



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

**TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT) EN  
TRASTORNOS DE ANSIEDAD**

Autor: Almudena Castells de Castro

Director: Isabel Espinar

Mayo 2018

# Índice

	<b>Pág.</b>
<b>I. Introducción</b>	<b>2 - 3</b>
<b>II. Objetivos</b>	<b>4</b>
<b>III. Resultados</b>	<b>4 - 21</b>
1. Consciencia del momento presente	
2. Dimensiones del yo	
3. Defusión	
4. Aceptación	
5. Conexión con valores	
6. Compromiso a la acción	
7. Caso práctico	
<b>IV. Conclusiones</b>	<b>21 - 23</b>
<b>V. Bibliografía</b>	<b>24 - 26</b>

## I. INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017), la prevalencia de los trastornos mentales está aumentando notablemente. Esto tiene grandes consecuencias en el plano social, económico y de la salud. Los trastornos mentales representan el 30% de las enfermedades no mortales y son el segundo motivo de carga de enfermedad en los países del primer mundo. Los sistemas de salud todavía no han podido hacer frente a las demandas y necesidades de tratamiento de la población; incluso en los países con ingresos elevados, solo entre un 45% y un 80% de la población es atendida. Esta cifra disminuye entre un 20 y un 40% en los países con ingresos bajos y medios.

El incremento de los trastornos mentales es tal que entre 1990 y 2013 la cifra de las personas que padecían depresión o ansiedad se había incrementado en casi un 50%. La depresión afecta a 300 millones de personas en el mundo y la ansiedad a 260 millones (OMS, 2016).

Los trastornos de ansiedad, debido a su repercusión en el bienestar personal, las relaciones sociales y la productividad en el trabajo, se vinculan con altos niveles de incapacidad, pudiendo llegar a ser inhabilitantes en función de la prevalencia y el curso. Este es el punto en el que la ansiedad se transforma en desorden; cuando la lucha termina limitando la vida personal (Páez y Gutiérrez, 2012).

En España, al menos el 10% de la población dice haber padecido alguno de los síntomas que se dan en los episodios de ansiedad. Los trastornos de ansiedad, en sí mismos o asociados a otras patologías, son una de las causas más frecuentes de consulta en Atención Primaria y representan uno de los principales problemas de salud en nuestro país, según el Ministerio de Sanidad y Consumo, siendo la demanda más recurrente de problemas mentales entre los españoles. Esto sitúa a España como líder en el consumo de ansiolíticos. La ansiedad se ha convertido en una epidemia social.

El notorio desarrollo de los modelos cognitivos en los trastornos de ansiedad ha sido clave en el desarrollo de programas de intervención para estos trastornos. Estos programas tienen en común su objetivo principal: que el paciente consiga un (auto) control sobre los síntomas mediante la supresión o disminución de su frecuencia, intensidad o duración, es decir, generando cambios cuantitativos en la topografía de las conductas problema.

A pesar del éxito terapéutico de estos programas, la Terapia de Aceptación y Compromiso<sup>1</sup> ha ido evolucionando como una alternativa a estos modelos tradicionales cognitivo conductuales para los trastornos de ansiedad (Carrasco, 1999).

La ACT es una terapia contextual funcional; toda acción se desarrolla en un momento, con una razón y con un propósito, y la característica de esta acción se define por sus consecuencias y no por su forma. Es decir, pone énfasis en la función de las conductas.

En la ACT no existen los trastornos como los catalogados en la DSM-V<sup>2</sup>. Se encontró como elemento común el Trastorno de Evitación Experiencial (TEE), en todos los trastornos descritos en la DSM o la CIE<sup>3</sup>. Los distintos trastornos, entonces, son entendidos como maneras de reaccionar para solucionar un problema (Luciano, 2016). Desde aquí el elemento fundamental de las psicopatologías no serían sus características formales, sino la función que tienen las conductas dirigidas a la evitación.

El TEE se explicó como una manera de proceder sustentado en el “no estar dispuesto a mantener contacto con los eventos privados aversivos”. Es un patrón inflexible entendido como la necesidad de controlar o evitar la presencia de los pensamientos, sensaciones y recuerdos vividos con angustia. Como consecuencia (a corto plazo) se experimenta alivio, bienestar y una sensación de coherencia. Estas sensaciones son mantenidas por el refuerzo negativo, lo que provoca que los pacientes se enganchen a este modo de actuar.

Esta evitación provoca un efecto boomerang, ya que el malestar vuelve a manifestarse en algún momento, haciéndose cada vez más grande. A largo plazo, produce una mayor insatisfacción (Barraca, 2007), debido a la necesidad permanente de controlar tanto los eventos privados, como las circunstancias que los generan. Como consecuencia, la persona se aleja de aquello que quiere lograr en la vida. (Luciano y Valdivia, 2006).

Por tanto, se entiende en ACT la actitud sana como el proceso mediante el cual el paciente es capaz de experimentar multitud de eventos privados considerados como negativos, sin la necesidad de cambiarlos, controlarlos o evitarlos.

---

<sup>1</sup> En adelante ACT (por sus siglas en inglés).

<sup>2</sup> Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (en inglés, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, abreviado DSM).

<sup>3</sup> Clasificación Internacional de Enfermedades.

El objeto de estudio en este trabajo será la Terapia de Aceptación y Compromiso en los Trastornos de Ansiedad debido al fuerte componente de evitación que se da en estos trastornos para rehuir el objeto fóbico o temido.

## II. OBJETIVOS

Los objetivos del trabajo serán realizar una revisión bibliográfica de la Terapia de Aceptación y Compromiso, así como de sus métodos clínicos; realizar un breve estudio sobre un caso; y por último estudiar la comparación de los métodos terapéuticos con otros procesos psicoterapéuticos, y la evidencia clínica de la ACT.

## III. RESULTADOS

En 1987 Hayes publicó un artículo que fue el precursor de la Terapia de Aceptación y Compromiso, titulado “Distanciamiento Comprensivo”. La ACT nace como alternativa a la psicoterapia en pacientes con problemas de naturaleza emocional, desde la perspectiva de realizar un análisis no sintomático de los problemas, sino un análisis funcional. La ACT habla de la cognición como una conducta más. (Kohlenberg et al., 2005).

Las terapias de la conducta pueden ordenarse cronológicamente, de manera que las terapias de primera generación serían las terapias conductistas (como el conductismo radical de Pavlov); las terapias de segunda generación serían las terapias cognitivas y, por último, las terapias de tercera generación serían las terapias contextuales.

El desarrollo que ha ido proliferando en la ACT, nace ante la necesidad de mejorar y ampliar la comprensión de los modelos, de sus avances en la comprensión y de la investigación en el lenguaje, como se desarrolla en la teoría del marco relacional (Luciano, 2016)

El **modelo relacional** explica que los seres humanos, gracias a su capacidad simbólica-dar significado a cualquier objeto-, pueden establecer marcos de equivalencia entre diferentes estímulos. La habilidad de relacionar objetos es aprendida desde la infancia, momento en el que los niños aprenden también las claves relacionales: *A es igual a B, es*

*distinto, es opuesto...* Así, le dan función a las palabras y después se aplican a estímulos que son arbitrarios. Por eso, una vez tenemos unos marcos establecidos, podemos relacionar objetos, podemos relacionar lo que hacemos con lo que sentimos y con lo que sucede.

Establecemos estas reglas gracias al lenguaje. Formulamos nuevas reglas, no solo de nuestro entorno, sino también sobre nuestra propia conducta; lo que sentimos, lo que pensamos... (Barraca, 2016)

De esta manera, podemos entender que, debido al lenguaje, los seres humanos reaccionan de una misma manera ante estímulos diferentes a los que fueron expuestos, lo que explica muchas de las reacciones emocionales disfuncionales. Igual que un objeto nos evoca la palabra que lo nombra socialmente, la misma palabra nos evoca reacciones internas similares a las que provoca el objeto original. (Hayes, Barnes-Holmes, y Roche, 2001).

Comprender esto es importante, ya que se explica desde aquí el empleo de las técnicas de ACT encaminadas a la desliteralización; deshacer la fusión cognitiva que existe entre una palabra y su referente (Barraca, 2007).

La ACT asume que los problemas de las personas vienen por cómo éstas han aprendido a reaccionar ante los pensamientos y emociones vividas con ansiedad, qué función cumplen estos pensamientos en la vida de las personas (Barraca, 2007). La ACT explica los dos tipos de reacciones ante estas situaciones: una es mediante la evitación para alcanzar el bienestar continuo (que obliga al individuo a prestar toda la atención en huir del evento privado). La segunda es una actitud de apertura a esos eventos privados, dejando así que otras sensaciones también se hagan presentes y que se adquiriera un sentido personal.

El objetivo es que el individuo abrace su propia condición humana, entendida como su capacidad pensar. Que no luche con apagar su mente, ni con parar las relaciones que establece, ni destruir los pensamientos o sensaciones.

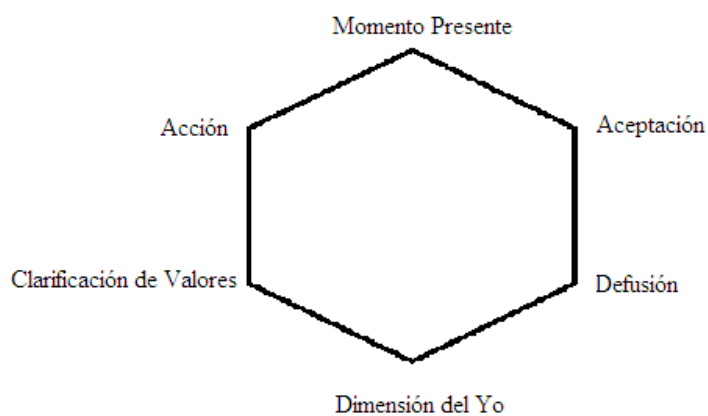
Existe una razón clínica importante para explorar los fundamentos básicos de la ACT y es que ésta pide a los pacientes que adopten una nueva perspectiva en sus hábitos principales de pensamiento (Hayes, Strosahl, Wilson, 2012). La ACT muestra interés en

las capacidades y fortalezas que permiten el crecimiento de los individuos, explorando las principales dimensiones que originan las pautas de sufrimiento.

Los métodos clínicos de la ACT se componen de metáforas, paradojas y ejercicios experienciales (Luciano y Valdivia, 2006). Las metáforas son analogías con el problema del paciente, escogidas en función de esto por el terapeuta. Las paradojas muestran las trampas del lenguaje; y por último los ejercicios experienciales son útiles por la exposición a los eventos privados desagradables.

Los componentes de ACT han ido variando en sucesivas versiones (Hayes et al., 1999; Wilson y Luciano, 2002), destacando la más actual como guía práctica en su aplicación a diferentes problemas de Hayes y Strosahl (2004).

El objetivo principal de la Terapia de Aceptación y Compromiso consiste en otorgar al paciente una flexibilidad psicológica. Los seis aspectos que fomentan la flexibilidad psicológica se pueden dibujar como si fueran los seis vértices de un hexágono, todos interconectados.



### *1. Consciencia del momento presente:*

Es un proceso importante a lo largo del tratamiento, ya que es en el momento presente donde se hacen posibles la aceptación y la defusión, y se adquiere un compromiso con mayor relevancia.

En la ACT se asume que el pasado ya ha pasado y el futuro aún no ha llegado por lo que el tiempo se convierte en una medida del cambio.

La fusión y la evitación limitan las acciones relacionadas con el presente; la fusión a una historia pasada o futura, y la evitación vivencial vinculada a ésta, pueden inferir a la rigidez atencional.

Para que exista un déficit en los procesos del momento presente, debe darse uno de los siguientes fallos; el fallo del primer tipo es el resultado de la carencia de centrar la atención, como puede darse en personas con trastornos en el desarrollo. El fallo de segundo tipo hace referencia a un control rígido de la atención: el individuo tiene las capacidades para centrar la atención (a diferencia que en el primer tipo) pero no puede mantenerla (Stahl, y Pry, 2005). Los pacientes con ansiedad, padecen un fallo de segundo tipo, ya que se quedan abstraídos por las predicciones sobre posibles hechos futuros. Ambos casos se intervienen con estrategias de *mindfulness*.

La Terapia Metacognitiva (MCT) aumenta la flexibilidad de la atención y de las creencias metacognitivas. Los métodos que encontramos en esta terapia son útiles también en la ACT, sin necesidad de hacer modificaciones. Sabemos que tratamientos como la MCT, la reducción del estrés basada en la atención- o *mindfulness*- y las terapias cognitivas basadas en la atención consciente que incorporan prácticas contemplativas, arrojan grandes resultados sobre la salud mental. (Hayes, Strosahl y Wilson, 2012).

“Ser conscientes del momento presente” se refiere a tomar una postura abierta, permitiendo que las emociones, sensaciones y pensamientos tengan lugar, evitando el control de los mismos.

Trabajar con el momento presente, tanto fuera como dentro de terapia, nos permite desarrollar la habilidad del “darse cuenta”. Los ejercicios que se realizan, como observar la propia respiración, escanear mentalmente las sensaciones corporales, inspiraciones, etc., entran dentro de lo que se denomina “estado mental de atardecer”, y benefician en terapia a abandonar conversaciones banales y pasar a un trabajo terapéutico serio.

Estos ejercicios, recogidos también en la relajación muscular progresiva y examen corporal fomentan que el paciente se libere de la necesidad de controlar el estrés y la ansiedad. El objetivo principal de estos ejercicios en la ACT, no es el control o la



eliminación, sino cultivar la consciencia del momento presente, otorgando al paciente la posibilidad de elegir dónde focalizar la atención (en base a sus valores).

Trabajar con el momento presente otorga al paciente un espacio donde poder expresar los contenidos. Desde aquí puede trabajarse mejor el aprendizaje, cuando se experimenta de una manera directa.

Estar presente y tomar perspectiva -visto como la capacidad de centrar la atención- es el tronco que se vincula con la capacidad de permanecer abierto (defusión) y la capacidad de comprometerse en la vida (conexión con los valores y acción).

## 2. Dimensiones del Yo:

Debido a la interconectividad de los seis aspectos, vemos cómo unos influyen en los otros. Una vez estudiado el momento presente, cuando los pensamientos y sensaciones vengan al paciente y este no adquiera una lucha de control, sino un abordaje desde la aceptación, trabajamos con las *dimensiones del yo*. Diferenciamos entre el pensador y el pensamiento; entre el contenido y el continente. La atención, y la flexibilidad cognitiva nos permiten tener consciencia de uno mismo como lugar; “observar la guerra, sin estar en ella”.

Las tres dimensiones del yo que se trabajan en la ACT son:

- a. Yo-como concepto
- b. Yo-como proceso
- c. Yo-como contexto

En el *yo-como concepto*, muchas veces los pacientes tienen una visión del yo construida verbalmente de manera que no pueden alejarse de los contenidos que hay en su mente. Este autoconcepto limita las posibles respuestas de acción del sujeto, y favorece el autoengaño, lo que lo hace más resistente al cambio. Normalmente este autoconcepto se define por ideas repetidas que se consideran ciertas, ya pueden ser positivas o negativas. Desde la aproximación de la ACT lo que se busca es que los pacientes logren distinguirse entre ellos mismos y los conceptos, independientemente de su carácter positivo o negativo. De esta manera se cede al paciente una flexibilidad psicológica, donde se mantengan solo aquellos patrones que resulten útiles encaminados en una dirección positiva y acorde con los valores del paciente.

Es por tanto que los ejercicios que se plantean desde la intervención de la ACT, se basan en la idea de que el problema no radica en si las creencias son buenas o malas, sino en asumir ciegamente esas creencias.

Se da un salto del yo-como concepto al *yo-como proceso*. El yo-como proceso hace referencia a los procesos psicológicos de los que damos cuenta: “yo pienso”, “yo siento”. Es la consciencia continua del mundo interior. Los terapeutas de ACT promueven que el sujeto sea capaz de mantener una posición de apertura ante aquello que observan, que tomen contacto con el contenido psíquico sin alterarlo.

En el *yo-como contexto*, se trabaja con el “yo-aquí-ahora”, donde es crucial la toma de perspectiva. Observamos que, este aprendizaje de toma de perspectiva, es esencial para que el paciente se reconozca igual “aquí” que “allí”. Pacientes que desde niños se han relacionado desde el “allí”, pueden desembocar, más adelante, en estados disociativos, donde el yo no se reconozca.

El distanciamiento psicológico que esto supone requiere mucha práctica y permite actuar al paciente en dirección a las metas relevantes. Generar en el paciente el sentido del “yo” como un espacio seguro, consistente y más grande que cualquier experiencia (Páez y Gutiérrez, 2012).

Los ejercicios que se pueden utilizar para la toma de perspectiva, pueden ser ejercicios como la *silla vacía* donde el paciente adquiere diferentes perspectivas y dialoga consigo mismo. Otro puede ser el ejercicio donde el paciente tiene que ponerse en la perspectiva del “yo futuro”, más sabio, y escribirse una carta al “yo presente” con consejos o recomendaciones.

Se puede trabajar también con la *metáfora del ajedrez*. Las fichas negras representan pensamientos, sensaciones y creencias aversivas, las que generan ansiedad. Y las fichas blancas simbolizan lo bueno y placentero, como la confianza. El paciente se sitúa en un lado de los bandos, desde donde tiene que ganar la batalla. Desde aquí, el terapeuta de ACT, le expone al paciente la posibilidad de no ser ficha, sino tablero. El tablero es donde ocurre la batalla, pero el tablero no se ve perjudicado. Se establece una comparación entre el tablero de ajedrez y la consciencia del paciente, donde se da su batalla interna por ganar la ansiedad, pero enseñándole que el “yo” no se ve afectado.

Resulta interesante trabajar con el ejercicio del “yo observado” donde se induce al paciente a recordar experiencias de su vida pasada, los diferentes roles que adquiere en su vida (padre, amigo, hijo, jefe...) y por último, se trabaja en el ámbito de las emociones. Se cultiva la experiencia de conectar con el “tú”. Se fomenta la diferencia entre lo que se está observando y el “tú” que observa, para ayudar al paciente a reconocer un “tú” continuo.

Existen ejercicios desarrollados por la terapia contextual conductual-cognitiva, orientados a incrementar la compasión hacia los demás y hacia uno mismo, que encajan en la toma de perspectiva del yo-como contexto, desarrollado por la ACT.

### 3. *Defusion:*

La fusión consiste en unir los procesos verbales cognitivos con la experiencia directa, de manera que la persona no puede diferenciar entre unos y otros (Hayes, Strosahl y Wilson, 2012). Cuando formulamos la situación de una manera simbólica, reducimos nuestro repertorio de respuestas.

Cuando operamos de manera simbólica actuamos en base a unas reglas sociales. De esta manera normalizamos la situación, pero no caemos en la cuenta de cuáles son los antecedentes y consecuentes de dicha acción. Cuando una persona se encuentra muy fusionada, no reconocerá que esa pauta de comportamiento no es la adecuada ya que los fracasos le adhieren más a la misma. Esto es un proceso involuntario e inconsciente que genera una rigidez psicológica.

La fusión provoca estados de evitación experiencial. Cuando una situación genera ansiedad, las reglas sociales sugieren que esas vivencias son “insanas” y deben ser controladas y eliminadas.

Desde la ACT, la fusión se trabaja separando al “ser humano” de la “mente”, conocido como la *defusión*. El objetivo no es eliminar el contenido verbal, sino contrarrestar su efecto sobre el comportamiento para dejar actuar a otras reglas conductuales.

Para contrarrestar el efecto de los contenidos verbales, el terapeuta cuestiona en la terapia el conocimiento verbal, trata de demostrar los límites del lenguaje. Un ejercicio muy sencillo es el ejercicio de “encontrar un sitio para sentarse”. Se crea una situación hipotética donde el paciente necesita un sitio para sentarse y éste empezase a describir

una silla. Por muy detallada que sea esta descripción el paciente no puede sentarse sobre ella, porque la mente no puede ofrecer experiencias sino relatar aquello que ha tenido lugar.

De igual manera ocurre cuando se le pide al paciente que coja un bolígrafo, y después explique el proceso de “coger el bolígrafo”. Primero ocurre de forma no verbal, y después se convierte en una experiencia verbal. De esta manera se crea la ilusión de que toda conducta es un comportamiento verbal, cuando en realidad es nuestro repertorio de conductas no verbales.

Una vez el paciente ha entendido este proceso por el cual sustituye la experiencia real por los límites del lenguaje, se trabaja con *desliteralizar* el mismo. La *desliteralización* tiene como propósito desvalorizar la función de las palabras. Una de las opciones de trabajo es el ejercicio “*jamón, jamón, jamón*”, el cual consiste en pedirle al paciente que relate qué es lo que piensa cuando le decimos la palabra “jamón”. Después se le pide al paciente que repita la palabra “jamón” durante un minuto y establezca una diferencia entre ahora y la primera vez que se expuso sola la palabra “jamón”. La primera vez el paciente describe experiencias que ha tenido con el jamón. Esta relación entre la palabra “jamón” y las experiencias previas no ocurre cuando la palabra es repetida varias veces, la palabra pierde significado y se convierte en un conjunto de sonidos. Se realiza una comparación entre lo ocurrido con palabra “jamón” y los mensajes negativos que se envía el paciente a sí mismo. Diversos estudios realizados por Masuda han demostrado que repetir palabras rápidamente disminuye la creencia en los pensamientos negativos y el malestar psicológico (Hayes, Strosahl y Wilson, 2012). Pero el objetivo no es la disminución de las emociones por la exposición repetida de la palabra que las evoca, sino que el paciente pueda observar los procesos que se dan en las relaciones verbales sin necesidad de fusionarse con ellos (si alteramos el contexto funcional, esto repercute directamente en el contexto relacional).

Otra forma de *desfusionar* el lenguaje es mediante el ejercicio de “*los pasajeros del autobús*”, objetivando el lenguaje mediante metáforas físicas, convirtiendo las sensaciones y pensamientos en personas. El paciente es el conductor del autobús, y las sensaciones y pensamientos son los pasajeros. Los pensamientos aversivos son los

pasajeros malos, que amenazan al conductor, por lo que el conductor llega a un trato con ellos; si no le molestan, si no aparecen a su lado, él irá a donde ellos quieran. De esta manera el paciente está evitando los eventos privados aversivos, pero ha perdido el “control” de su vida. Si el conductor decidiera echarlos del autobús, primero tendría que parar, sin ir hacia ninguna parte, y después luchar contra ellos en una lucha donde no ganaría. Es entonces donde se hace ver al paciente que si toma el control lo peor que puede pasar es que estos pasajeros aparezcan a su lado. Se fomenta aquí la aceptación de los eventos privados que resultan desagradables.

Otro de los ejercicios que propone la ACT es “*llévate a tu mente de paseo*”, donde el terapeuta hace el papel de “mente” y el paciente de sí mismo. Mientras caminan el terapeuta verbaliza aspectos negativos, de la misma manera que ocurre en la vida rutinaria del paciente. Si el paciente se detiene, o procura replicar al terapeuta éste le hace ver que lo que está haciendo es asimilar los contenidos negativos, y lo que debe hacer es desfusionarse para poder seguir caminando.

#### 4. *Aceptación*

Normalmente, el trabajo sobre defusion desemboca en un trabajo sobre la aceptación, como hemos podido ver en el ejemplo de “*los pasajeros del autobús*”.

Debemos aprender que en nuestra vida hay cosas que podemos controlar y cosas que no. Una vez asumido esto, podremos reorientar nuestra energía. Nos cuesta asumir que hay ciertas cosas que no pueden ser controladas, por el efecto interno que tienen sobre nosotros, sobre todo cuando nos generan ansiedad o nos producen angustia.

Es decir, las emociones movilizan nuestro apoyo social gracias a que podemos expresarlo verbalmente. Pero también requiere una lucha interna cuando la emoción es mala, como la ansiedad, ya que deberíamos deshacernos de ella. Algunas maneras de sentirnos mejor y hacer desaparecer la ansiedad (vivencia interna negativa), es mediante la evitación. Esto provoca un alivio inmediato por lo que es un reforzador muy potente, aun cuando los efectos a largo plazo son catastróficos.

La aceptación es “*la adopción voluntaria de una postura intencionadamente abierta, receptiva, flexible y exenta de juicios en relación al momento presente*”. Desde la ACT la aceptación no es un fin en sí mismo, sino que esta encaminada a la acción. Esta posición

de aceptación no significa una postura pasiva, o una postura de tolerancia, sino abrazar las experiencias tal como son, voluntariamente. Algunos terapeutas de ACT utilizan el término *realce* haciendo énfasis en esta cualidad (Harris, 2008).

La aceptación es un proceso voluntario de actitud abierta hacia la vida. Este proceso de aprendizaje gradual, que permite a los pacientes, experimentar lo presente de manera auténtica y abierta.

Es interesante señalar que, este trabajo de aceptación, es tan importante para el terapeuta como para el paciente, de manera que el primero ha de estar dispuesto a trabajar con su propio material, y promover los intereses del segundo.

Desde el principio de la terapia se trabaja con la idea de que luchar contra los propios eventos privados que resultan desagradables no es una buena opción, es decir se trabaja con la aceptación de estos eventos. Cuando el paciente es capaz de admitir que una estrategia utilizada anteriormente con frecuencia no es útil, es un gran avance hacia la aceptación. Se anima al paciente a que considere la alternativa de abandonar las estrategias de lucha o evitación que ha ido utilizando y comience a valorar otras alternativas.

Debido a las limitaciones que supone la ansiedad en la vida diaria del individuo, la ACT se centra en enseñar a los pacientes a relacionar y convivir con los eventos privados aversivos de una manera diferente a la aprendida, otorgando una flexibilidad psicológica con el fin de apaciguar los intentos de control, que es, en definitiva, la manera de alimentar la ansiedad.

Vemos como así una paciente que sufría agorafobia, después de veinte años de lucha contra la ansiedad, comenzó a encaminar sus acciones hacia aquello que siempre había querido, legitimando la ansiedad a un mero componente más de su vida. La propia paciente empleó la metáfora “*tirar de la cuerda con un monstruo*” para describir que cuanto más tiraba de la cuerda, más tiraba el monstruo y más grande era la lucha, hasta que comprendió que lo que tenía que hacer era soltar la cuerda.

La actitud de *estar dispuesto* es la antesala a la aceptación. Dicho con otras palabras, la actitud de estar dispuesto consiste en la elección de estar frente aquello que le resulta desagradable; la aceptación es lo que la persona elige hacer con ese evento. El paciente debe estar dispuesto a colocarse frente aquellas sensaciones, pensamientos y emociones

con contenidos temidos, con el fin de dirigirlos a aquellas acciones que siempre ha considerado importantes.

Las metáforas son muy útiles para hacer ver al paciente que *estar dispuesto* no es lo mismo que *querer*, porque uno no puede elegir qué contenidos van a aparecer ni cómo. La metáfora de “*Paco el vagabundo*” cuenta una historia imaginada donde el paciente realiza una fiesta en su nuevo vecindario e invita a todo el mundo. A la fiesta se presenta Paco, que es un vagabundo del barrio. Se pueden adoptar diferentes posturas ante esta situación. Puedes prohibirle la entrada a Paco, aunque normalmente están los compinches del vagabundo (otras reacciones indeseables que se generan cuando intentas luchar para que desaparezca la sensación desagradable). Además el paciente tiene que estar vigilando para que Paco no vuelva, por lo que deja de disfrutar de la fiesta. Por último puedes aceptar que Paco esté en la fiesta, eso no significa que te guste cómo es Paco, o la evaluación que haces de él.

En este apartado, se proponen ejercicios de exposición al paciente, pero no tienen como objetivo la disminución de la ansiedad sino experimentar la emoción sin necesidad de controlarla. Esto permite al paciente actuar de una manera más libre, flexible y encaminada por los propios valores. Es debido a las semejanzas formales que existen entre la terapia de exposición clásica y el método de exposición llevado a cabo por la ACT, por lo que los teóricos de esta terapia siempre han sostenido que la Terapia de Aceptación y Compromiso está fundamentada en la exposición (Hayes, 1987).

La aceptación se utiliza como herramienta para modificar la relación contextual entre el paciente y la ansiedad, incrementando la flexibilidad psicológica.

En estos ejercicios, se pide al cliente que indague sobre aquello que le produce malestar emocional y que realice una descripción detallada con componentes específicos. Si el paciente empieza a caer en el pánico, el terapeuta debe ayudarlo a que reoriente su atención, no sólo a los eventos privados, sino también a los acontecimientos que están teniendo lugar en el exterior. El objetivo no es que el paciente luche contra este pensamiento en concreto que le genera ansiedad, sino que lo explore y vea que no es tan peligroso como el pensamiento dice ser.

Un ejercicio muy utilizado es el de “*fisicalización*”, tomado de la tradición Gestalt, donde el propósito es que el paciente imagine el elemento desagradable como un objeto para luego tomar distancia con él. El terapeuta hace preguntas sobre color, textura y tamaño del objeto, y la reacción que el paciente tiene al estar ante ese objeto. Esa reacción se convierte en un segundo objeto, de manera que se desliteraliza y disminuye la intensidad de la primera.

La metáfora de “*llévate las llaves contigo*”, es también un ejercicio de fisicalización, donde se le pide al paciente que deje su llavero encima de la mesa. Cada llave representa un elemento desagradable del paciente; ansiedad, angustia, tristeza... Se le proponen al paciente dos opciones; la primera dejar las llaves en la mesa, lo que supondría que el paciente volviera continuamente para asegurarse de que siguen ahí, y además habría puertas que no puede abrir sin ellas. La segunda es llevar consigo las llaves, que dan la posibilidad de abrir puertas que de otra manera permanecerían cerradas (flexibilidad psicológica).

##### 5. *Conexión con valores*

Los valores son el elemento fundamental de la ACT, son un referente continuo y presente en el resto de elementos; son la brújula del proceso clínico (Páez y Gutiérrez, 2012).

La capacidad de reconocer y encaminar la vida basada en los valores puede verse dificultada por la fusión verbal y la evitación vivencial. Uno de los principales objetivos de la ACT es ayudar al paciente a reconocer sus valores, a tomar un rumbo vital, que ha podido desaparecer en la lucha contra el sufrimiento. En muchas ocasiones, los pacientes se centran tanto en el proceso (reducir la ansiedad, controlar los impulsos...) que pierden de vista el objetivo, aquello que quieren hacer con su vida.

El proceso de clarificación de valores es crucial. Consiste en responsabilizar al paciente de las acciones, como actos voluntarios, siempre encaminadas en la misma dirección aunque esto suponga situarse frente a los eventos privados desagradables.

Un ejercicio para la clarificación de valores es el “*ejercicio del epitafio*”, donde se le pregunta al paciente qué es lo que le gustaría que apareciera en su epitafio. De esta manera se ayuda al paciente a conectar con las metas y hacerse responsable de sus propias acciones. En ocasiones este ejercicio desvela la divergencia entre los valores del individuo



y sus acciones. Otro ejercicio útil en la conexión con los valores es “*la diana*”. El terapeuta dibuja en un folio una diana siendo el blanco/centro el valor que se está trabajando. Se pide al paciente que sitúe sus acciones en la diana, y se observa a qué distancia se encuentran del centro.

El objetivo de la terapia es que el paciente empiece a dirigirse, en función de sus propios valores, a las metas que dan significado a su vida.

Son cinco los pasos en el procedimiento de clarificación de valores (para necesidades más específicas consultar Dalh y colaboradores (2009)):

- I. Descripción del procedimiento.
- II. El cliente rellena la hora de “Asesoramiento de los valores”. De esta manera terapeuta y paciente tienen constancia del trabajo durante la sesión, y se puede volver a ellos para verificar que han sido bien recogidos los aspectos importantes del paciente.
- III. Realizar narrativas de valores para cada área, con el fin de simplificar.
- IV. El cliente realiza el “Cuestionario de Vida Plena” (VLQ-2; Wilson et al., 2010). El objetivo de este ejercicio es identificar aquellos apartados donde el paciente y terapeuta disciernen.
- V. Se vuelve al paso dos y se repasa y modifica entre ambos. El trabajo del terapeuta es clarificar la dirección en la que apuntan estos valores.

#### *6. Compromiso a la acción.*

*“El compromiso de acción consiste en actos basados en valores, que tienen lugar en un momento temporal determinado y que están asociados al establecimiento de una pauta de acción que sirva a ese valor”* (Hayes, Strosahl y Wilson, 2012).

La conducta basada en un compromiso es la elección de actuar de una determinada manera con un fin específico. La dirección que se toma es el valor, mientras que la decisión de moverse en esa dirección es el compromiso de acción.

Esto puede unirse con la metáfora anteriormente nombrada del “tablero de ajedrez”. El tablero puede decidir en una dirección o en otra, no les ata a las piezas estar de acuerdo o no.

La imagen del “*jardín*” ayuda al paciente a mantener una dirección fija, a pesar de los costes que esto suponga. Mantener un rumbo es un proceso que requiere tiempo y dedicación.

Pero no es sólo el hecho de conseguir el resultado, sino de disfrutar el proceso. Esto se explica muy bien mediante la metáfora de “*esquiar*”: un esquiador está en el telesilla y le preguntan a dónde va, a lo que él responde que al final de la montaña. El hecho de estar abajo no es placentero, sino disfrutar la bajada.

La metáfora del “*sendero de la montaña*” ayuda a ver que resulta contraproducente comprobar continuamente los resultados y que cada fase, por dolorosa que sea, puede ser englobada en un tramo positivo si se logra aprender de ellas. La dirección general del sendero es la clave para el progreso.

En terapia se trabaja para desarrollar objetivos y acciones basados en valores, una vez estén clarificados éstos. Se le requiere al paciente que elabore acciones concretas dirigidas a ese valor.

Estas seis dimensiones, son abordadas clínicamente mediante tres **estrategias** de ACT: la desesperanza creativa y el análisis funcional; la clarificación de valores y por último la defusión. Se puede observar que estas dos últimas se corresponden también con dos de las seis dimensiones que desarrollan Hayes, Strosahl y Luciano anteriormente expuestas. En un principio las dimensiones fueron explicadas de manera teórica para el entendimiento de la terapia, y debido a la interconectividad que existe entre ellas se desarrollaron las tres estrategias, en donde pueden observarse todos los elementos vinculados.

La primera es la *desesperanza creativa y el análisis funcional*. En la desesperanza creativa el terapeuta confronta al paciente con su propio hacer, lo que ha pretendido hacer y lo que ha conseguido (Páez y Gutiérrez, 2012). La distancia entre los objetivos y los hechos se debe a los esfuerzos del individuo por evitar los eventos privados desagradables. Estos esfuerzos provocan unas secuelas inhabilitantes respecto a lo que da significado en la vida del individuo.

Es una experiencia amarga en tanto en cuanto la persona se da cuenta de que las estrategias que ha ido utilizando no han funcionado.

Está compuesta por metáforas y un diálogo socrático como comprobante de que el paciente es consciente de la relación entre las metáforas y su situación. De esta manera se establece una dirección hacia las metas individuales del paciente, de manera que éste no se deje controlar por el evento privado temido. Una metáfora muy útil es la “*metáfora del jardín*”. El paciente es el jardinero y su vida el jardín. El paciente observa que el jardín tiene flores bonitas y malas hierbas. Cuanto más trate de arrancar las malas hierbas éstas nacen con más fuerza. Esta metáfora es muy útil en personas con trastorno obsesivo compulsivo.

La segunda parte consiste en la *clarificación de valores*. Son ejercicios, frases, metáforas, para clarificar los horizontes personales, esas direcciones de valor. No es generar valores. La única cosa que está presente en los pacientes son los eventos privados (la ansiedad, la rabia, la depresión...). El paciente acude a terapia siendo el portavoz de su malestar. Los horizontes están tapados, no están presentes. Los valores no son algo impuesto por el terapeuta, ni lo socialmente aceptado. Los valores son reforzamientos sociales demorados, direcciones importantes. Desde pequeños aprendemos que algo nos gusta, lo que aspiramos a ser. Se trabaja potenciando la función antecedente de los valores para controlar la conducta. Los valores son la guía de la terapia y lo que marca el éxito terapéutico.

Por último, se realizan ejercicios de *mindfulness* y *de defusion*. Estos ejercicios están dirigidos a generar distancia psicológica; separar individuo y evento privado con el fin de clarificar los horizontes, si no sería una mera disociación. Que el paciente no caiga en la literalidad de sus contenidos y distanciarse de sus cogniciones, con el objetivo de establecer direcciones de valor en su vida (Luciano y Valdivia, 2006).

Los **objetivos** de la terapia pueden observarse en las iniciales de su acrónimo en inglés ACT: Accept, Choose and Take Action (Condington-Lacerte, 2013).

Como se ha ido exponiendo desde el principio del trabajo, el objetivo último de la terapia es promover la flexibilidad psicológica de cliente, aceptando los eventos privados aversivos y encaminando sus acciones en la dirección valorada.

Lo fundamental para la ACT no es, por tanto, el contenido de los pensamientos, sino la función que cumplen. Es por esto por lo que no se trabaja en la reestructuración cognitiva, ya que el fin de la terapia no consiste en cambiar el contenido de los eventos, sino de cambiar la función que éstos tienen (Hayes, Strosahl, y Wilson, 1999; Wilson y Luciano, 2002).

A continuación se expondrá ahora un breve caso, donde se trabajó con los métodos de ACT para poner en práctica los conceptos teóricos anteriormente expuestos y facilitar al lector la comprensión de la teoría; ACT para el tratamiento de los trastornos del espectro ansioso (Páez Blarrina y Gutiérrez Martínez, 2012)

#### *Presentación del Caso y Análisis funcional*

M. es una paciente de 21 años que vive en un piso compartido desde hace dos años, momento en el que se traslada a la ciudad para empezar la universidad. Señala el momento de separación con su familia y su ciudad como el origen de sus problemas. Asiste a terapia por haber sufrido tres ataques de ansiedad; en un bar, en el cine y en una tienda de ropa. Desde entonces M. se encuentra en estado de alerta, hasta el punto de haber restringido gran parte de su vida social, por miedo a que se repitan estos ataques. Entre las habilidades sociales que restringe se encuentra interactuar con sus compañeros de piso, y cuando no puede, presta su atención en sus eventos privados, monitorizando sus reacciones y preocupada sobre lo que pensarán el resto; ir a la piscina; hacer deporte; salir de noche por miedo a que un chico se acerque... Además la paciente dice sentir retortijones en la tripa, y por miedo a que la gente lo escuche y la juzgue evita situaciones donde estos sonidos pudieran hacerse evidentes. De esta manera, la paciente, cada vez que siente alguna sensación estomacal se anticipa y vigila a ver si alguien podría estar escuchándola e imagina sobre lo que los demás pueden pensar de ella. Para evitar estos sonidos M. come cada hora y media y bebe mucha agua.

Asimismo, M. apunta tareas o actividades en una libreta que luego nunca es capaz de realizar y refiere que “siempre es demasiado tarde”, y pospone todo a cuando se encuentre mejor. El aspecto corporal entra dentro de este tema, habiendo engordado 13 kilos desde el primer ataque, viste con ropa masculina, muy grande y siempre de colores oscuros.

Se observa que todos los movimientos y acciones que realiza la paciente están orientadas hacia el fin de evitar y controlar el malestar, de manera que su vida ha girado en torno a deshacerse de la ansiedad, los sentimientos de culpa y vergüenza. Lejos de obtener los resultados esperados, estos esfuerzos que realiza la paciente repercuten directamente en su vida social y personal.

### Tratamiento

Siguiendo lo expuesto en el trabajo y respetando la línea de actuación de la psicóloga, se expondrá el tratamiento de forma explicativa y en relación a lo descrito en el trabajo.

El objetivo principal es generar en M. una mayor flexibilidad psicológica (otorgar en la paciente la habilidad de sentir las reacciones, como la ansiedad o el miedo, sin necesidad de controlarlas) de manera que amplíe su repertorio de conductas, encaminándolos hacia sus metas personales.

Se trabajó primero con la *desesperanza creativa*, de manera que se confrontan los esfuerzos realizados por controlar y disminuir los eventos aversivos y los resultados obtenidos. Se mostraron diferentes estrategias a la paciente de las que había estado utilizando y de las que conocía el resultado:

- *Terapeuta: “Veamos, puedes elegir ahora mismo qué hacer, no es necesario que estés aquí porque yo te lo diga. Puedes elegir hacer lo de siempre, irte al baño, mojarte la cara y que se te pase un rato, o puedes elegir quedarte aquí conmigo y que juntas miremos qué es esa ansiedad, y aprovechemos para hacer algo diferente con la ansiedad. Irte, ¿dónde te ha llevado? Pp. 79*

Paralelamente se realizó una *clarificación de valores* para encaminar sus conductas en dirección a las metas personales de la paciente. Los valores serán el centro de los ejercicios de defusión. Se observan en la paciente acciones o actividades que anteriormente habían sido satisfactorias, y en su diálogo se aprecia la querencia de resolver sus problemas y restablecer su vida anterior.

Los entrenamientos en defusión se trabajaron desde diferentes ámbitos. En un primer momento se trabajó desde la perspectiva del yo, con ejercicios de exposición donde la terapeuta traía diferentes situaciones, para fomentar en sesión funciones que experimentaba M. en su ámbito social. Se realizaron ejercicios para hacer físicas las

emociones y sensaciones con el objetivo de distanciarse de ellas, favoreciendo la sensación del “yo” como un espacio seguro y consistente. De esta manera se ayudaba a la paciente a distinguir entre lo que se conoce y el conocedor.

- *Terapeuta: “vale, delimita bien esa mancha naranja que abarca todo el pecho y no hagas nada con ella, sólo obsérvala” (...) “Entonces estas tú, y está la mancha esa naranja que abarca todo el pecho. Sácate una foto ¿puedes verte en la foto? Tú sentada en el cine con la mancha en el pecho”. Pp. 85*

Se observan en las estrategias clínicas, cómo la terapeuta trabaja en contactar con el momento presente, imprescindible para lograr el objetivo terapéutico, aceptación de los eventos privados aversivos y defusión de los mismos; en donde también se trabajó ejercicios de defusión desde la perspectiva del yo; clarificación de valores, y un compromiso a la acción por parte de la paciente a llevar a cabo los ejercicios propuestos. En resumen, vemos que las estrategias terapéuticas abarcan las seis dimensiones que favorecen a una mayor flexibilidad cognitiva.

#### **IV. CONCLUSIONES**

En conclusión, hemos estudiado que la Terapia de Aceptación y Compromiso es una Terapia Contextual, que nació como una alternativa a las terapias tradicionales cognitivo conductuales donde el objetivo principal es cambiar o tapar las relaciones existentes entre estímulos para abordar la conducta problema. La ACT tiene como objetivo principal flexibilizar psicológicamente al paciente, partiendo de la base de que lo importante es la función que tienen las conductas (entendida la cognición como una conducta más, aunque no sea observable).

La ACT tiene sus cimientos en la Teoría del marco relacional y gran parte del trabajo terapéutico está dirigido por este modelo. Nos enseña las trampas del lenguaje y cómo establecemos relaciones con estímulos arbitrarios que generan en nosotros reacciones similares. Desde aquí se aborda con ejercicios terapéuticos encaminados a la desliteralización del lenguaje.

La ACT centra su atención en las conductas de evitación, siendo un elemento común entre los trastornos descritos en la DSM o el CIE. Es por esto por lo que concretamos el trabajo

en los Trastornos de Ansiedad, debido a que la naturaleza de los trastornos de ansiedad versa en este patrón de evitación.

En la revisión bibliográfica de esta Terapia, se concluyen las tres estrategias terapéuticas donde se trabajan las seis dimensiones que se han expuesto de forma teórica y con el fin de hacer entender al lector las bases de práctica de la ACT. Estas tres estrategias siguen un orden (siendo opcional para el terapeuta seguirlo según el caso). Se comienza con la desesperanza creativa y un análisis funcional del problema y no sintomático, en este primer momento el terapeuta hace ver al paciente que los métodos que ha estado utilizando para combatir su problema se alejan de los resultados esperados y en ese momento se empieza a trabajar encaminando las conductas hacia las metas individuales del paciente (esta es la parte creativa). Esta estrategia pone en marcha a la siguiente, la clarificación de valores propuesta por el paciente y trabajada con el terapeuta. Se finaliza con ejercicios de *mindfulness* y defusión para generar distancia psicológica entre el paciente y sus cogniciones, y encaminando sus conductas hacia sus valores.

Mi valoración personal se basa en que la ACT es una terapia innovadora que ofrece la oportunidad a los pacientes de restablecer el control de su vida. La aceptación de los eventos aversivos y la recontextualización de los mismos me parece una manera eficaz de hacer frente a los problemas, abandonando la lucha que resulta común en otros modelos. Son muchos los sistemas terapéuticos que abordan la aceptación psicológica dentro de sus procedimientos, como la Terapia centrada en la persona, la psicoterapia Gestáltica o la Terapia racional-emotivo-conductual, pero solo la Terapia de Aceptación y Compromiso ha situado la aceptación como el núcleo del cambio terapéutico (Barraca, 2007).

Uno de los principales modelos comparativos que surgen a los métodos de la ACT, son las prácticas de las Terapias cognitivas conductuales (TCC). El principal distanciamiento entre estas terapias es que en las TCC buscan modificar el contenido del pensamiento para así cambiar el comportamiento. La tradición cognitivo conductual versa su tecnología en la lucha contra la condición humana, entendida como nuestro pensar y la capacidad de establecer relaciones. Trata de modificar la relación, intentando “tapar” una relación con otra. Esto tiene una cierta efectividad, sobre todo a corto plazo. Esta efectividad se ve en muchas ocasiones limitada, ya que no se aportan las herramientas necesarias a los pacientes para ayudarles a gestionar los pensamientos aversivos, y los terapeutas no tienen la capacidad para controlar la vida del paciente para que no vuelva a

pensar en aquello que le genera ansiedad. La ACT se mantiene en el tiempo porque no se centra en la sintomatología, sino en qué hacer con ella. La ACT se niega a la idea de hacer hincapié en eliminar el contenido cognitivo negativo y reemplazarlo por uno positivo (Hayes, Strosahl y Wilson, 2012), ya que los intentos de modificación de la red relacional generan que la red se expanda y fortalezca. La ACT apunta al cambio contextual.

Si exploramos los problemas de ansiedad desde la perspectiva cognitivo conductual, observamos que se definen y diferencian por la forma e intensidad del síntoma. Se analiza así el problema como la presencia de la ansiedad, y la solución a este la eliminación de las conductas problema. La ACT propone como solución aceptar los eventos privados tal como son, eliminando la necesidad de deshacerse de ellos (Rey, 2004).

Como se ha mencionado anteriormente, la conducta de evitación es un elemento común a todos los trastornos encontrados en la DSM. En trastornos como el Trastorno obsesivo compulsivo puede resultar difícil hacer prácticas procedentes de la TCC, como la exposición, ya que el paciente se puede negar por resultar extremadamente aversivo. Cuando en ACT hablamos de ejercicios de exposición, éstos no tienen como fin que desaparezca la ansiedad, sino aprender a vivir con esa ansiedad. Es por esto que una de las limitaciones de la exposición de las TCC radica en que, en ocasiones, el paciente puede evadirse mentalmente, aunque no físicamente. En cambio en la ACT se busca esa ansiedad para poder recontextualizarla (Páez, Gutiérrez, Valdivia y Luciano, 2006).

Existen estudios que muestran que la ACT es vigorosa en el tratamiento de diferentes trastornos psicológicos, como en trastornos depresivos, de ansiedad, adicciones... y en diferentes problemas de salud como son el dolor crónico, enfermedades cancerígenas, epilepsias... y los asociados al estrés. (Ruiz Jiménez, 2010). La eficacia de la ACT en este tipo de casos es mayor a los tratamientos que se dan normalmente.

Como limitaciones encontramos que es la ACT es una terapia que arroja resultados a largo plazo, cuando la Terapia Cognitivo Conductual muestra grandes efectos a corto plazo, por lo que puede resultar más atractivo para el paciente. Además la diferencia en el mantenimiento a largo plazo no es significativamente mayor que a las terapias cognitivo conductuales, encontrándose en muchos casos con resultados equivalentes.



## V. BIBLIOGRAFIA

1. Balanza Galindo, S., Morales Moreno, I., & Guerrero Muñoz, J. (2009). Prevalencia de ansiedad y depresión en una población de estudiantes universitarios: factores académicos y sociofamiliares asociados. *Clínica y Salud, 20* (2).
2. Barraca, J. (2007). La terapia de aceptación y compromiso. *Miscelánea Comillas, 65* (17), 761-781.
3. Barraca, J. (2009). Habilidades clínicas en la terapia conductual de tercera generación. *Clínica y Salud, 20* (2), 109-117.
4. Barraca, J. (2016). La década de las Terapias Contextuales. *Análisis y Modificación de la Conducta, 42*, 1-2.
5. Caballo, V (2002). Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. *Siglo XXI de España Editores, S. A.*
6. Carrasco, J. (1999). Terapia de aceptación y compromiso en el trastorno de angustia con agorafobia: un estudio de caso. *Psicothema, 11* (1), 1-12.
7. Condington-Lacerte, C. (2013). Acceptance and commitment therapy (ACT). *Salem Press Encyclopedia.*
8. García San Roman, J., & Díaz del Campo, P. (2008). Guía de práctica Clínica para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en Atención Primaria. *Guías de Prácticas Clínicas en el SNS. Ministerio de Sanidad y Consumo.*
9. Harris, R. (2008). *The Happiness Trap: How to stop straddling and start living.* Boston: Trumpeter
10. Hayes, S. (1987). A contextual approach to therapeutic change. *Psychotherapists in clinical practice: Cognitive and behavioral perspectives.* New York: Guilford Press.
11. Hayes, C., Strosahl, K., & Wilson, K. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: an experiential approach to behavior change.* New York: Guilford Press.
12. Hayes, S., Strosahl, L., & Wilson K. (2012). *Terapia de aceptación y compromiso. Proceso y práctica del cambio consciente.* New York: Guilford Press.

13. Kohlenberg, R., Tsai, M., Ferrero, R., Valero, L., Fernández, A., & 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), 349-371.
14. López Hernández-Ardieta, M. (2014). Estado actual de la Terapia de Aceptación y Compromiso en adicciones. *Health and Addictions*, 14 (2).
15. Luciano, C., & Valdivia, M. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos*, 27 (2), 79-91.
16. Luciano, C. (2016). Evolución de ACT. *Análisis y Modificación de la Conducta*, 42, 3-14.
17. Medina, M., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L., & Aguilar, S. (2003). Prevalencia de los trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26 (4),1-16.
18. Organización Mundial de la Salud (2018). *La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400%*. Retrieved from: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/es/>
19. Organización Mundial de la Salud (2017). *Salud mental*. Retrieved from; [http://www.who.int/mental\\_health/es/](http://www.who.int/mental_health/es/)
20. Páez M., & Gutiérrez, O., Valdivia, S., Luciano, C. (2006). Terapia de Aceptación y compromiso (ACT) y la importancia de los valores personales en el contexto de la terapia psicológica. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6 (1),1-20.
21. Páez, M., & Gutiérrez, O. (2012). *Múltiples aplicaciones de la Terapia de Aceptación y Compromiso*. Madrid: Pirámide.
22. Rey, C. (2004). La terapia de aceptación y compromiso (ACT); sus aplicaciones y principales fundamentos conceptuales, teóricos y metodológicos. *Suma Psicológica*, 11 (2), 267-284.

23. Ribero-Marulanda, S., & Aguledo-Colorado, L. (2016). La aplicación de la terapia de aceptación y compromiso en dos casos de evitación experiencial. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 34 (1), 29-46.
24. Ruiz Jiménez, J. (2010). Evidencia empírica de la terapia de aceptación y compromiso. *Consejo general de la psicología en España*.
25. Stahl, L., & Pry R. (2005). Attentional flexibility and perseveration: developmental aspects in young children. *Child Neuropsychol*, 11, (2), 175-189
26. Wilson, K., & Luciano, C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso: Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.