

## **ANÁLISIS E INTERVENCIÓN EN UN CASO DE EVITACIÓN EXPERIENCIAL**

Alicia Pérez Rodríguez  
FEA en Psicología Clínica en el Hospital Universitario de Guadalajara  
María García Babiano  
Residente de Psicología Clínica en el Hospital Universitario de Guadalajara

## **ANALYSIS AND INTERVENTION IN A CASE OF EXPERIENTIAL AVOIDANCE**

Alicia Pérez Rodríguez  
FEA. Especialista en Psicología Clínica en el Hospital Universitario de Guadalajara  
María García Babiano  
Residente de Psicología Clínica en el Hospital Universitario de Guadalajara

**Dirección de contacto y envío de correspondencia:**

FEA Psicología Clínica Alicia Pérez Rodríguez  
Hospital Universitario de Guadalajara  
C/ Ferial, 31  
19005. Guadalajara  
E-mail: alyprpr@gmail.com

## **Análisis e intervención en un caso de evitación experiencial**

### **Resumen:**

Se presenta un caso clínico de una paciente mujer de 28 años que acude a consulta de psicología clínica por bajo estado de ánimo y ansiedad. El tratamiento terapéutico ha sido planteado desde la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la Terapia de Activación Conductual (BA). Se ha iniciado la evaluación con entrevista abierta, instrumentos de evaluación (BDI-II, AAQ, STAI-R / STAI-E, BADS y EROS) y trabajo sobre historia de vida de la paciente. Desde ese trabajo de análisis y evaluación se ha podido inferir la función del aislamiento y el malestar emocional como un Trastorno de Evitación Experiencial (TEE). Finalmente se discutirán los resultados alcanzados para una mejor comprensión de este tipo de problemática en cuanto a su naturaleza y factores implicados así como para el diseño de intervenciones psicológicas eficaces.

**Palabras clave:** Terapia de aceptación y compromiso, Activación conductual, Sintomatología ansioso-depresiva, Trastorno de Evitación Experiencial, caso clínico.

## **Analysis and intervention in a case of experimental avoidance**

### **Abstract:**

A clinical case of a 28-year-old female patient who attends to a clinical psychology clinic because she has symptoms of low mood and anxiety is presented. Therapeutic treatment has been proposed from Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Behavioral Activation Therapy (BA). Evaluation has begun with an clinical open interview, evaluation instruments (BDI-II, AAQ, STAI-R / STAI-E, BADS and EROS) and work on the patient's life history. From this analysis and evaluation work, the function of isolation and emotional distress has been inferred as an Experiential Avoidance Disorder (TEE). Finally, the results achieved for a better understanding of this problematic type, regarding to its nature and the factors involved will be discussed, as well as for the design of effective psychological interventions.

**Keywords:** Acceptance and commitment therapy, Behavioral activation, Anxious-depressive symptomatology, Experiential Avoidance Disorder, clinical case.

## Análisis e intervención en un caso de evitación experiencial

### INTRODUCCIÓN:

En los últimos años, desde el modelo conductual, se ha producido un énfasis en el análisis funcional y el planteamiento contextual en las intervenciones de gran número de trastornos, lo que ha dado lugar al surgimiento de las terapias de tercera generación (Barraca, 2006; Hayes, 2004; Pérez-Álvarez, 2006). Las investigaciones relacionadas con las terapias de tercera generación aún son muy recientes. Sin embargo, se han encontrado en estas, resultados que muestran su eficacia para intervenir en los problemas psicológicos (Moreno, 2012). Dentro de estas nuevas terapias, encontramos entre otras, la activación conductual y la terapia de aceptación y compromiso.

Los autores de la activación conductual (BA) han señalado en sus textos la necesidad de reorientar el análisis y girar de nuevo el foco de atención desde el interior de los sujetos (es decir, a los procesos intrapsíquicos) hacia las relaciones que éste establece con su entorno y, particularmente, a las consecuencias de sus acciones en ese entorno (Dimidjian, Martell, Addis y Herman-Dunn, 2008; Hopko, Lejuez, Ruggiero y Eifert, 2003; Jacobson, Martell y Dimidjian, 2001).

La terapia de aceptación y compromiso (ACT) nos invita a trabajar activamente en aquello que realmente nos importa, consideramos valioso y deseamos en nuestra vida, aun cuando el dolor pueda estar presente (Jurado, 2017). Se busca que las personas aprendan a aceptar que muchos de los eventos negativos que suceden les pueden generar malestar emocional y que este proceso hace parte de la vida misma (Ribero & Agudelo, 2016). Esta cuenta con resultados favorables sobre estudios comparativos que tienen como referente la terapia cognitiva para la depresión (Zettle y Hayes, 1986; Zettel y Raines, 1989), y también en estudios sobre casos de trastorno de ansiedad (Carrascoso, 1999; Luciano y Gutiérrez, 2001; Zaldívar y Hernández, 2001). Por su parte, BA es un procedimiento muy estructurado, aunque flexible e idiográfico, que tiene el objetivo de lograr que los pacientes con sintomatología depresiva aprendan a organizar sus vidas y cambiar su entorno para que se restablezca su contacto con fuentes de reforzamiento positivo (Barraca, 2010).

El objetivo tanto desde ACT como desde BA es que los pacientes acepten la experiencia que están intentando modificar y que esto no paralice su vida para que pueda continuar orientado su vida entorno a sus valores y planes de vida. Como puede apreciarse, este tipo de enfoques dista del enfoque cognitivo-conductual que tiene como objetivo el manejo de los síntomas y la reducción de los mismos, como fin propio de la intervención. Todo este planteamiento de aceptación del estado, de actuación comprometida y de preocupación por la conducta externa recuerda conceptos capitales de la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes, Wilson, Gifford, Follette, y Strosahl, 1996) que, por tanto, comparte algunos principios con la intervención de la BA, lo que permite la integración de ambos procesos terapéuticos.

Cuando las personas actúan con el objetivo de escapar del sufrimiento hablamos de evitación experiencial. Esta forma de evitación consiste en no estar dispuesto a permanecer en contacto con los eventos internos (Hayes et al., 2014). La *Evitación Experiencial* puede definirse como un fenómeno que ocurre cuando una persona no está dispuesta a ponerse en contacto con experiencias privadas particulares (p.ej.: sensaciones corporales, emociones, pensamientos, recuerdos, predisposiciones conductuales) e intenta alterar la forma o la frecuencia de esos eventos y el contexto que los ocasiona (Hayes, et al., 1996). Así pues, la evitación experiencial es un proceso patogénico que se ofrece como una alternativa funcional a los sistemas tradicionales de clasificación basados en la topografía, y que se aleja de los sistemas de clasificación diagnóstica clásica (DSM-5 y CIE-10). Recientemente se está promoviendo un cambio de planteamiento al hablar del concepto de inflexibilidad psicológica, de esta manera se incluye no solo el escape de aquellos estímulos con funciones aversivas sino que también se reconoce la importancia de las funciones apetitivas planteándose un acercamiento más inclusivo (Luciano, 2016).

El caso que se presenta ha sido conceptualizado como un trastorno de evitación experiencial, y la intervención se presentará organizada por apartados según los objetivos principales tanto de BA como de ACT para facilitar el seguimiento del mismo, siendo conscientes de que este modo de proceder puede generar una falsa simplificación del tratamiento. Sin embargo, se ha considerado que esta exposición de los datos facilita la integración teórico-práctica, objetivo fundamental del trabajo que se ha pretendido realizar. Los componentes del tratamiento van a ser una combinación de factores tanto de ACT como de BA según el análisis funcional del caso. Se inicia la intervención con componentes fundamentalmente de BA para aumentar el nivel de activación de la paciente y establecer la relación terapéutica, para posteriormente continuar trabajando según los objetivos de ACT en la medida que se iban considerando según la evolución de la paciente.

## **DESCRIPCIÓN DEL CASO DE LA PACIENTE:**

La paciente llega a terapia de psicología clínica privada recomendada por otra paciente amiga de la familia de su pareja. Tras una primera llamada de teléfono se comienza la evaluación y valoración de la paciente. Los datos aquí recogidos se han generado a través de entrevistas con la paciente y los resultados en los instrumentos de evaluación que se indicarán. La paciente fue informada del uso de estos datos con fines de análisis e investigación, señalando se producirá una leve modificación de los mismo con el objetivo de que no sea identificable. La paciente se mostró de acuerdo con este planteamiento.

### **Motivo de consulta**

L, mujer de 28 años que acude a consulta de psicología clínica por bajo estado de ánimo y ansiedad: “Soy muy exigente conmigo misma y eso me hace alejarme de la gente. He llegado a dejar a mis amigas. Estoy con lo mismo, esto me paraliza y no sigo con mi vida”. Señala que cuando se encuentra con bajo estado de ánimo está más irascible, pasando mucho tiempo en la cama, pero sin faltar al trabajo en ninguna ocasión.

Como antecedentes personales psicológicos señala tratamiento en psicólogo privado hace dos años “Cuando me ponía triste empezaba a limpiar y a estudiar. Ese psicólogo me enseñó a racionalizarlo todo, pero cuando estoy mal eso no me sirve”, y tratamiento farmacológico en momento actual con antidepresivo pautado desde MAP. “No me gusta la idea de depender de un fármaco para toda la vida, ya lo he visto con mi madre y no quiero eso para mí”. Su MAP también pauta benzodiazepinas para dormir que no toma por motivación propia. Con respecto a los antecedentes familiares psicológicos a destacar señala cuadros depresivos recurrentes en la madre, con medicación antidepresiva, la tía materna realizó un gesto autolítico y prima materna con sintomatología depresiva.

Cuando se le pregunta a L sobre su idea de cambio, señala “Yo quiero recuperar mi vida, dejar de no hacer nada, aprovechar la vida”, “Hacer cosas”, “Quiero aprovechar mis tardes, encontrar algo que me guste, quedar con amigas, estar bien con mi familia”.

### **Historia de vida**

La impresión clínica hace entrever que existe deseo de trabajo por parte de L, con motivación para el cambio y con compromiso para la terapia. Se acuerda comenzar con sesiones semanales. Se plantea la necesidad de realizar otra sesión para encuadrar la demanda, y después a través del análisis de la historia de vida de la paciente, y la evaluación con la aplicación de algunos cuestionarios y generar el análisis funcional-contextual del caso. El análisis funcional-contextual del caso se generó a partir del trabajo sobre la narrativa de la historia de vida de la paciente que se solicita en tercera persona. Se pretende de este modo trabajar la externalización del problema por una parte y mejorar la comprensión de su situación presente. Señala que le gusta mucho escribir, y como tiene mucho tiempo en el trabajo cree que podrá hacerlo sin problemas. A continuación se relatan los datos más significativos:

L nació durante las fiestas de su ciudad y el padre no llegó al parto por estar trabajando. Señala que la madre había sufrido un aborto antes de su nacimiento, tema tabú en casa y del que se enteró hace menos de un año. Tiene buenos recuerdos de infancia pero recuerda discusiones entre los padres. Ella siempre ha tenido un buen rendimiento académico "yo era muy aplicada". No señala celos ni problemas al nacer la hermana. Se mudan de casa cuando ella tenía 8 años, a mitad de curso, lo que hace que tenga que cambiar de colegio y la integración fue complicada. En esos momentos detectan un problema cognitivo a la hermana (parece que bajo CI) de modo que la madre se centra más en ella y generan un vínculo cercano. Cuando ella tenía aproximadamente 10 años mueren en el mismo año las dos abuelas, esto además genera que su familia tenga menos relación con la familia de origen, y su madre tiene a su vez un problema con su hermana por tema de herencias, por el que rompen relación. Señala que la hermana de la madre (su tía materna) tuvo un gesto autolítico grave. Todo esto la separó de su prima M con la que tenía muy buena relación, y que posteriormente han vuelto a retomar. La madre es la mediana de tres hermanos (un varón y dos mujeres). El padre murió en accidente de tráfico, y la relación entre los padres era muy complicada, con agresiones verbales y físicas del padre a la madre, pero no graves.

Con 11-12 años tiene un cambio físico "me puse muy guapa y era una chulita y flipada". Comienza el IES sin muchos amigos, pero ahí se relaciona más con chicos, se da su primer beso y comienza relación con A. Señala de nuevo un cambio en aspecto físico "fui de cisne a patito feo". Indica que este chico un día la llamó vaca, y eso junto con una leve subida de peso la hizo dejar de comer, con más problemas de conducta, desobediencia a padres, dos suspensos, expulsión del IES por pintar la foto del Rey, etc. Señala época tormentosa, donde la madre se dedicaba al estudio con la hermana, y por ello la paciente comenzó a salir más de casa con cierto nivel de descontrol. Tras esta época vuelve a centrarse en lo académico (se evidencian que es una forma de evitación experiencial ante el malestar, una vía de escape), con buen rendimiento, intentando compensar "Como yo me veo patito feo hago cosas para evitar pensar, hago cosas como loca...", "yo no me permito no hacer nada". En 4º ESO rompió con A, y sufrió acoso escolar porque todos los amigos de A la rechazaban. Indica que pidió ayuda a la madre, pero se limitó a hablar en el IES donde todo se complicó más. Reconoce que encontró un refugio en los estudios porque eso ayudaba a que las cosas mejoran en casa, pero los problemas de alimentación se agravaron. Los padres nunca han presentado mucha preocupación por sus problemas de alimentación, ya que hacía dieta pero también con atracones lo que la mantenía en normo-peso. En el verano se fue a Edimburgo, donde se siente muy bien, fuera del entorno y de sus problemas. Indica que hizo un grupo de amigas de su ciudad pero que iban a otro IES. Ella quiso cambiar de IES pero sus padres no la dejaron. Al volver al IES a 1º Bachillerato, volvió con A. Se centró en los estudios y sacó los cursos con muy buenos resultados (nota media de más de 8), curso de inglés y gimnasio. Cuando comenzó la universidad se tuvo que mudar de ciudad. Mantenía relación con amigas de su ciudad natal, pero poco a poco se fue centrando más en su grupo de la universidad. Una de sus amigas de su ciudad natal hizo un gesto autolítico y ella tenía un viaje por lo que no fue al hospital y eso fue muy mal visto por resto de amigas. Reconoce que estaba muy centrada en lo suyo, en lo académico, principalmente. Se va de Erasmus en 4º de carrera "un abrir y cerrar de ojos; marcó mi identidad para siempre, es el momento más feliz de mi vida". Reconoce mejoría cuando hay menos obligaciones y exigencias por su parte "las obligaciones son como una losa, como si estuviera muerta en vida". Tras terminar carrera se va a Argentina con una beca de voluntariado. Señala que no quería volver a la rutina, y allí estuvo muy bien. Allí conoce a C con que empieza relación, y ambos deciden volver "la familia nos reclamaba, pero creo que yo me quería quedar allí". Vuelve a su ciudad natal para terminar TFG, y busca trabajo en la capital con idea de no estar en casa de los padres. No se encontraba bien en su ciudad natal ni por familia ni por amistades. Reconoce sentirse rechazada con facilidad.

A C le ofrecen trabajo y casa sus padres en negocio familiar y ella decide irse a vivir con él y comenzar a estudiar oposición al no encontrar trabajo. Desde ese momento se pasa estudiando muchas horas, durante dos años estudiando una media de 60 horas/semana. Mientras está estudiando el resto de actividades están pospuestas y no presenta sintomatología de ningún tipo. Tras unas oposiciones consigue una interinidad y comienza en un trabajo que no le aporta mucha satisfacción por escasa carga de trabajo. Además, le cuesta ocupar el resto del día. Su pareja le pide matrimonio, y ella acepta llegando a dejar de fumar con la idea de poder ser padres. Pero al poco tiempo comienza a presentar bajo estado de ánimo y síntomas de ansiedad, lo que genera

disputas y se plantean aplazar los planes de boda. Ella reconoce que en este tiempo le han comenzado a surgir dudas. Han aparecido rumiaciones sobre pareja previa “Pudo ser pero no fue”, se ha puesto a pensar en otra vida, con otra pareja, otra ciudad, etc.

### **Objetivo de Intervención.**

Toda esta información ha permitido ir analizando en patrón funcional de la paciente, que se comparte con ella. Ella señala que se ha dado cuenta de un patrón repetitivo que nunca había visto antes: ante la idea de inseguridad y falta de valía, conecta con la necesidad de ser efectiva, ser útil, ser perfecta, no dar problemas, y se pone a hacer cosas (principalmente el estudio) como forma de distanciarse de sus pensamientos, temores, etc.

El caso que se presenta ha sido entendido como un trastorno de evitación experiencial, desde donde la paciente, al no estar dispuesta en conectar con sus experiencias emocionales privadas, realiza conductas para alejarse de este tipo de experiencias, generando de ese modo un patrón comportamental limitador y coercitivo, que es el que plantea como motivo de consulta.

Por ello se propone como objetivo a trabajar que la paciente pueda aceptar sus experiencias privadas poniéndose en contacto con ellas para poder continuar con su vida orientando esta a sus principales valores y proyectos de futuro. Para esto, una de las estrategias a seguir es la clarificación de valores para que la paciente pueda actuar conforme a los mismos, así como que conecte con sus estados emocionales normalizando estos. Todo ello siguiendo el modelo de ACT y BA introduciendo tareas de activación conductual de forma progresiva y sirviéndonos de un lenguaje metafórico y ejercicios experienciales.

## **EVALUACIÓN:**

### **Procedimiento.**

Como estrategias de evaluación se emplearon principalmente la entrevista clínica no estructurada, auto-registros y los siguientes autoinformes:

*Inventario de Depresión de Beck-II:* El BDI-II (Beck, Steer y Brown, 1996). En este caso se empleó la versión en español baremada con muestras clínicas y no clínicas (Sanz, García-Vera, Espinosa, Fortín y Vázquez, 2003; Sanz, Perdígón y Vázquez, 2003).

*Acceptance and Action Questionnaire:* El AAQ (Hayes et al., 2004) es una medida del grado de evitación experiencial, conceptualizada a partir del modelo de la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999). La versión adaptada al español (Barraca, 2004) ha obtenido índices aceptables de consistencia interna (alfa de Cronbach = ,74), estabilidad temporal ( $r_{xx} = ,71$ ) y ha reunido pruebas de su validez con muestras generales y clínicas.

*State-Trait Anxiety Inventory*: El STAI-R / STAI-E es una medida de la ansiedad, tanto en su vertiente de rasgo como de estado. En este caso se empleó la versión baremada en España (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1982).

*Environmental Reward Observation Scale*: El EROS (Armento y Hopko, 2007) es un breve instrumento para obtener una auto-evaluación objetiva del grado en que el entorno resulta reforzante para el sujeto. Una puntuación alta se vincula con un incremento de las conductas y del afecto positivo como consecuencia de experiencias reforzantes desde el medio. La escala posee una buena consistencia interna (alfa de Cronbach = ,85) y una buena fiabilidad test-retest ( $r_{xx} = ,85$ ). También hay datos sobre su validez de constructo (correlaciones con el Pleasant Events Schedule y el BDI). La versión aquí usada es la adaptación al español realizada por Barraca y Pérez-Álvarez (2010).

*Behavioral Activation for Depression Scale*: El BADS (Kanter, Mulick, Busch, Berlin y Martell, 2007) es un cuestionario elaborado para medir cuatro dimensiones básicas para el modelo de la BA, es decir, incluye las siguientes subescalas: Activación, Evitación/Rumia, Afectación del trabajo/actividad y Afectación de la vida social, y además es posible la obtención de una subescala general. La versión usada en este caso es la adaptación al español realizada por Barraca y Pérez-Álvarez (pendiente de publicación).

### **Resultados de la Evaluación.**

Las puntuaciones de la paciente en los autoinformes fueron las siguientes: BDI-II = 32 (depresión severa); AAQ = 48 (Evitación experiencial media-alta); STAI-E = 41 (ansiedad-estado alta); STAI-R = 39 (ansiedad-rasgo alta); EROS = 24 (reforzamiento desde el entorno bajo); BADS-I = 27 (activación elevada); BADS-II = 41 (evitación/rumia alta); BADS-III = 16 (deterioro del trabajo o actividad leve); BADS-IV = 15 (deterioro de la vida social medio-alto). Las mismas pruebas volvieron aplicarse tras la intervención, en la fase de seguimiento para sí valorar la eficacia en la reducción de sintomatología tras la psicoterapia llevada a cabo.

La entrevista clínica sirvió para conocer los aspectos más relevantes del caso. Además, fue el método más importante para determinar el estado del paciente en el momento de acudir a consulta y también para valorar su evolución a lo largo de la terapia.

### **FORMULACIÓN CLÍNICA DEL CASO**

Las principales conductas problema aparecieron de forma progresiva, pero se van agravando con el tiempo. Además, la paciente ya había tenido dificultades similares en el pasado, que requirieron intervención, pero que han vuelto a reaparecer, y sobre las cuales las estrategias previas no han sido eficaces. Señala que al poco tiempo de comenzar a trabajar como funcionaria interina y dejar de estudiar la mayor parte del día, que era la actividad que estaba realizando con anterioridad, comienzan a no poder realizar actividades que se propone, por lo que comienza a pasar mucho tiempo en casa



o en cama. A nivel laboral siente cierta frustración por no exigir mucho esfuerzo y dejar mucho tiempo libre. L comienza a no saber cómo ocupar el resto del día, presentado una falta de conexión con sus valores y deseos. Además, su pareja está muy ocupado con el trabajo y pasan poco tiempo juntos. Como desencadenante importante de la demanda de atención psicológica está la petición de matrimonio de su pareja, a la cual ella acepta llegando a dejar de fumar con la idea de poder ser padres. Por su parte, señala más apetito y leve aumento de peso. Este tipo de conductas iban acompañadas de verbalizaciones negativas sobre ella misma y sobre las consecuencias de este aumento de la ingesta "te vas a quedar sola", "esto ya te ha pasado otras veces". También se van generando más disputas con su pareja, al verle éste poco ilusionada con la planificación de la boda, y con una actividad cada vez menor.

A nivel cognitivo, L reconoce dudas importantes en relación con la petición de boda y la idea de la estabilidad vital en esa ciudad, en ese trabajo, etc. Han aparecido rumiaciones sobre pareja previa "Pudo ser, pero no fue", se ha puesto a pensar en otra vida, con otra pareja, otra ciudad, etc. Este tipo de rumiaciones han aparecido como un recuerdo obsesivo, que a su vez generan culpabilidad en el presente y la idea recurrente de que quizás hay otras posibilidades de vida.

En el ámbito social, cada vez tiene menos relaciones y las que tiene son de poco calado de modo que no la permiten expresar sus dudas o malestar. Fue reduciendo las relaciones al plano familiar y laboral, donde intenta dar una buena imagen. De este modo, cada vez se ha ido quedando más aislada, y las relaciones que establece las siente como poco reales y de poca intimidad.

En el ámbito emocional la paciente señala un bajo ánimo y ansiedad, que sin embargo no puede vincular con lo que está ocurriendo y lo que ella está haciendo y dejando de hacer. Reconoce que su bajo ánimo está relacionado con las disputas con su pareja, y que eso a su vez conlleva un mayor aislamiento, desgana y falta de actividades.

Toda esta información ha permitido ir analizando el patrón repetitivo evitativo que presenta la paciente, donde ante la idea de inseguridad y falta de valía, conecta con la necesidad de ser efectiva, ser útil, ser perfecta, no dar problemas, y se pone a hacer cosas (principalmente el estudio) como forma de distanciarse de sus pensamientos, temores, etc. Pero en el momento actual, ante la falta de actividad única que demande todo su tiempo, se ha generado una situación de necesidad de replanteamiento vital.

### **CURSO DE LA TERAPIA Y PROCESO TERAPEÚTICO:**

En la primera sesión se recogen datos sobre el motivo de consulta y la situación clínica de la paciente, para después proponer un trabajo sobre su historia clínica e ir estableciendo la relación terapéutica y la exploración a través de autoinformes, en las dos siguientes sesiones. En la cuarta sesión se realiza devolución de información y se plantea, utilizar la Activación Conductual (BA) en combinación con la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT).

Se realizaron un total de 4 sesiones semanales, tres de ellas de evaluación, y una cuarta para la contextualización y planificación de intervención; 9 sesiones de intervención propiamente dicha; y dos sesiones finales de seguimiento, una al mes del alta por mejoría y otra a los tres meses, para cierre completo de intervención.

A continuación, se procede a ir exponiendo lo trabajado con la paciente a partir del análisis y comprensión del funcionamiento de su comportamiento. Se irán indicando las diversas técnicas utilizadas, sin poder aislarlas de una forma estricta, pues el trabajo terapéutico no es rígido, sino idiográfico y por tanto centrado en la paciente por lo que se va adaptando e integrando según las necesidades y los objetivos planteados.

### **Fases y técnicas de la intervención:**

#### 1. Sesiones de evaluación y establecimiento de alianza terapéutica

Como se ha señalado previamente, la **alianza terapéutica** se comienza a trabajar desde un primer momento, generando un clima de comprensión y colaboración. A través de la **evaluación** (tres primeras sesiones) se procede a lograr una mayor comprensión de la situación actual de L, de modo que la exposición del análisis funcional y contextual de la situación motiva para el cambio (cuarta sesión). El análisis de la historia de vida de la paciente, permite mejorar la comprensión del estado actual y contextualizar a la paciente en su realidad actual.

#### 2. Clarificación de valores

En la quinta sesión se propone trabajo sobre **clarificación de valores**, contextualizando este trabajo sobre su historia de vida y sus proyectos de futuro. Se propone en cuento/metáfora del jardín para que la paciente reflexione sobre las cosas en las que quiere ocupar su tiempo vs. gastar el tiempo en cosas que no desea. En la experiencia clínica con ACT, ha demostrado ser de gran utilidad para analizar el problema y situar la estrategia del paciente en el contexto de sus valores, el uso de la “metáfora del jardín” (Wilson y Luciano, 2002). Esta permite un uso flexible e individualizado de la misma para ajustarla a los problemas específicos del paciente. La flexibilidad de su uso permite que los pacientes fácilmente relacionen la idea de los haceres en la vida como el cuidado de un jardín. Se le planteó a la paciente esta metáfora de la forma siguiente:

“Supongamos que cada uno de nosotros somos jardineros, adoramos nuestras plantas, las plantas son las cosas que queremos en nuestra vida. Hemos seleccionado un lugar para plantar nuestro jardín, hemos distribuido las plantas dejando más terreno para las que más nos gustan, para las que queremos que más crezcan y menos espacio para las plantas que no son tan relevantes para nosotros. Hemos preparado la tierra, plantado semillas, algunas han brotado, unas con más fuerza, otras con menos... Y claro, algunas plantas importan más que otras, puede no ser lo mismo que se seque uno de los geranios a que se seque un rosal, el rosal puede que sea una de las plantas que más importen, que se cuide con más mimo... Ahora dime, ¿cuáles son tus áreas o facetas de valor, como si fueran las plantas de tu jardín?, ¿Cuánto te importa cada una de ellas?... Fíjate que no te

pregunto cómo están actualmente, sino qué sector ocupan en tu terreno, te pregunto sobre el valor que ellas tienen para ti...”

Tras realizar este trabajo, la paciente reconoce que quiere dedicar más tiempo a cosas que considera más valiosas. Desde aquí la paciente reconoce que tiene miedo de ir repitiendo la historia familiar con respecto a las relaciones sentimentales, tanto la de los abuelos como la de los padres. Lloro y reconoce que esto ha podido generar "el conflicto" o situación con su pareja. Ella reconoce que nunca ha estado del todo a gusto en su casa "Hemos salido corriendo de ahí, no por desarrollo o voluntad propia". Lo señala tanto de ella como de la hermana. Además, indica que a ella le gusta hacer las cosas bien "Si hago algo, es para darlo todo". Se trabaja sobre la exigencia y la perfección, y en este momento es la propia paciente capaz de señalar que cree que este es otro modo de huir, pues o se siente muy bien para, realizar por ejemplo, una actividad deportiva o decide no ir. En momentos como estos se utiliza también el humor como estrategia terapéutica, para poder relajar el ambiente y continuar con la reflexión. Todo esto permite hacer señalizaciones sobre los cambios que ha tenido, el exceso de tiempo como foco de malestar, y su tendencia a la ocupación como mecanismo de **evitación experiencial del malestar** y para no conectar con sus deseos y valores. L comienza a plantear ella misma que cree que querer controlar los sentimientos y pensamientos negativos puede estar relacionado con el problema que la ha traído a sesión. Se pide a la paciente que reflexione sobre sus mecanismos de **evitación experiencial**, y es capaz de señalar la **hiperactivación** como una forma de evitar pensar, y a su vez, pensar mucho como una forma que querer tener control sobre la cadena de pensamientos. Al final de esta sesión la paciente señala su deseo de dejar de tomar medicación, y se recomienda que si así lo desea, acuda a su MAP para hablarlo con él.

### 3. Aumento y extinción de conductas con programación escalonada y gradual. Autorregistros

Se inicia la sexta sesión a través de estrategias de BA. Se plantea la necesidad de activar determinadas conductas para organizar **pautas horarias** (horarios fijo de sueños y comidas), así como actividades que había abandonado para huir de situaciones que generaban malestar (escalada, quedar con amigos). También se proponen **conductas a extinguir** o moderar como estudiar que estaba sirviendo para evitar hacer otras cosas y exponerse a situaciones sociales. Todas estas propuestas se realizan explicando su función, y con **una programación escalonada y gradual**, que permitió a la paciente ir conectando más con sus valores (trabajo en sesiones previas), pero también con una sintomatología ansiosa que ese tipo de actividades/inactividades estaban bloqueando. Se comenzó trabajando con **autorregistros** que L cumplimentaba reglamentariamente, y con el que se ponía en evidencia qué actividades evitaba como mecanismo de huida (refuerzo negativo) y cuales realiza pero con la misma función (refuerzo negativo) para evitar conectar con la dudas, la incertidumbre y la necesidad de perfección. En esta sexta sesión se pidió a la paciente que elaborase auto-registros en los que reflejase las actividades diarias y el estado anímico asociado a cada una de ellas.

#### 4. Desesperanza creativa.

L señala que al día siguiente de la última sesión decidió apuntarse a escalada, pero no ha ido “Llego a casa y me quedo en el sofá, y me siento mal”. De modo que en la séptima sesión se comienza a trabajar la **desesperanza creativa**. Esta consiste en mostrar al paciente que los intentos de control de los eventos privados (pensamientos, sentimientos, sensaciones y emociones) no le ha llevado más que a aumentar de manera muy importante su sufrimiento. Para poder trabajar desde aquí fueron de gran utilidad el uso de las metáforas del tigre hambriento y de cavar para salir del hoyo, las cuales fueron formuladas a la paciente del siguiente modo;

##### Metáfora del tigre hambriento

*“Imagina que te despiertas una mañana y te encuentras, justo delante de tu puerta, a un adorable cachorro de tigre juguetón que está maullando. Por supuesto, lo metes dentro de tu casa y lo adoptas como mascota. Después de jugar con él un rato, observas que está maullando sin parar y, entonces, te das cuenta de que debe tener hambre. Le das un poco de carne, ya que te imaginas que eso es lo que deben comer los tigres. Haces lo mismo cada día y, día tras día, tu mascota de tigre crece un poquito más. Al cabo de dos años, la comida diaria de tu tigre pasa de ser pedacitos de hamburguesa a kilos de ternera. Al poco tiempo tu tigre ya no maulla cuando tiene hambre, en cambio, él te ruge ferozmente cuando piensa que es la hora de comer. Tu adorable mascota se ha convertido en una bestia salvaje incontrolable dispuesta a destrozarte sino consigue lo que quiere.*

*Tu lucha con tus pensamientos y emociones dolorosas puede compararse con este tigre imaginario. Cada vez que le das poder a tu dolor alimentándolo con la carne de la evitación experiencial, es decir, todo lo que haces que te ayuda a evitar pensamientos y emociones dolorosas, ayudas a que tu tigre del dolor crezca y se haga más fuerte. Alimentarlo de este modo parece lo prudente. El tigre del dolor ruge ferozmente diciéndote que lo alimentes con lo que quiere o te comerá. Sin embargo, cada vez que lo alimentas, ayudas a que el dolor se vuelva más fuerte, más intimidante y que tenga más control de tu vida”*

##### Metáfora de Cavar para salir del hoyo

*“Un hombre iba por el campo, llevando una venda en los ojos y una pequeña bolsa de herramientas. Se le había dicho que su tarea consistía en correr por ese campo con los ojos vendados. El hombre no sabía que en la granja había hoyos grandes y muy profundos, lo ignoraba completamente. Así que empezó a correr por el campo y cayó en uno de esos grandes agujeros. Empezó a palpar las paredes del hoyo y se dio cuenta de que no podía saltar fuera y de que tampoco había otras vías de escape. Miro en la bolsa de herramientas que le habían dado, para ver si había algo que pudiera usar para escapar del hoyo, y encontró una pala. Eso es todo lo que tenía. Así que empezó con diligencia, pero muy pronto advirtió que no salía del hoyo. Intento cavar más y más y más y más rápido, pero seguía en el hoyo. Lo intento con grandes paladas y con pequeñas, arrojando lejos la tierra o arrojándola cerca... pero seguía en el agujero. Todo ese esfuerzo y todo ese trabajo, y lo único*

*que conseguía es que el hoyo se hiciese cada vez más y más profundo. Entonces se dio cuenta, que cavar no era la solución, no era la forma de salir del hoyo, al contrario, cavando es como se hacen los hoyos más grande. Entonces empezó a pensar que quizás todo el plan que tenía estaba equivocado y que no tenía solución, ya que cavando no pueda conseguir una escapatoria, lo único que hacía era hundirse más”*

Hay buen acogimiento de la paciente a este tipo de intervención, entendiendo el control como problema y siendo capaz de ejemplificar ella misma como esto le pasa con algunos aspectos en su vida cotidiana.

La paciente, así mismo continúa con los autorregistros y las actividades pautadas como tarea para casa.

En la sesión 8 la paciente acude señalando que en el trabajo tiene mucha sensación de aburrimiento, pero indica que ha pedido trabajo a su jefe y le ha dado leyes que puede leer y con eso se entretiene. Se refuerza esa actitud activa y asertiva con respecto a su jefe. La paciente también presenta quejas en relación a la terapia, pues señala que hay veces que sale de la sesión con sentimiento de confusión y eso la genera malestar.

Se trabaja de nuevo desde la desesperanza creativa, repasando lo visto en sesiones anteriores y se refuerzan los avances logrados así como la alianza terapéutica. En esta sesión se trabaja desde la metáfora de la montaña y se usan gráficos y dibujos para ello:

“Imagina que estás haciendo una caminata por la montaña. Ya sabes cómo hacen esos senderos de montaña, sobre todo cuando las pendientes son empinadas: se retuercen de un lado y a otro y forman giros en los que uno, literalmente, va y vuelve y, a veces, descienden por debajo del nivel que ya había alcanzado un momento antes. Si, en un punto concreto del sendero, yo te pidiera que evaluaras lo bien que estás llevando a cabo tu objetivo de llegar a la cima, iba a escuchar una historia diferente en cada momento: si te encontraras en una zona donde el camino serpentea, probablemente me dirías que las cosas no están yendo demasiado bien y que nunca ibas a conseguir llegar a la cima; si estuvieras en una zona de terreno despejado desde la que pudieras ver la cumbre de la montaña y el sendero que conduce hasta allí, probablemente me dirías que lo estabas haciendo bien. Ahora imagínate que vamos por el valle observando con unos prismáticos a la gente que está haciendo senderismo por ese camino. Si nos preguntaran qué tal lo están haciendo, les daríamos un informe positivo cada vez. Nosotros podríamos ver que la dirección general del sendero-no lo que se aprecia en un momento determinado, sobre el terreno-es la CLAVE para el progreso. Veríamos que seguir ese enrevesado sendero serpenteante es, precisamente, lo que conduce a uno hasta la cima”.

La paciente siente algo de confusión en la realización de este ejercicio, siendo capaz de mostrar malestar al respecto, e indicando que aunque sienta cierta confusión va a intentar tolerar ese estado cómo uno más.

#### 5. El Control como problema, conexión con estados emocionales y validación emocional

En las siguientes sesiones (sesión 9 y 10) L acude cargada de intentos fallidos sobre lo trabajado en sesión en relación a dejar estar los pensamientos y emociones que ella considera negativos, y comprometerse con sus proyectos. Se trabaja en sesión la **conexión con los estados emocionales** que trae. Se realizan ejercicios de **centrar la atención sobre su estado emocional presente**. L comienza a indicar que su deseo es quitarse esos pensamientos pues siente que no puede continuar su vida con ellos. Se realiza un ejercicio experiencial para que la paciente pueda experimentar otras **estrategias de afrontamiento que no sean la evitación y el control**. El ejercicio elegido para ello fue el de “Bolas de papel que te impiden avanzar” el cual consiste en hacer a la paciente avanzar hacia sus objetivos figurados, mientras se la lanzan bolas de papel y se colocan otros impedimentos en su camino. Ella termina señalando que la única forma de avanzar es ir con todos esos impedimentos, y que hasta puede sentirse acompañada por ellos. En este momento también se trabaja la **validación de los estados emocionales de la paciente, así como la normalización** sobre lo que siente, piensa y hace, con el objetivo de ayudar a la paciente a ser algo más complaciente consigo misma, y rebajar de este modo el estilo de elevada autoexigencia que ya se había señalado previamente. No es hasta el final de la sesión, cuando señala que fue a al MAP y dejó la medicación hace tres días. Ella está contenta por ello, señalando que cree que es una forma de afrontar por sí misma lo que la está pasando. Se refuerza esta decisión, así como su estado de ánimo y su conexión con sus valores personales y vitales.

#### 6. Defusión de pensamiento y diferenciación entre Yo contexto y Yo contenido

En las sesiones 11 y 12, la mejoría de la paciente es evidente. Señala que tiene planes para el verano tanto con sus padres, como con su pareja. Además, han retomado la idea de la boda, que será en Septiembre. Desea hacer algo íntimo y reconoce que siente que su relación es muy diferente a la de sus padres y se siente muy cómoda con la forma en la que están haciendo las cosas. Trae a sesión algún ejemplo de pensamientos y sensaciones a las que da mucha convicción de realidad “Hay en momentos en los que tengo la sensación de que ocurrirá algo malo, todo va tan bien que no puede ser”. Se aprovechan estos comentarios para trabajar la **defusión de pensamiento**. Para ello se utiliza el “ejercicio de los papelitos”. Se pide a la paciente que escriba emociones, sensaciones y pensamientos en papeles. De este modo se trabaja la externalización del pensamiento, se coloca fuera de la paciente, y se pide que coja cada uno de ellos, preguntando dónde está ese pensamiento, a quién le pertenece, para qué la sirve o su utilidad... A través de este tipo de ejercicio, también se trabaja la **diferenciación entre Yo contexto y Yo contenido**, y se le permite a la paciente tomar distancia sobre sus estados experienciales, y actuar conforme a sus valores y objetivos vitales.

## 7. Compromiso con su cambio de conducta y prevención de recaídas

En la sesión 13, L señala que está ilusionada con los cambios que se avecinan en su vida, y además está dispuesta a retomar sus estudios. Señala que no sabe fecha de oposiciones, y por ello aún no quiere apuntarse a academia ni dar más pasos al respecto, pero ha arreglado el despacho en el que estudiaba con ayuda de su pareja, y ya ha sido capaz de pasar algún rato colocando todos los apuntes y demás materiales. L se muestra muy contenta por los avances logrados.

En esta sesión se repasa lo trabajado durante el tratamiento, haciendo hincapié sobre sus valores. Se saca la "Margarita de valores", consistente en dibujar una margarita en cuyos pétalos se van escribiendo aquellas cosas importantes para la paciente y que conforman por tanto sus valores a seguir, y se va viendo cómo ha logrado dedicar más tiempo a las cosas que son importantes para ella, y cómo eso la hace sentir mejor de ánimo y ha reducido las rumiaciones y la ansiedad. L se muestra incluso sorprendida al recordar cómo llegó a la consulta del primer día, y se emociona "estas lágrimas son de alegría no como otros días". Se refuerza de forma espontánea la expresión emocional como parte de la vida.

Se decide realizar nueva valoración con autoinformes con el fin de poder un feedback a la paciente, así como para obtener los datos a nivel comparativo (pre y post-tratamiento). Los datos obtenidos pueden verse en el apartado de resultados (Ver Tabla 1.2).

Dada la mejoría evidenciada en la paciente, y que ella también señala, se acuerda tener una sesión de seguimiento para finales de Junio. Además, L señala su deseo de tener otra sesión más en Octubre, tras la boda, indicando que quiere poder trabajar su vivencia del evento, además de compartirlo con la terapeuta.

## 8. Seguimiento y prevención de recaídas

Se había propuesto sesión de seguimiento, pero la paciente se pone en contacto con la terapeuta a principios de mes para señalar la necesidad de aplazarlo por haber tenido que adelantar la fecha de un viaje por motivos laborales de su pareja. Se acuerda cita un mes después.

Se propondrá trabajar en esa primera sesión de seguimiento la **consolidación de la mejoría** que había referido en sesiones previas. Además, se valorará cómo ha estado en las vacaciones con su pareja y también consigo misma, haciendo especial hincapié en el aspecto físico.

Si procede, se trabajan posibles temores con respecto a la boda.

Tal y como la paciente había solicitado, se acordará una segunda y última cita de seguimiento 4 meses después.

## **EVALUACIÓN FINAL DEL PROCESO Y RESULTADO DE LA TERAPIA:**

Se puede concluir que a través de la combinación de Activación Conductual y Terapia de Aceptación y Compromiso, se han logrado modificar las dificultades de la paciente conceptualizadas como Evitación Experiencial. El estado final de la paciente, tanto a nivel subjetivo valorado a través de entrevista, como los resultados de los autoinformes, indican dicha mejoría. La evaluación realizada mediante autoinformes permite analizar de una forma cuantitativa la evolución de la paciente, conclusión que se pormenorizará a través de la entrevista y narrativa de la paciente al alta.

Como puede observarse en la tabla previa (Tabla 1.2.), las puntuaciones del paciente en los autoinformes tras la intervención fueron las siguientes: BDI-II = 2 (depresión ausente); AAQ = 32 (Evitación experiencial baja); STAI-E = 16 (ansiedad-estado baja); STAI-R = 25 (ansiedad-rasgo media); EROS = 38 (reforzamiento desde el entorno alto); BADS-I = 34 (activación muy elevada); BADS-II = 20 (evitación/rumia baja); BADS-III = 7 (deterioro del trabajo o actividad muy leve); BADS-IV = 0 (deterioro de la vida social ausente). De los datos presentados cabe destacar la comparativa en sintomatología ansioso depresiva, donde se puede apreciar una reducción importante (datos de BDI-II y STAI-E), así como en evitación experiencial y rumia (AAQ y BADS-II) y en deterioro laboral y social (BADS III y IV).

En la última sesión que se tuvo con la paciente señaló continuar teniendo conductas compatibles con sus valores, y no haber experimentado ninguno de los síntomas que la condujeron a terapia, en tal intensidad que la impidieran realizar alguno que se hubiera propuesto.

A través de la intervención, se trabajó con la paciente según los objetivos terapéuticos planteados y generados del análisis funcional. Tras la valoración y el establecimiento de la alianza terapéutica, se comenzó el trabajo en activación conductual con el fin de aumentar el nivel de actividades gratificantes y extinguir las conductas que impedían el afrontamiento activo a través de una programación pautada y escalonada. La buena participación y colaboración de la paciente potenció y permitió la mejoría. En este sentido se ha de señalar la importancia del trabajo sobre la relación terapéutica, dotando a la paciente, en un primer momento, de esperanza y deseo/motivación para el cambio y potenciando una actitud activa hacia el mismo, además de la importancia de la clarificación de valores, lo que permitió la organización de la activación conductual a partir de ellos. En la siguiente fase del tratamiento, se pretendieron trabajar las causas de la evitación experiencial, y la estrategia de la hiperexigencia como mecanismo básico de evitación en el caso concreto de la paciente. El uso de un lenguaje metafórico así como ejercicios experienciales fueron bien acogidos por la paciente, y ella misma llegó a señalar que habían contribuido enormemente en su autoconocimiento y proyección al cambio. A este respecto, es importante destacar que el buen nivel cognitivo de la paciente, junto con su capacidad de autorreflexión e insight ha ayudado a que la terapia haya sido exitosa. Sin embargo, se considera que el tratamiento no hubiera tenido un final tan exitoso sin la inclusión de la técnica de exposición. Este tipo de técnicas se introdujeron desde un primer momento, dejando así clara la necesidad de afrontar y extinguendo a través de la exposición prolongada la



elevada reactividad emocional que la paciente presentaba ante estímulos internos y que ella solucionaba a corto plazo a través de la evitación. La toma de conciencia, a través de su propia experiencia, de la inutilidad a largo plazo de este tipo de estrategias, y la desconexión con sus valores, ha sido fundamental en el caso presentado y la resolución del mismo.

## **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:**

Si bien es cierto que un caso en particular no permite generalizar resultados, tal y como se ha indicado, tras la intervención la paciente presentó gran mejoría, lo cual sirve para ir generando acumulación casuística de respuesta favorable a la terapia combinada de BA y ACT en casos clínicos de bajo ánimo y sintomatología ansiosa. La conceptualización del caso desde el trastorno de evitación experiencial, como el análisis funcional del mismo, han sido las bases para ir generando el tratamiento desde una perspectiva idiográfica y contextualizada, pero siempre siguiendo las indicaciones y modo de proceder desde este tipo de intervenciones.

De este modo, se considera que las propuestas contextuales son una gran aportación terapéutica. Como se ha visto reflejado en el caso expuesto, la paciente ha logrado una mejoría significativa, tanto con respecto a los síntomas que condujeron a pedir intervención, como a nivel de calidad de vida.

Los puntos fuertes del caso pueden considerarse tanto la motivación para el cambio como el establecimiento de una alianza terapéutica fuerte. Está bien documentado que uno de los factores comunes de la psicoterapia es la relación terapéutica. Frank (1961) concluía que las notas comunes a todas las psicoterapias eran cuatro: una relación particular entre el paciente y el terapeuta, cuyo ingrediente esencial es la confianza del paciente en la competencia del terapeuta para ayudarlo; sus entornos son designados por la sociedad como lugares de curación, de modo que el ambiente genera por sí sólo una expectativa de alivio; todas las psicoterapias se basan en el funcionamiento de un mito sobre la salud y la enfermedad: ese mito debe ser compartido por el aparato cultural que defienden el paciente y el terapeuta; y toda psicoterapia implica un procedimiento que resulta de una prescripción teórica. En este sentido se ha de señalar que, sin bien la relación que se generó fue realmente de implicación por parte de la paciente, ese deseo de cambio y mejora también generó momentos complejos, sobre todo cuando se trabajó la desesperanza creativa. Este momento de la terapia fue de especial dificultad y se tuvo que realizar con mucho cuidado, pues en algún momento se pensó la posibilidad de que la paciente abandonara la intervención por el mal manejo de la incertidumbre que presentaba, lo cual no habría sido beneficioso para la buena conclusión del mismo. Volviendo a los factores comunes de la psicoterapia señalados por Frank (1961), desde las terapias contextualistas se pretende que los pacientes sientan cierto alivio sintomático, pero no por la evitación de los mismos, sino por una afrontamiento y manejo que en determinados momentos puede generar un malestar adaptativo, que desde la sociedad no ha estado considerado como tal.

## REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2013). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 5ª ed. Alington, VA: APA. (trad. cast. : Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2014).*
- Armento, M. E. A. y Hopko, D. R. (2007). The Environmental Reward Observation Scale (EROS): Development, Validity, and Reliability. *Behavior Therapy, 38*, 107-119.
- Barraca, J. (2004). Spanish Adaptation of the Activation and Action Questionnaire (AAQ). *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 4*, 505-515.
- Barraca, J. (2006). Editorial. Las terapias de conducta de tercera generación: ¿parientes políticos o hermanos carnales? *EduPsykhé, 5*, 147-157.
- Barraca, J. y Pérez-Álvarez, M. (2009). Spanish Adaptation of the Behavioral Activation for Depression Scale (BADs). *Manuscrito enviado para su publicación.*
- Barraca, J. y Pérez-Álvarez, M. (2010). Adaptación española del Environmental Reward Observation Scale (EROS). *Ansiedad y Estrés, 16*, 95-107.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B. y Emery, G. (1979). *Terapia cognitiva de la depresión.* Editorial Desclée de Brouwer. Bilbao.
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). *Manual for the BDI-II.* San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Carrascoso, F.J. (1999) Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el trastorno de angustia con agorafobia: un estudio de caso. *Psicothema, 11*, 1-12.
- Dimidjian, S., Martell, C. R., Addis, M. E. y Herman-Dunn, R. (2008). Behavioral Activation for depression. En D. H. Barlow (Ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders. A step-by-step treatment manual (4ª ed.)* (pp. 328-364). Nueva York: Guilford Press.
- Dougher, M. J. (Ed.), (2000). *Clinical behavior analysis.* Reno, NV: Context Press.
- Frank, J. D. (1961). *Persuasion and healing.* Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies. *Behavior Therapy, 35*, 639-665.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy, 35*, 639-665.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy. An Experiential Approach to Behavior Change.* Nueva York: Guilford Press.
- Hayes, S.C.; Wilson, K.G.; Gifford, E.V.; Follette, V.M. y Strosahl, K. (1996). Experiential Avoidance and Behavioral Disorders: A Functional. Dimensional Approach to Diagnosis and Treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 1.152- 1.168.
- Hayes, S. C, Strosahl, K. y Wilson, K. G. (2014). *Terapia de Aceptación y Compromiso. Proceso y práctica del cambio consciente (Mindfulness).* Bilbao, España: Desclée de Brouwer.

- Hopko, D. R., Lejuez, C. W., Ruggiero, K. J. y Eifert, G. H. (2003). Contemporary behavioral activation treatment for depression: Procedures, principles, and progress. *Clinical Psychology Review*, 23, 699-717.
- Jacobson, N. S. y Gortner, E. T. (2000). Can depression be de-medicalized in the 21st century: scientific revolutions, counter-revolutions and the magnetic field of normal science. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 103-117.
- Jacobson, N. S., Martell, C. R. y Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 255-270.
- Jurado Andino, M. (2017). *Una Mirada Introductoria a la Terapia de Aceptación y Compromiso*. *Revista Griot*, 10(1), 70-87.
- Kanter, J. W., Mulick, P. S., Busch, A. M., Berlin, K. S. y Martell, C. R. (2007) The Behavioral Activation for depression Scale (BADDS): Psychometric Properties and Factor Structure. *Journal of Psychopathology and Behavior Assessment*, 29, 191-202.
- Luciano, M.C. y Gutiérrez, O. (2001). Ansiedad y Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). *Análisis y Modificación de Conducta*, 27, 113, 373-398
- Luciano, M. C. (2016). *Evolución de ACT*. *Análisis y Modificación de Conducta*, 42(165-166), 3-14.
- Moreno, C. (2012). *Terapias Cognitivo – Conductuales de tercera generación: la atención plena*. *Revista Internacional de Psicología*. Vol.12 No.1, 1-17
- Pérez-Álvarez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *EduPsykhé*, 5, 159-172.
- Ribero-Marulanda, S. & Agudelo-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
- Sanz, J., García-Vera, M. P., Espinosa, R., Fortín, M. y Vázquez C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, 16, 121-142.
- Sanz, J., Perdigón, A. L. y Vázquez C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14, 249-280.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. (1982). *STAI. Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo*. Madrid: TEA, Ediciones.
- Wilson, K. G. y Luciano, M. C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a valores*. Madrid: Pirámide.
- World Health Organization. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10 : clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid : Editorial Médica Panamericana.
- Zaldivar, F. y Hernández, M. (2001). Terapia de Aceptación y Compromiso: aplicación a un trastorno de evitación experiencial con topografía agorafóbica. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27, 425-454.
- Zettle, R. D., & Hayes, S. C. (1986). Dysfunctional control by client verbal behavior: The context of reason giving. *The Analysis of Verbal Behavior*, 4, 30-38.
- Zettle, R. D., & Rains, J. C. (1989). Group cognitive and contextual therapies in treatment of depression. *Journal of Clinical Psychology*, 45, 438-445.