser humano; el concepto de aceptación; la importancia del presente; el foco en los valores; las técnicas terapéuticas; el foco terapéutico; el terapeuta y la relación terapéutica, y, finalmente, la cuestión de la espiritualidad.*

**Palabras clave:** *terapia lingüística de evaluación; terapia de aceptación y compromiso; papel del lenguaje; la aceptación.*

### Abstract

*The aim of this paper is to make a theoretical reflection on the linguistic therapy of evaluation and the acceptance and commitment therapy through a comparison of both approaches. First, main elements of both therapeutic perspectives are introduced. Then, the main convergences and divergences between both approaches are addressed. This theoretical and comparative reflection focuses in the following issues: role of language; psychopathology; stance about the human being; the concept of acceptance; relevance of being in the here & now; focus on values; therapeutic techniques; therapeutic focus; the therapist and the therapeutic relationship; and, finally, the issue of spirituality.*

**Key words:** *the linguistic therapy of evaluation; acceptance and commitment therapy; role of language; acceptance.*

*Recibido: 12-06-15 | Aceptado: 12-09-15*

Desde siempre se ha dado una importancia primordial a la comparación de la TLE con otros modelos de tipo cognitivo. Así, este enfoque se ha comparado con modelos clásicos de terapia cognitiva, así como con modelos de corte constructivista (Caro, 1996, 2002; Caro, Neimeyer y Newman, 2010). Por este motivo, el trabajo que aquí planteamos busca seguir con la comparación de la TLE con otras terapias actuales, de corte diferente.

Se está hablando mucho, desde hace tiempo, sobre las terapias de 3ª ola, aunque cabe señalar la imposibilidad de proceder a una comparación de la TLE con todas y cada una de ellas, y ni siquiera con el enfoque en general. Por ello, nos centraremos en su comparación con la terapia de aceptación y compromiso (ACT). Pensamos que, de todas ellas, la ACT representa muy bien esta 3ª ola y las nuevas posibilidades de actuación terapéutica, por lo que nos centraremos en ella para desarrollar la meta de este trabajo. El motivo aparece bien claro en la pregunta de Hayes, Strosahl y Wilson (1999, pág. 283): “¿Estamos utilizando el lenguaje o el lenguaje nos utiliza a nosotros?” Éste es un buen punto de arranque y contexto comparativo (véase, igualmente, Ellis,

\* Isabel Caro Gabalda, Universidad de Valencia, Facultad de Psicología. Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Valencia, España  
E-Mail: isabel.caro@uv.es  
REVISTA ARGENTINA DE CLÍNICA PSICOLÓGICA XXV p.p. 113-124  
© 2016 Fundación AIGLÉ.

2005) dado, tal y como se expondrá acto seguido, el papel que juega el lenguaje en la TLE y en la ACT.

Comenzaremos revisando, en primer lugar, la TLE para ofrecer el necesario contexto clínico y teórico.

### *La terapia lingüística de evaluación*

Esta terapia, de tipo cognitivo, ha sido desarrollada a partir de la teoría de la Semántica General (SG), de Alfred Korzybski (1921, 1924, 1933, 1948, 1951). Sus primeros trabajos datan de mediados de los años 80 en donde se plantea el procedimiento y líneas principales, así como estudios sobre su eficacia (Caro, 1984, 1985, 1986a,b, 1990a, 1992, 1996). A finales de los 90 y comienzos del 2000 se pasa al estudio de los procesos implicados en el cambio terapéutico en pacientes tratados con la TLE, disponiendo de una serie de trabajos que describen los elementos principales de cambio en este contexto (por ejemplo, Caro, 1999, 2003; 2006a,b, 2008, 2009, 2011a). Dado el espacio disponible se hará un resumen de los principales elementos teóricos y clínicos de la TLE. Remitimos al lector a trabajos recientes para una mayor exposición de la TLE (Caro, 2011b, 2014), así como de las conclusiones principales de sus trabajos e investigaciones más recientes.

### *Visión del ser humano en la TLE*

La visión que sobre el ser humano nos ofrece la TLE se retoma de la teoría de la Semántica General (Korzybski, 1921, 1933). Así, el ser humano se considera un individuo que enlaza el tiempo, haciendo vivir el pasado en el presente y hacia el futuro, a través del manejo y el empleo de símbolos. La especie humana es una clase de vida simbólica. Por otro lado, el individuo no se considera aislado, sino que funciona como un todo, viviendo, o funcionando, en un ambiente neuro-semántico y neuro-lingüístico.

### *Las relaciones lenguaje-'hechos': las tres premisas no aristotélicas.*

Quizás uno de los elementos clave de la TLE, al igual que de la Semántica General, es la relación que podemos establecer entre nuestras experiencias, nuestra "realidad", los 'hechos' que vivimos y experimentamos y el medio lingüístico que empleamos para referirnos a todo ello y que da forma y estructura a nuestro conocimiento: el lenguaje. Empleando la analogía y metáfora de mapa y territorio, 3 serían las premisas principales. En primer lugar, debemos asumir que el mapa no es el territorio, es decir, la palabra no es el 'hecho' o aquello que representa. En segundo lugar, el mapa no cubre todas las ca-

racterísticas del territorio, o lo que es lo mismo, el lenguaje supone una abstracción, al igual que nuestro conocimiento basado sobre él. Finalmente, debemos asumir que siempre podemos hacer un mapa sobre otro mapa, sobre otro mapa, etc., o lo que es lo mismo, el lenguaje es auto-reflexivo.

### *El conocimiento humano según la TLE*

La TLE es una terapia de tipo cognitivo puesto que se centra en cómo conocen los seres humanos y en qué influye en sus procesos de conocimiento. La respuesta a todo ello viene de la importancia que se da en este contexto a cómo emplea el ser humano los símbolos, el lenguaje, y cómo construye activamente su denominada "realidad", a través del uso del lenguaje. Para ello, lo primero que debe tenerse en cuenta son las derivaciones de las tres premisas enunciadas en el apartado anterior.

Cuando asumimos que el mapa no es el territorio señalamos que cuando usamos el lenguaje para referirnos a los 'hechos' tenemos que asumir la diferencia en estructura entre ambos. Esta diferencia en estructura da la necesaria base teórica para el desarrollo de la no identificación palabras-'hechos'. De ahí se deriva, fundamentalmente, que el orden adecuado de evaluación es 'hechos', primero, palabras, después. Se trabaja, entonces, en TLE con las anticipaciones y predicciones de los pacientes, que estos identifican como 'hechos'. En segundo lugar, dada la diferencia en estructura, debemos trabajar con los pacientes para que logren un discurso que represente de forma estructuralmente más adecuada un 'hecho' (véase el desarrollo de la orientación extensional más abajo). En tercer lugar, nos avisa sobre el grado de creencia o de certeza que podemos tener sobre lo que nos decimos, sobre nuestras construcciones, y el significado que aportamos a los 'hechos', que es construido lingüísticamente. Finalmente, ser conscientes de las teorías que hacemos y de su posible identificación con los 'hechos' debe traspasarse, por igual, al ámbito del terapeuta.

Cuando asumimos que el mapa no cubre todo el territorio, entendemos que el conocimiento humano es una abstracción y, por tanto, inferencial, incompleto, aproximado, una interpretación. Nunca vamos a poder hacer copias directas de la "realidad", por lo que a cualquier interpretación que hagamos debemos darle un matiz de duda y someterla a un cambio y actualización continua. El conocimiento humano que supone una abstracción y una interacción continua entre observador y observado nos introduce en una incertidumbre que debemos saber manejar (véase, desarrollo de la orientación extensional).

Existe una relación entre estas dos premisas. Cuando abstraemos lo hacemos de forma no verbal, creando experiencialmente nuestras 'percepciones' de las 'cosas' a partir de todo el flujo del cambio. Al hablar, nombramos y describimos estas 'cosas' que no existen como las 'conocemos' al margen de nuestras abstracciones. Dividimos con palabras lo que no aparece dividido en el mundo en proceso (Presby Kodish y Kodish, 2001). Así, lo que nos están diciendo estas premisas es que nuestras abstracciones en un nivel son diferentes a nuestras abstracciones en otro nivel.

La tercera premisa, el lenguaje es auto-reflexivo, nos introduce, básicamente, en dos cuestiones. En primer lugar, mediante ella podemos intentar conocer el nivel lingüístico en el que se dan nuestras reacciones, permitiéndonos algo importante: entender los problemas de 2º orden, como el miedo al miedo, o la ansiedad ante la ansiedad (Lee, 1952, 2002). En segundo lugar, si cuando hacemos un mapa debemos incluir a quien hace el mapa, tendremos que asumir la influencia del observador en lo observado. Si ser es estar relacionado (Keyser, citado en Korzybski, 1933) y conocer se convierte en un fenómeno conjunto del observador y lo observado (Korzybski, 1924), nuestro conocimiento tiene lugar en un marco de incertidumbre y de probabilidades, que se enmarca en un contexto relacional y lingüístico.

Desde esta perspectiva lingüística se han identificado dos orientaciones básicas hacia el lenguaje (Caro, 1999; Johnson, 1946; Korzybski, 1933). La denominada orientación intensional, supone construcciones de tipo lingüístico que son problemáticas, como la identificación palabras-'hechos', la anticipación, la intensionalización, o el rechazo de 'hechos'. Por otro lado, la denominada orientación extensional, se convierte en la meta principal de la TLE, por cuanto que refleja un uso adecuado del lenguaje. Puede tomar la forma, ante todo, de no identificaciones palabras-'hechos', no anticipación, el empleo de un lenguaje extensional, y la aceptación de 'hechos'. Ésta es una meta concreta que se enmarca en el desarrollo (como meta general) de la actitud extensional.

#### *La actitud extensional en clínica*

El desarrollo de esta actitud extensional ejemplifica buena parte de los elementos principales del tratamiento lingüístico. Para lograr un mejor conocimiento, más ajustado en estructura al mundo de los 'hechos' (relacionando palabras y 'hechos', pero no identificándolos), debemos tomar en cuenta lo siguiente.

Cuando trabajamos con un paciente es deseable que éste reconozca, en primer lugar, que vive en un mundo lingüístico, en un mundo de palabras. El paciente tiene que reconocer sus principales evaluaciones y las consecuencias que le traen. En segundo lugar, y relacionado con lo anterior, el paciente debe aprender a diferenciar entre lo que experimenta y lo que dice o "narra" sobre aquello que experimenta, o cómo construye sus experiencias. Teniendo en cuenta, que nunca se debe dar una identificación entre palabras y 'hechos'.

En tercer lugar, y tal y como se ha identificado mediante estudios de procesos (Caro, 1997, 1999), es primordial que el paciente logre la no anticipación y el foco en el aquí y ahora. Como recoge la Semántica General (Korzybski, 1933), se debe seguir el orden más natural y adecuado de evaluación: primero 'hechos', después palabras. En este sentido, se hace evidente la necesidad de que el paciente se focalice en el aquí y ahora, evitando anticipaciones y salto a conclusiones. Es decir, se debe lograr que los pacientes establezcan el "retraso en la acción".

Finalmente, debemos destacar dos elementos principales de esta actitud extensional y que están relacionados. En el contexto de la TLE se asume que vivimos en un mundo en proceso, cambiante. Aunque tengamos la tendencia a ver las cosas como estáticas, o inalterables, el cambio subyace a todo lo que conocemos (Kodish, 2003). Desde este punto de vista, buena parte del quehacer clínico hacia la extensionalización, implica lograr que los pacientes asuman la incertidumbre. Esto es, si lo que decimos no es lo que pasa, si sólo conocemos una parte pequeña de lo que pasa, pues al conocer abstraemos, si nuestro conocimiento no es cierto, ni objetivo, siendo una construcción e interpretación, si no podemos anticipar, lo que vamos a deducir es que tenemos que aprender a sentirnos cómodos con la incertidumbre.

#### *Los problemas emocionales en el marco de la TLE*

Siguiendo los elementos que hemos desgarnado con anterioridad, nos gustaría concretar, brevemente, cómo se conceptualizan los problemas emocionales en la TLE. Estos estarían relacionados con:

1. El uso de un lenguaje que no se ajusta en estructura a la estructura del mundo de los 'hechos', con el empleo de construcciones lingüísticas caracterizadas por: a) Identificación; b) No reconocimiento de la conciencia de abstracción; y c) Orientación intensional.
2. La meta será el desarrollo de una orientación extensional caracterizada, fundamentalmente, por

la no identificación y por el desarrollo de la conciencia de abstracción.

3. El foco principal va a estar en las evaluaciones que hagan los pacientes que reflejarán su orientación hacia el lenguaje. Ahora bien, cualquier evaluación debemos emplazarla como siendo un elemento significativo del funcionamiento del organismo-como-un-todo-en-un-ambiente-neuro-semántico y neuro-lingüístico.

4. Los problemas psicológicos se pueden relacionar con reacciones psico-lógicas, es decir, con los significados y las configuraciones relacionales de este organismo-como-un-todo-en-un-ambiente-neuro-semántico y neuro-lingüístico.

5. Los problemas psicológicos tienen que ver con que el individuo no se da cuenta de que vive en un pleno de lenguaje y de símbolos, en un ambiente doctrinal, que enlaza de forma acrítica.

#### *Principales técnicas de la TLE*

Las principales técnicas de la TLE provienen del marco semántico-general, aunque adaptadas a un contexto cognitivo actual. Las técnicas de la TLE son cuatro y la meta de ellas es la misma: el logro del desarrollo de la actitud y de la orientación extensional.

Las dos técnicas principales serían los órdenes de abstracción y los dispositivos extensionales adaptadas de los primeros trabajos semántico-generales (Johnson, 1946; Korzybski, 1933, 1951). Los órdenes de abstracción suponen aprender un proceso de tipo inductivo, que yendo de lo más concreto (nivel de los 'hechos'), hasta lo más abstracto (nivel de las conclusiones) y pasando por distintos niveles verbales, logre que el paciente llegue a conclusiones más extensionales. Por su parte los dispositivos extensionales facilitan que el paciente cuestione sus enunciados de tipo intensional, para que logre hacerlos más extensionales. Las otras dos técnicas desarrolladas serían el trabajo con las evaluaciones, encaminado, sobre todo, a lograr que los pacientes identifiquen su orientación hacia el lenguaje y el debate semántico-general que supone cuestionar el uso que hace el paciente del lenguaje (empleo clínico de las derivaciones de las 3 premisas no aristotélicas) y establecer un diálogo conjunto paciente-terapeuta que facilite un cambio lingüístico. Por cuestiones de espacio remitimos al lector a trabajos actuales para una mayor descripción y ejemplificación (Caro, 2011b, 2014).

#### *La terapia de aceptación y compromiso*

La terapia de aceptación y compromiso (ACT, como término en inglés y no como siglas) recibió distintas denominaciones en sus inicios (véase Pérez,

1996). El primer manual de la ACT es de 1999 (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999) y se considera que surge de forma paralela a otras terapias de conducta, para las cuales la aceptación es una premisa básica (Luciano y Molina, 2003). Sus primeras publicaciones datan de mediados y finales de los 80 (véase una revisión en Hayes y Strosahl, 2004).

La ACT puede alegar una serie de trabajos diversos, tanto de investigación de resultados, como de procesos, que dan cuenta de su eficacia en grupos amplios de trastornos y de algunos de sus principales elementos (véase, por ejemplo, Hayes, Pistorello y Levin, 2012), aunque revisiones recientes ofrecen dudas al respecto (Öst, 2014). En este sentido, podemos decir que es una terapia que produce un gran volumen de literatura en diversos idiomas, bien divulgada por sus proponentes, por ejemplo a través de la Association for Contextual Behavioral Science ([www.contextualpsychology.org](http://www.contextualpsychology.org)), o del ACT Instituto (en España, o en Argentina a través del grupo-act.com.ar), o del Journal of Contextual Behavioral Science.

Su base filosófica es el contextualismo funcional que entiende lo psicológico como un producto de la historia de cada persona, y en donde pensar y sentir son una construcción socio-verbal que nos lleva a considerar que la relación entre eventos privados y acciones es consecuencia de una interacción social arbitraria (Wilson y Luciano, 2002). Igualmente, la ACT asume la teoría del marco relacional que destaca la importancia del lenguaje en la vida humana, sobre todo en cuanto a su influencia en el control relacional o simbólico de los estímulos, lo que se denomina el aprendizaje relacional. Según esta teoría, "el centro del lenguaje y la cognición humanas es la habilidad aprendida y contextualmente controlada para relacionar eventos de forma arbitraria, de forma mutua y en combinación, y para cambiar las funciones de los eventos específicos basadas en sus relaciones con los otros" (Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis, 2006, pág. 5).

Los diversos textos y artículos bajo la etiqueta de la ACT coinciden en señalar como elementos principales aquellos que giran en torno a la relevancia del trastorno de evitación experiencial (TEE), o cuando la persona no quiere establecer contacto con sus experiencias privadas intentando alterar la forma, la frecuencia y las condiciones o contextos que las generan (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999). El TEE es un fenómeno eminentemente verbal que requiere la comprensión de la historia socio-verbal del cliente, siempre desde la perspectiva contextualista y del marco relacional (Luciano y Molina, 2003). Así, los clientes que mejor se ajustan a la ACT son aquellos que llevan toda su vida embarcados en esta evita-

ción experiencial, luchando contra sus eventos privados (Wilson y Luciano, 2002).

Otros elementos importantes tienen que ver con la relevancia del lenguaje, los problemas que tiene el intento de ejercer control sobre los eventos privados, la importancia de los valores y el compromiso con la actuación y consecuencia de estos valores, etc. La meta principal de la ACT es la flexibilidad cognitiva. Ésta se logra mediante seis elementos principales presentados como procesos, y que, por motivos de espacio, enunciaremos sólo en este apartado. Volverán a aparecer en el apartado siguiente.

Los seis procesos principales de la ACT son: aceptación, defusión cognitiva, el sí mismo como contexto, estar en el presente, la importancia de los valores y la acción comprometida (revisadas en, Hayes, Pistorello y Levin, 2012).

Convergencias y diferencias entre TLE y la ACT

#### *El papel del lenguaje*

Indudablemente, y a tenor de lo expuesto hasta ahora, la convergencia principal entre ambas terapias es el papel del lenguaje como marco que propicia la aparición de problemas psicológicos de todo tipo, y no sólo psicológicos. Con el lenguaje construimos nuestra realidad y avanzamos como especie. El análisis que hace la ACT del lenguaje corresponde, en buena medida (hasta que entra en juego la terapia de conducta, el contextualismo funcional y la TMR) al de la Semántica General que nosotros asumimos, por completo, en la TLE. Por ejemplo, el siguiente párrafo sería asumido, creemos que sin problemas por Korzybski y todos los semánticos generales. Dicen Hayes, Strosahl, Bunting, Twohig y Wilson (2004, pág. 3):

“Los seres humanos emplean el lenguaje para dar forma a su mundo: para estructurarlo y darle significado. El lenguaje construye nuestros rascacielos, da fuerza a nuestro acero, crea la elegancia de las matemáticas, y da forma a nuestra representación artística de la belleza. El lenguaje ha sido el origen de muchos de los logros humanos por lo que es lógico que nos dirijamos a él para identificar un problema y articular una solución. No obstante, que el lenguaje pueda ser tan útil lo puede convertir en problemático. El lenguaje no sólo permite los logros humanos, sino nuestra habilidad para proyectar futuros temidos, compararnos con ideales no realistas, o encontrarnos anhelando, o atormentar nuestras almas con la finitud de la vida misma. El lenguaje está en el centro de la destacable tendencia humana a sufrir en medio de la plenitud”.

Esta importancia del lenguaje se concreta en la ACT en dos conceptos: fusión cognitiva y deslitali-

zación (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999) o, lo que es lo mismo, el lenguaje como un sirviente o como un maestro (Hayes, et al., 2004). Cuando en la ACT se habla de fusión cognitiva se habla de dar una cualidad literal al pensamiento humano (Hayes, Pistorello y Levin, 2012), en el contexto de la literalidad del lenguaje. Así, las palabras se apropian del significado de los objetos a los que se refieren (Pérez, 1996). Mientras que esta característica del lenguaje se analiza desde una perspectiva contextual, en la SG/TLE se analiza desde una perspectiva no-aristotélica (Korzybski, 1933). Es decir, para la TLE la “literalidad del lenguaje” supone una identificación mapa-territorio que debe resolverse en terapia. Esta es una de las principales metas de la TLE, dentro del desarrollo de la orientación extensional, mediante el logro de la no identificación, y del ajuste estructural palabras-‘hechos’.

La ACT busca que la persona se relacione con sus eventos privados buscando una deslitalización y una defusión cognitiva (explotar o abrir una mente; Hayes y Wilson, 1994). Los numerosos ejemplos que de ello se dan tienen una fácil lectura SG/TLE. Por ejemplo, pensar “soy un fracaso”, significa que la persona está “metida” en “ser un fracaso” (las cuestiones teóricas y el empleo del verbo ser los analizó Korzybski en 1933). La opción que propone la ACT es que la persona se dé cuenta de que “estoy teniendo el pensamiento de que soy un fracaso”. Tomar a este pensamiento como un pensamiento, y no como algo en un sentido objetivo sería típico del contexto de la TLE/SG en el sentido de que la TLE busca cambiar las relaciones lenguaje-‘hechos’.

Es interesante señalar que tomar a los eventos privados como tales eventos y no como realidades, puede tener una segunda lectura no-aristotélica. La 3ª premisa no-aristotélica nos habla de las características auto-referenciales del lenguaje. Es decir, siempre se puede hacer un mapa sobre otro mapa, etc. Esta capacidad auto-reflexiva y auto-referencial también la señalaron Hayes, Strosahl y Wilson (1999), en el contexto de la “arrogancia de las palabras”, pero sin citar la obra de Korzybski. El análisis que nos da la SG/TLE de esta capacidad auto-reflexiva es sencillo y depende de la multiordinalidad de los términos (brevemente, el significado cambia según el nivel de abstracción). Por ejemplo, el primer nivel sería “soy un fracaso”, mientras que el segundo sería, “estoy pensando que soy un fracaso”, y el tercer nivel, “estoy pensando, que estoy pensando que soy un fracaso”. Aunque podemos seguir así indefinidamente (teoría de los tipos lógicos de Whitehead y Russell), las implicaciones para nuestro bienestar, del primero y segundo nivel, son bien diferentes. Mientras que uno nos “bloquea” (el

primero), el otro (segundo nivel lingüístico) permite un cierto distanciamiento.

Existen notables divergencias en el desarrollo que ambas terapias hacen del lenguaje, siendo el principal motivo el marco teórico del que se parte (es importante que incluyamos, en esta comparación a la SG, al asumir la TLE sus principios teóricos). Las influencias más importantes de la Semántica General provienen de científicos, matemáticos y filósofos, como, por ejemplo, Russell (relaciones sujeto-predicado); Whitehead (teoría físico-matemática sobre 'hechos'-objetos; relatividad espacio-tiempo); Keyser (filosofía matemática; relación; función doctrinal), Einstein (relatividad espacio-tiempo); Wittgenstein (importancia del lenguaje y de lo "indecible"); Heisenberg (principio de incertidumbre); o Polakov (enlazar el tiempo). Es decir, autores que nos señalaron el papel del lenguaje y de la ciencia, sobre las precauciones ante él, y reflexiones críticas sobre cómo usarlo (Caro, 1990b).

Por otro lado, la ACT supone un enfoque post-skinneriano, con su desarrollo particular hacia el contextualismo funcional y la TMR. Aunque la TMR supone que el centro del lenguaje humano y de la cognición es la habilidad para relacionar eventos (Hayes, 2004), y para la SG/TLE, tal y como planteaba Korzybski (1933), "ser es estar relacionado", existen diferencias entre ambos enfoques.

La SG asumió una postura no-elementalista (organismo-como-un-todo en un ambiente neuro-semántico y neuro-lingüístico; problemas de las relaciones sujeto-predicado), en la que el organismo no es la mera suma algebraica de sus partes, sino que se debe tomar como un todo integrado. La consideración sujeto-predicado nos lleva a un conocimiento equivocado que deja de lado los medios estructurales con los que podemos representarnos a nosotros mismos y al mundo, y nos lleva a dificultades de tipo psico-lógico.

Korzybski (1933) señaló diversos tipos de relaciones (simétricas, asimétricas, transitivas, no-transitivas e intransitivas) que nos permitían conocer la estructura de la 'realidad' y algunas de ellas aparecen representadas en la TMR. Nos centraremos sólo en tres de ellas. Las relaciones simétricas se expresan como sujeto-predicado, y suponen la primera propiedad del aprendizaje relacional según Hayes (2004). Las relaciones asimétricas son las más importantes y son básicas en el marco de la SG. En este tipo de relaciones, el orden es fundamental, ya que lo que existe entre A y B, no puede existir entre B y A. Estas relaciones (expresadas mediante términos evaluadores, como "más", "menos", "mejor", o "peor"), producen en nosotros evaluaciones y significados específicos, comprendidos en función del orden y de la relación. Suponen una estructura

no-aditiva, y no-elementalista. Las relaciones transitivas (si A se relaciona con B, y B con C, de ahí se sigue que A se relaciona con C), también aparecen en el marco de la ACT, y corresponderían a la segunda propiedad (la vinculación combinatoria; Hayes, op. cit.).

La principal y obvia diferencia, muy brevemente, es que la TMR es una teoría del aprendizaje, de tipo conductual, y la SG es una teoría sobre el conocimiento y el significado humanos a través del lenguaje. Indudablemente, no es conveniente plantear cuál es más general o específica, sino señalar sus distintas derivaciones que, por motivos de espacio, debemos concretar en el desarrollo y características de las dos terapias aquí comparadas.

### *La psicopatología*

En relación a la psicopatología, y como se ha expuesto, la ACT, aunque se aplica en un gran número de trastornos, se centra, básicamente, en todo aquello que tiene que ver con el TEE. Lo formulan, lo describen, y lo concretan en una amplia variedad de taxonomías ya establecidas (Luciano y Molina, 2003). Al respecto, hay una diferencia notable por cuanto que en la SG y la TLE no se habla, ni se describe, ni se focaliza en un trastorno concreto. Aunque la TLE ha surgido asociada al tratamiento de casos de "depresión" y "ansiedad", en principio se puede aplicar a cualquier trastorno. No obstante, y por sus características, consideramos difícil su aplicación en casos de "psicosis" o de "trastornos graves de la personalidad". Tanto la ACT (véase, Hayes, Pistorrello & Levin, 2012) como la TLE, no están basadas sobre una psicología de la anormalidad, ni en una clasificación de síndromes. Si en la ACT se habla del TEE, en la TLE se habla de la orientación intensional como mecanismo que explica los problemas de tipo psicológico.

Aunque difieren, pues, respecto a la búsqueda de un trastorno central, la ACT y la TLE convergen en sus posibilidades de aplicación. Ambas se pueden aplicar a cualquier persona, en relación a todo aquello que tiene que ver con el sufrimiento y el bienestar humanos. En el caso de la TLE, esto es muy obvio. Dado que se centra en cómo usamos el lenguaje los seres humanos y en su influencia en nuestro bienestar, este uso está presente de forma continua en cada uno de nosotros a la hora de evaluar y dar sentido a todas y cada una de nuestras experiencias, por lo que, en principio, su uso puede ser general. La ACT se presenta como un enfoque general (no gira en torno a un trastorno concreto, sino a la evitación experiencial como algo común), que puede diseñarse para su aplicación en distintas poblaciones, settings, etc. (Hayes, Strosahl, Bunting, Twohig

& Wilson, 2004). Además, la ACT se puede aplicar a los seres humanos en general y no sólo a aquellos que pueden entrar en determinados criterios diagnósticos (Hayes, Pistorello & Levin, 2012).

La posibilidad de aplicación general de la TLE coincide plenamente con el rango de aplicación de la SG desde sus inicios, que no fue sólo psicoterapéutico, sino en el campo del marketing, el análisis de la comunicación humana, los estudios sobre la paz, etc. El lector interesado puede consultar el extinto *General Semantics Bulletin*, o el *Etc* para ver su amplio rango de aplicación, así como su página web: <http://www.generalsemantics.org/> donde se recogen textos y publicaciones de SG en distintas áreas.

Siguiendo con esta cuestión de la aplicación y del rango de desarrollo consecuente, hemos de reconocer que el ámbito y el desarrollo de la TLE, ha sido más modesto que el de la ACT y sus metas bien diferentes. Como se acaba de plantear, la TLE se aplica en un ámbito de trastornos, y no se aplica en otro, aunque se puede aplicar a personas sin diagnóstico psicológico (Caro, 1986b). Nuestros intereses difieren de algunos de los que plantea la ACT. Hayes, Levin, Plumb-Villardaga, Villate y Pistorello (2013) recogen 9 elementos centrales del enfoque de la ciencia contextual conductual. Buena parte de ellos han sido y son también de interés para la TLE, como explicar sus supuestos filosóficos, desarrollar un modelo de psicopatología, e investigar (en procesos y resultados). No obstante, la novena característica: “crear una comunidad no jerárquica, de desarrollo, abierta y diversa” (Hayes et al., pág. 181), no es objeto de interés para la TLE. Carecemos de revistas, asociaciones, e Institutos, aunque sí los haya habido, desde siempre, en SG.

#### *Visión sobre el ser humano*

Otro elemento que está implícito en ambas terapias son las formulaciones del organismo-como-un-todo. Como señalan Hayes et al. (2006) el contextualismo “contempla a los eventos psicológicos como acciones continuas del organismo como un todo interactuando en y con contextos definidos histórica y situacionalmente” (pág. 4). Acto seguido Hayes et al (op. cit.) comentan las raíces filosóficas del contextualismo entre las que se incluye, por ejemplo, el construccionismo social, la psicología narrativa, marxista, etc. Es una pena que no citen, por ejemplo, las tradiciones más clásicas que estos campos tan diversos pueden enlazar. En el campo de la SG/TLE esta noción del organismo-como-un-todo es muy importante (Korzybski, 1921, 1933) y proviene del “espíritu de la época” en la que Korzybski desarrolló su teoría, en donde desde diversos campos (por ejemplo, el concepto de tropismo

en las ciencias naturales, o los conceptos básicos de la Psicología Gestalt) se aboga por este tipo de funcionamiento, como un todo.

El concepto de organismo-como-un-todo nos devuelve, de nuevo, a la importancia de que la estructura del lenguaje no sea elementalista, no separando artificialmente lo que no se puede separar empíricamente (Korzybski, 1933), como mente-cuerpo; razón-emoción, etc., de ahí el concepto de evaluación. Aunque, como tal, esta cuestión del organismo-como-un-todo es muy amplia y supone un funcionamiento integral y en interacción del ser humano (metido en un pleno de valores y de símbolos), debemos precisar que este funcionamiento supone para la SG que el organismo, funciona como un todo en un ambiente neuro-lingüístico y neuro-semántico.

#### *La aceptación*

La aceptación es uno de los elementos clave de la ACT y también de la TLE. Para la ACT la aceptación se presenta como una habilidad que se puede aprender. Supone no rechazar los eventos privados, es decir, pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales. Cuando aceptamos estamos actuando y no simplemente sintiendo o pensando sobre dichos eventos privados. La meta, a diferencia de lo establecido en otras terapias (por ejemplo, la exposición o la terapia cognitiva) no es la de reducirlos, sino la de darles la bienvenida, entrando en contacto con ellos, sin ningún tipo de defensa (Hayes y Wilson, 1994).

Como señalaron Hayes y Wilson (1994) se nos socializa para el control, y los clientes llegan a terapia intentando controlar, sin éxito, sus eventos privados. Siguiendo a Hayes, Strosahl y Wilson (1999), la ACT quiere lograr una desesperanza creativa que considera como problema principal intentar controlar los eventos privados. Se lucha así contra reglas basadas en el lenguaje y sancionadas culturalmente que nos dicen que tenemos un problema cuando experimentamos eventos privados que son desagradables. Lógicamente, estos van a actuar como señales de que algo va mal y que para vivir plenamente debemos cambiarlos, corrigiendo aquellos déficits que los provocan (por ejemplo, baja auto-estima), comprendiendo y modificando los factores adversos que causan la dificultad. Entonces, se busca hacer que el cliente entre en contacto con la experiencia (frente a la lógica razonable) y que comprenda que la estrategia o el plan que sigue (hacer X para reducir Y), y no lo que hace, es lo que no ha funcionado (Luciano y Molina, 2003). Siguiendo estos principios el cliente irá aprendiendo que no debe seguir por el camino habitual, ya que las “soluciones” emplea-

das hasta el momento no han tenido éxito. Es decir, como mantuvieron Watzlawick, Weakland y Fisch (1974) “cuando la solución es el problema”.

Cuando hablamos de aceptación en la TLE tenemos que entender que el rechazo de todo lo que nos pasa viene propiciado por un uso intensional del lenguaje. Asumir que las cosas (en general) deben ser de manera diferente a lo que “son”, supone, además una identificación. Podemos asumir que este concepto de “aceptación” tiene un matiz más amplio en la TLE que en la ACT. En la TLE, y partiendo de nuestros estudios procesuales (Caro, 1997, 1999) cuando hablamos de aceptación nos referimos a la aceptación de cualquier tipo de ‘hecho’, experiencia, cosa que nos pase, incluyendo, por supuesto, a nuestros eventos privados. La aceptación para la TLE es consecuencia de no dejarnos llevar por palabras, por nuestras premisas y supuestos, intentando ajustar estructuralmente el lenguaje a ‘hechos’. A pesar de estas diferencias, la ACT y la TLE coinciden en señalar que esta aceptación no es tolerancia o simple resignación (Caro, 2014; Hayes, Pistorello y Levin, 2012).

Finalmente, en la TLE planteamos la imposibilidad de lograr el control sobre todo lo que nos pasa, por tanto, el necesario manejo de la incertidumbre (Caro, 2014).

### *La importancia del presente*

Un elemento sobre el que podemos señalar una convergencia importante entre la ACT y la TLE es la importancia de estar en contacto con el momento presente. Estar en contacto, se ha definido como experimentar, de forma consciente, sin evaluar ni enjuiciar los eventos internos y externos (Twohig & Hayes, 2008). El punto de contacto entre ambos enfoques sería la importancia que tiene el foco en el presente, en el aquí y ahora, buscando la no-identificación, no-anticipación y el retraso en la acción. Este foco en el presente se relaciona directamente con el desarrollo de la orientación extensional, es decir, dirigir al cliente hacia el mundo en proceso en el cual vivimos (Caro, 1990a, 1994, 2014).

No obstante, hay una diferencia importante y es que, mientras en la ACT se focaliza al cliente a experimentar ese presente (por ejemplo, a través de ejercicios de conciencia plena), en la TLE el foco en la experiencia presente (además de favorecer la no-anticipación, como acabamos de señalar) se contempla en relación a cómo aportamos significado, mediante el uso del lenguaje, a esta experiencia presente. La idea, que hemos señalado en repetidas ocasiones, es ajustar estructuralmente mapas y territorios. Hemos de decir que este “juego” lenguaje-‘hechos’, es básico en la TLE y lo es como terapia

cognitiva que es. Este “juego” también lo es en SG, pero aquí debemos hacer una salvedad: la importancia del trabajo con el nivel de las experiencias, con el nivel no-verbal, y hacerlo “sin palabras” (“bajando el volumen”, Presby-Kodish y Kodish, 2001), es también clave en SG. Los trabajos clásicos de Schuchardt-Read (1952, 1964/1965, 1965/1966) y de Johnson (1946) sobre el reconocimiento de la conciencia organísmica o los ejercicios en abstracción no verbal indican que entrar en contacto con lo no verbal (“estar presente” en el contexto de la ACT), evitando “lenguajear” ha sido muy común desde los inicios de la SG.

Un ejemplo de esta cuestión, de este “acercamiento” al nivel de nuestras experiencias, no sólo está en la técnica de los dispositivos extensionales (re-enunciar un enunciado haciéndolo más flexible y condicional, más ajustado en estructura a ‘hechos’), sino en la técnica de los órdenes de abstracción. Esta técnica facilita un proceso inductivo que hace que el cliente se focalice en el mundo no-verbal, en el mundo de los ‘hechos’ y se dé cuenta de cómo usa el lenguaje (a través de identificaciones, anticipaciones, lenguaje intensional, rechazo de ‘hechos’), pasando después a los niveles verbales (a través de etiqueta, descripción, inferencias y conclusión) intentando que estos niveles faciliten una conclusión extensional. Como dicen en la ACT, “generalmente, la gente se da mucha más cuenta del mundo estructurado por pensamientos sobre los eventos, que de los mismos eventos” (Twohig y Hayes, 2008, pág. 7).

### *El foco en los valores*

Un elemento principal de la ACT es el foco en los valores (o lo que quiere hacer uno con su vida, Luciano y Molina, 2003), y aquí debemos establecer una gran diferencia con la TLE, por cuanto la TLE no hace explícita esta cuestión. Aunque en SG, en su definición, se hable de valores (Korzysbki, 1948), se hace en cuanto a aquello que evaluamos (lo que nos gusta, disgusta, a lo que nos acercamos, etc.), reacciones semánticas, el individuo metido en un pleno de valores, etc. (véase, Caro 2014, para una revisión más extensa). Estas evaluaciones se construyen mediante el lenguaje y con éste se trabaja y se dirige la TLE.

A nuestro entender, en la ACT se habla de valor como elección, aquello que valoramos como un buen objetivo para nosotros; mientras que en la TLE/SG, se habla de valor como evaluación, relacionado con el significado que aportamos a las cosas, la reacción semántica de un individuo. Creemos que estas diferencias se explican, ante todo, por la coherencia de ambas terapias con sus marcos teóricos. La formu-



lación de los valores es propia de la SG como una teoría de la evaluación, mientras que la ACT supone dar importancia a las acciones conducentes al desarrollo de estos valores. Mientras que la ACT busca de forma muy clara que el individuo logre vivir conforme a sus valores, para lo cual debe actuar y comprender las acciones consecuentes, en la TLE se asume que al funcionar el ser humano como un todo en un ambiente neuro-semántico y neuro-lingüístico, la acción sigue a la comprensión de cómo construir la “realidad” a través del lenguaje.

En el Cuadro 1 nos aparece un breve resumen de algunos de los principales elementos teóricos descritos hasta el momento (véase, igualmente, Cuadro 2).

### *Técnicas terapéuticas*

En cuanto a la comparación de la ACT y la TLE, en términos de técnicas, lo primero que hay que señalar es que la ACT emplea técnicas de tipo conductual, mientras que en la TLE sólo se emplean técnicas que provienen del marco SG (enmarcadas en un contexto de trabajo cognitivo), como las descritas más arri-

ba. Además, la ACT tiene un número más elevado, entendiendo por técnicas, ejercicios de diverso tipo. Estas técnicas se podrían calificar más como ejercicios e intervenciones, comentarios o metáforas que introduce el terapeuta. Ejemplos serían, y siguiendo a Strosahl, Hayes, Wilson y Gifford (2004), la oración de la serenidad, “cambia lo que se puede cambiar y acepta lo que no se puede cambiar” o comentarios que buscan disminuir la evitación, como “definir el impacto de la evitación”, o practicar “estoy teniendo el pensamiento de que soy un fracaso”, o decir nuestros pensamientos con “voces tontas” (como la del Pato Donald), o que el cliente escriba lo que le gustaría leer en su tumba.

También existe una gran diferencia en cuanto a la finalidad de las técnicas y ejercicios en la ACT y en la TLE. Lo importante, en la ACT, es lograr el desarrollo de los 6 principios básicos ya expuestos, mientras que en la TLE sus cuatro técnicas principales (trabajo con las evaluaciones, debate semántico general, órdenes de abstracción, dispositivos extensionales) se encaminan al desarrollo de la orientación extensional.

**Tabla 1. Principales semejanzas y diferencias teóricas entre la TLE y la ACT**

ELEMENTO TEÓRICO	TLE	ACT
Foco	Papel del lenguaje: 3 Premisas no-aristotélicas Cambiar relaciones lenguaje-‘hechos’ No identificación mapa-territorio Multiordinalidad y auto-reflexión del lenguaje	Papel del lenguaje: Contexto de literalidad del lenguaje Fusión cognitiva Desliteralización Capacidad auto-reflexión y auto-referencial
Origen y emplazamiento	Teoría de la Semántica General Psicoterapia cognitiva	Teoría del marco relacional Contextualismo funcional Terapia de conducta de 3 <sup>a</sup> ola
Visión del ser humano	Ser humano como enlazador de símbolos Organismo como un todo en un ambiente neuro-semántico y neuro-lingüístico	Contextualismo: Organismo interactuante, como un todo
Conceptos principales-1	Actitud y orientación extensional: No identificación No anticipación Vivimos en un pleno de lenguaje y en un mundo en proceso Aceptación y manejo de la incertidumbre	Fusión y defusión cognitiva Desliteralización El sí mismo como contexto La acción comprometida
Conceptos principales-2	Aceptación: Más amplio: ‘hechos’, cualquier experiencia, eventos privados, etc. Importancia del presente: Foco en el aquí y ahora, no identificación, no anticipación, retraso en la acción	Aceptación: Menos amplio: eventos privados Importancia del presente: Estar en contacto con la experiencia presente
Valores y espiritualidad	Noción general sobre los valores: Valor como evaluación Respeto, pero no tiene en cuenta la dimensión espiritual	Noción específica sobre valores: Elecciones vitales Respeto, se enfoca, y tiene en cuenta la dimensión espiritual
Tipo de investigaciones	Resultados y procesos	Resultados y procesos

### *El foco terapéutico*

Aunque hay diferencias en cuanto al rango de técnicas, hay más cercanía en cuanto al foco. La ACT busca cambiar la función de los eventos privados, y no la forma y frecuencia de dichos eventos (Hayes y Wilson, 1994), aunque este cambio del contenido no es un anatema en la ACT (Hayes, 2005). La ACT no trabaja en cambiar el contenido del pensamiento problemático, sino en llevar el lenguaje y el pensamiento del cliente bajo el control contextual apropiado (Hayes et al., 2004). Este es un punto importante de cercanía, puesto que la TLE no se preocupa tanto por el contenido del pensamiento (una anticipación “es” una anticipación ya sea de algo negativo, “voy a fracasar”, como de algo positivo, “voy a tener éxito”), como de la actitud que tiene el cliente frente al lenguaje (orientación intensional vs. orientación extensional). Así, lo que se intenta cambiar es el uso del lenguaje para ajustarlo estructuralmente a los ‘hechos’. El contenido, per se, no es tan relevante.

### *El terapeuta y la relación terapéutica*

Con una terapia de las características de la ACT, la relación terapéutica es básica (Luciano y Molina, 2003). La relación terapéutica en la ACT se caracteriza por ser de tipo aceptador, activa, basada en valores, que se da cuenta, atenta y no juzgadora (Pierson y Hayes, 2007, citados en Hayes, Pistorello y Levin, 2012). Para la TLE la relación terapéutica es muy importante y, por lo general, se la ha enmarcado en torno al concepto de alianza terapéutica (Caro, 2002). Una buena relación terapéutica es aquella que, siguiendo a Bordin (1979), tiene un buen vínculo cliente-terapeuta, habiendo un acuerdo en metas/objetivos, y en tareas para conseguir esos objetivos. Sin ella, creemos que es difícil practicar la terapia y más una terapia activa y directiva como la TLE.

Un elemento convergente importante es cómo se analiza la figura del terapeuta en ambas perspectivas. Si partimos de que los terapeutas empleamos el lenguaje, las trampas de éste, el contexto de la literalidad (Hayes et al., 2012) nos van a atrapar a terapeutas y clientes por igual. Así se reconoce en la TLE desde sus inicios (Caro, 1990b) y también en el contexto de la ACT. Sin embargo, en la ACT se desarrollan ejercicios para trabajar esta cuestión con los terapeutas (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999), y no así en la TLE, que las señala pero no desarrolla un tipo específico de entrenamiento para los terapeutas en este sentido.

### *La cuestión de la espiritualidad*

Desde sus inicios Hayes (1984) ha relacionado los principios de la ACT con la espiritualidad y con sus ventajas, enmarcado todo ello en relación al lenguaje. Así, “se ha dicho que el lenguaje ha producido una “pérdida de inocencia” en la humanidad. La historia de Adán y Eva es, quizás, el reflejo de este pensamiento. Se dice que la espiritualidad reestablece cierta “inocencia experienciada”” (Hayes, 1984, pág. 108). Como reconocen recientemente Hayes, Strosahl y Wilson (2012), la espiritualidad se valora mucho en la ACT y se la entiende no como una religión organizada ni creencias en la divinidad, sino como ver el mundo reconociendo la cualidad trascendente y universal de la experiencia y la condición humana. Siguiendo la desliteralización del lenguaje y demás principios de la ACT es posible conseguir un sentido trascendente del yo. Estos temas de espiritualidad y de religión sólo se tratan si el cliente lo considera necesario, pero lo que se asume en la ACT es que los terapeutas no deben poner una barrera ante tales temas. Así, por ejemplo, los terapeutas que tienen experiencias con religiones orientales o con las técnicas de conciencia plena, se van a adaptar mejor a la ACT.

Desde la TLE cualquier religión, creencia religiosa, búsqueda de una espiritualidad y de trascendencia vital, etc. se respeta, pero la TLE surge, por completo, al margen de este tipo de cuestiones, tan de moda hoy en día. Forman, o pueden formar parte, del marco de referencia de un cliente y como tal deben respetarse, pero ni se fomenta ni se busca este desarrollo o cercanía a posturas espirituales.

En la tabla 2 nos aparece un breve resumen de algunos de los elementos de tipo clínico, descritos hasta el momento (véase, igualmente, tabla 1).

En conclusión, la TLE surge con anterioridad a la ACT y se ha desarrollado de forma diferente. Ambas provienen de marcos teóricos distintos pero que coinciden en su foco aunque sea desarrollado de forma diferente. Para ambas el lenguaje tiene una importancia capital para entender al ser humano y los problemas que aquejan a los seres humanos. Cuestiones como la desliteralización y la defusión cognitiva tienen mucho que ver con la no-identificación y el uso extensional del lenguaje.

También ambas se focalizan en la importancia del presente y de la aceptación. A pesar de estos focos comunes, la diferencia de origen hace que sus desarrollos y justificaciones teórico-clínicas sean diferentes, tal y como acabamos de exponer. Finalmente, existen diferencias en cuanto al volumen de técnicas y ejercicios en cada una de ellas, a la estructura de la relación terapéutica y al reconocimiento de la espiritualidad.

Tabla 2. Principales semejanzas y diferencias clínicas entre la TLE y la ACT

Elemento clínico	TLE	ACT
Meta terapéutica	Desarrollo de la actitud y orientación extensional	Flexibilidad cognitiva y distanciamiento comprensivo
Técnicas terapéuticas	4 principales de tipo semántico-general: trabajo con las evaluaciones; debate semántico-general; órdenes de abstracción; dispositivos extensionales	Numerosos recursos de tipo conductual y de otro tipo: ejercicios, comentarios, metáforas, etc.
Tipo de pacientes	No se focaliza en un trastorno concreto: Donde haya orientación intensional Problemas emocionales No basada en: Psicología de la Anormalidad y en clasificación de síndromes	Trastorno de evitación experiencial: Donde haya evitación experiencial Cualquier sufrimiento y bienestar No basada en: Psicología de la Anormalidad y en clasificación de síndromes
Foco terapéutico	Foco en la actitud hacia el lenguaje, menos que en el contenido o frecuencia	Foco en la función, menos que en el contenido o frecuencia
Relación terapéutica	Básica y fundamental: Concepto de alianza terapéutica (vínculo, acuerdo metas y tareas)	Importante: Aceptadora, activa, compasiva, basada en valores, etc.
Terapeuta	Influido por el contexto de la literalidad: Reconocimiento, sin trabajo directo	Influido por el contexto de la literalidad: Ejercicios para anularlo

## REFERENCIAS

- Bordin, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy*, 16, 252-260.
- Caro Gabalda, I. (1984). La teoría de la Semántica General de A. Korzybski. *Boletín de Psicología*, 5, 35-60.
- Caro Gabalda, I. (1985). Psicología y Semántica General. *Boletín de Psicología*, Junio, 51-66.
- Caro Gabalda, I. (1986a). Una primera aproximación a la Semántica General como procedimiento terapéutico. *Análisis y Modificación de Conducta*, 12, 617-634.
- Caro Gabalda, I. (1986b). Datos sobre Semántica General. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 41, 301-328.
- Caro Gabalda, I. (1990a). Semántica General y psicoterapia. En I. Caro Gabalda (Ed.), *Psicología y Semántica General* (pp. 219-259). Valencia: Promolibro. Colección de Psicología Teórica.
- Caro Gabalda, I. (1990b). Semántica General: Definición y marco histórico. En I. Caro Gabalda (Ed.), *Psicología y Semántica General* (pp. 45-77). Valencia: Promolibro. Colección de Psicología Teórica.
- Caro Gabalda, I. (1992). La terapia cognitiva de evaluación: Datos sobre su eficacia. *Boletín de Psicología*, 37, 89-109.
- Caro Gabalda, I. (1994). *La práctica de la terapia lingüística de evaluación*. Salamanca: Amarú Ediciones.
- Caro Gabalda, I. (1996). The linguistic therapy of evaluation: A perspective on language in psychotherapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 10, 83-104.
- Caro Gabalda, I. (1997). El proceso terapéutico en la terapia lingüística de evaluación. En I. Caro Gabalda (Ed.), *Psicoterapias cognitivas: estado de la cuestión y procesos terapéuticos* (pp. 291-306). Barcelona: Paidós.
- Caro Gabalda, I. (1999). La investigación de procesos: Análisis de tareas y cambio terapéutico en la terapia lingüística de evaluación. *Psicologemas*, N<sup>o</sup> 25-26, 1-192.
- Caro Gabalda, I. (2002). General semantics-cognitive therapy-constructivism: A relational approach. En I. Caro Gabalda & Ch. Schuchardt Read (Eds.), *General Semantics in psychotherapy* (pp. 324-352). Nueva York: Institute of General Semantics.
- Caro Gabalda, I. (2003). La resolución de experiencias problemáticas en la terapia lingüística de evaluación según el modelo de asimilación (I). *Boletín de Psicología*, 79, 31-57.
- Caro Gabalda, I. (2006a). The assimilation of problematic experiences in the context of a therapeutic failure. *Psychotherapy Research*, 16, 436-452.
- Caro Gabalda, I. (2006b). The assimilation of problematic experiences in the linguistic therapy of evaluation: How did María assimilate the experience of dizziness? *Psychotherapy Research*, 16, 422-435.
- Caro Gabalda, I. (2008). Assimilation of problematic experiences in linguistic therapy of evaluation: A case study. *Journal of Constructivist Psychology*, 21, 151-172.

- Caro Gabalda, I. (2009). Convergence of voices in linguistic therapy of evaluation. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 182-198.
- Caro Gabalda, I. (2011a). El cambio terapéutico a través del modelo de asimilación: su aplicación en la terapia lingüística de evaluación. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16, 169-188.
- Caro Gabalda, I. (2011b). *Hacia una práctica eficaz de las psicoterapias cognitivas*. Bilbao: DDB.
- Caro Gabalda, I. (2014). *El uso del lenguaje en psicoterapias cognitivas: Conceptos y técnicas principales de la terapia lingüística de evaluación*. Bilbao: DDB.
- Caro Gabalda, I., Neimeyer, R. A. y Newman, C. (2010). Theory and practice in the cognitive psychotherapies: Convergence and divergence. *Journal of Constructivist Psychology*, 23, 65-83.
- Ellis, A. (2005). Can rational-emotive behavior therapy (REBT) and acceptance and commitment therapy (ACT) resolve their differences and be integrated? *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 23, 153-168.
- Hayes, S.C. (1984). Making sense of spirituality. *Behaviorism*, 12, 99-110.
- Hayes, S.C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Hayes, S.C. (2005). Stability and change in cognitive behavior therapy: Considering the implications of ACT and REBT. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 23, 131-151.
- Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J. L., & Pistorello, J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior Therapy*, 44, 180-198.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research & Therapy*, 44, 1-25.
- Hayes, S. C., Pistorello, J., & Levin, M.E. (2012). Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist*, 40, 976-1002.
- Hayes, S. C., & Strosahl, K. D. (2004) (Eds.). *A practical guide to ACT*. Nueva York: Springer.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Bunting, K., Twohig, M., & Wilson, K.G. (2004). What is acceptance and commitment therapy? En S. C. Hayes & K. D. Strosahl (Eds.), *A practical guide to acceptance and commitment therapy* (pp. 3-29). Nueva York: Springer.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy*. Reno: Context Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy. The process and practice of mindful change*. Nueva York: Guilford. (Ed. en español en 2014, DDB).
- Hayes, S. C., & Wilson, K. G. (1994). Acceptance and commitment therapy: Altering the verbal support for experiential avoidance. *The Behavior Analyst*, 17, 289-303.
- Johnson, W. (1946). *People in quandaries. The semantics of personal adjustment*. San Francisco: International Society for General Semantics.
- Kodish, B. I. (2003). *Dare to inquiry. Sanity and survival for the 21<sup>st</sup> century and beyond*. Pasadena: Extensional Publishing.
- Korzybski, A. (1921). *Manhood of humanity*. Nueva York: Dutton.
- Korzybski, A. (1924). *Time-binding: The general theory*. Lakeville: Institute of General Semantics.
- Korzybski, A. (1933). *Science and sanity. An introduction to non-aristotelian systems and General Semantics* (4rd ed. 1958). Lakeville: Institute of General Semantics.
- Korzybski, A. (1948). Preface to the third edition of *Science and Sanity*. Lakeville: International Non-Aristotelian Library Publication.
- Korzybski, A. (1951). The role of language in the perceptual processes. En R. R. Blake & V. Ramsey (Eds.), *Perception: an approach to personality* (pp.170-205). Nueva York: The Ronald Press Company. (Edición disponible online, en español: <http://esgs.free.fr/es/art/ak3.htm>).
- Lee, I. J. (1952/2002). On being afraid of being afraid. Reimpreso en I. Caro Gabalda & Ch. Schuchardt Read (2002). (Eds.). *General Semantics in psychotherapy* (pp. 98-103). Nueva York: Institute of General Semantics.
- Luciano, M. C. y Molina, F. J. (2003). El trastorno de evitación experiencial y la terapia de aceptación y compromiso. En I. Caro Gabalda (Ed.), *Psicoterapias cognitivas. Evolución y comparaciones* (pp. 191-210). Barcelona: Paidós.
- Öst, L-G. (2014). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research & Therapy*, 46, 296-321.
- Pérez, M. (1996). *La psicoterapia desde el punto de vista conductista*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Presby Kodish, S., & Kodish, B.I. (2001). *Drive yourself sane. Using the uncommon sense of General Semantics*. Pasadena: Extensional Publishing.
- Schuchardt Read, Ch. (1952). Some aspects of behavior: Comments on several physiological approaches. *General Semantics Bulletin*, 8 & 9, 100-107.
- Schuchardt Read, Ch. (1964/1965). Communication as 'contact'. *General Semantics Bulletin*, 30 & 31, 39-40.
- Schuchardt Read, Ch. (1965/1966). Exploring relations between organismic patterns and korzybskian relations. *General Semantics Bulletin*, 32 & 33, 47-52.
- Strosahl, K. D., Hayes, S. C., Wilson, K. G., & Gifford, E. V. (2004). An ACT primer. Core therapy processes, intervention strategies, and therapist competencies. En S.C. Hayes & K.D. Strosahl (Eds.), *A practical guide to acceptance and commitment therapy* (pp. 31-58). Nueva York: Springer.
- Twohig, M. P., & Hayes, S. C. (2008). *ACT verbatim for depression and anxiety*. Oakland: Context Press.
- Watzlawick, P., Weakland, J., & Fisch, R. (1974). *Change*. Nueva York: Norton.
- Wilson, K. G. y Luciano, M. C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT)*. Madrid: Pirámide.