

UNIVERSIDAD DE ALMERÍA



Facultad de Psicología



Máster en Psicología General Sanitaria

Trabajo de Fin de Máster

Convocatoria: junio de 2020

**Hacia una terapia contextual-existencial: estudio de caso con una paciente con
cáncer de mama**

Towards a contextual-existential therapy: single case study with a breast's cancer
patient

Autor: Alejandro Torres María

Directora: Francisca López Ríos

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	4
ONTOLOGÍA DEL CONTEXTUALISMO FUNCIONAL	4
EJEMPLOS DE TERAPIAS CONTEXTUALES	5
LOGROS DE LAS TERAPIAS CONTEXTUALES	8
DESAFÍOS DE LAS TERAPIAS CONTEXTUALES	12
LA VISIÓN FENOMENOLÓGICA-EXISTENCIAL	14
TERAPIA EXISTENCIAL	16
AFINIDADES ENTRE LA TERAPIA EXISTENCIAL Y LAS TERAPIAS CONTEXTUALES	18
HACIA UNA TERAPIA CONTEXTUAL-EXISTENCIAL: UNA PROPUESTA	21
MÉTODO	24
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	43
BIBLIOGRAFÍA	46

Resumen

En el presente trabajo se exponen las Terapias Contextuales como unas terapias psicológicas que han supuesto un enfoque novedoso de la terapia psicológica, compartiendo unos principios filosóficos comunes. Por ello, se expone una breve revisión de la situación actual de estas terapias, pasando por sus logros y, en segundo lugar, presentando algunos posibles desafíos. Entre esos desafíos se plantea la posibilidad de buscar métodos integradores que pasen por volver al conductismo radical, potenciándolo a través de sus afinidades con la visión fenomenológica-existencial. Para ello, se muestran las afinidades presentes a nivel filosófico y empírico, especialmente entre la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la Psicoterapia Existencial, y se ofrece una posible propuesta integradora hacia una Terapia Contextual-Existencial a propósito de un estudio de caso único. La participante es una mujer de 44 años, que tras sufrir un cáncer de mama acude en busca de ayuda psicológica, ya que en los últimos meses afirma sentirse con bajo estado de ánimo, sin ganas de realizar actividades y presentando algunos problemas interpersonales. Como intervención se empleó protocolos principalmente basados en ACT y de la propuesta integradora Contextual-Existencial. Tras la intervención la consultante no mostró cambios especialmente significativos en las medidas de registro, pero sí un incremento de compromiso con acciones de valor personal. Por último, se exponen las limitaciones que se pudieron presentar y los posibles beneficios de desarrollar esta visión integradora.

Introducción

Durante el siglo XX, la psicología tuvo su evolución más importante como ciencia. En este ambiente expansivo, tuvo lugar el desarrollo de las principales tradiciones de psicoterapia. Lo que hoy día es conocido como “psicología clínica” o el campo de los tratamientos psicológicos, comenzó a finales del siglo XIX. Durante el siglo XX fueron surgiendo nuevas y distintas terapias con sus respectivas teorías, dando la impresión de que conforme unas surgían, otras eran desplazadas o “superadas”. Sin embargo, aunque haya habido algunas tendencias o “modas”, realmente no hubo un cambio de paradigma, si no que cada paradigma se fue desarrollando independientemente (Pérez Álvarez, 1996a).

Una de la corrientes clásicas y más seguidas por excelencia fue la terapia de conducta, que surgió como una alternativa a los modelos psicodinámicos, poniendo el foco más en el contexto que en la psique (Pérez Álvarez, 2006). Siguiendo esta tradición, se sitúan las terapias contextuales o de “tercera generación”, término acuñado por el psicólogo estadounidense Steven Hayes (2004) situando a la Terapia de Conducta clásica y la Terapia Cognitivo-Conductual, como primera y segunda generación de la Terapia de Conducta.

Las terapias contextuales se constituyen como un conjunto de terapias psicológicas que en los últimos años han ido configurándose como una corriente que demuestra evidencia (Hayes et al., 2013; Luciano y Valdivia, 2006; Bianchi y Henao, 2015). Actualmente se puede hablar de unas terapias consolidadas, que si bien no se desarrollaron hasta principios de los 90, comparten principios filosóficos establecidos anteriormente.

Ontología del contextualismo funcional

En este sentido, las terapias contextuales, no solo son un modelo teórico de la conducta humana, sino que también se basan en una filosofía de la ciencia. La filosofía en la cual asientan sus bases estas terapias es el contextualismo funcional (Hayes et al., 2012a; Pérez Álvarez, 2014). El contextualismo funcional, proviene del conductismo, y en concreto, se considera un desarrollo del conductismo radical de Skinner (Pérez Álvarez, 1996b; Skinner, 1974). El filósofo estadounidense Stephen Pepper (1970), describe que existen cuatro distintos tipos de hipótesis acerca de la realidad del mundo. En su libro, *World Hypotheses* describe el contextualismo como una de esas hipótesis, haciendo hincapié en entender esta perspectiva como la metáfora de la actuación en

contexto, es decir, el énfasis no se pone solo en un acto en concreto sino, en el acto en el contexto que sucede. En palabras de Marino Pérez (2014, p. 143): “Sus características y categorías son el cambio y la novedad, la cualidad y la textura. El contextualismo se mueve en un plano horizontal, distinto de un plano vertical arriba/abajo (teoría/hecho)”. En esta línea, el contextualismo se ejemplifica en el análisis de conducta en la contingencia en dos términos, conducta y consecuencia que se definen interdependientemente (Dougher y Hayes, 2000).

Por otro lado, el apellido “funcional”, está inevitablemente ligado al contextualismo. Esto se refiere a que además de entender la conducta como contextual (que sucede en un contexto interdependiente), se hace referencia a su función, su propósito, con el fin sobre todo, de localizar las variables de control (Dougher y Hayes, 2000). Un ejemplo de la aproximación funcional al estudio de la conducta es el estudio de la conducta verbal de Skinner (1957), que fue definida como: “una conducta, verbal o de otro tipo, que es mantenida por sus efectos sobre la audiencia”.

Por tanto, desde el conductismo radical como filosofía de la ciencia psicológica, se diría que “la explicación de la conducta se da en el plano de las relaciones funcionales que la conducta tiene con algunos aspectos del contexto, relaciones establecidas por la historia de aprendizaje” (Pérez Álvarez, 2004, pág. 44).

La novedad o la diferencia más importante entre el contextualismo funcional y el conductismo radical está principalmente en el estudio de la conducta verbal, en concreto, en el desarrollo de la Teoría de los Marcos Relaciones (RFT), propuesta por Hayes, Barnes-Holmes y Roche (2001). La RFT es denominada por sus autores como una perspectiva post-skinneriana del estudio de la cognición y el lenguaje humano. Desde esta perspectiva se entiende el lenguaje humano como una conducta operante, de carácter relacional, en la que se explora su influencia en el aprendizaje, cognición y en la regulación del comportamiento.

Ejemplos de Terapias Contextuales

Existen varias terapias de las denominadas de “tercera generación” (Hayes, 2004). En las siguientes líneas se describen la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), la Psicoterapia Analítico Funcional (FAP); la Terapia Dialéctica de Conducta (DBT) y la Terapia de Activación Conductual, (AC).

Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): La Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes et al., 1999; 2012b; Wilson y Luciano, 2002), es una terapia en la

cual los principios del contextualismo funcional son plenamente explícitos. Basa y radica sus principios en la RFT, explorando el rol del lenguaje en las interacciones del ser humano. La RFT se ha centrado en estudiar el comportamiento verbal como aprendizaje relacional, es decir, la habilidad de las personas para aprender a establecer relaciones arbitrarias entre eventos, derivar relaciones nuevas sin experiencia o entrenamiento previo, transferir y transformar las funciones de estímulo, repuestas, relaciones, etcétera. Todo ello ha permitido establecer hipótesis acerca de cómo el comportamiento verbal está directamente implicado en el desarrollo de los problemas psicológicos. En este sentido, desde la perspectiva psicopatológica de ACT, los problemas psicológicos consisten en patrones de inflexibilidad psicológica. En otras palabras, en un patrón comportamental establecido bajo control de relaciones verbales (reglas) que rigen el comportamiento de la persona independientemente de las consecuencias que de ello se deriven, de modo que la persona persiste en comportamientos que le distancian de sus valores o de aquello que da sentido a su vida (Törneke, 2016).

Por tanto, la inflexibilidad psicológica (un exceso de regulación verbal) se sitúa como concepto central de la psicopatología, dado que el comportamiento de la persona pasa a estar regulado por relaciones verbales derivadas perdiendo contacto con la experiencia (contingencias). En este sentido, el objetivo de ACT es facilitar la aceptación de las experiencias privadas (emociones, pensamientos, etcétera) favoreciendo que la persona dirija su comportamiento hacia lo que es importante en su vida. Para ello ha desarrollado diferentes estrategias terapéuticas (metáforas, ejercicios, etcétera) que se articulan para afectar a los diferentes procesos comportamentales implicados en la rigidez psicológica, facilitando su modificación hacia la flexibilidad.

Algo muy importante a destacar de esta terapia es su constante evolución y progreso, especialmente apoyándose en los desarrollos de la RFT, que permite conocer aspectos de la conducta relacional que pueden ser relevantes en su implicación clínica (Luciano, 2016).

Psicoterapia Analítica Funcional (FAP): La Psicoterapia Analítica Funcional (Kohlenberg y Tsai, 1991), es una terapia contextual basada en el análisis funcional de la conducta, que especialmente se basa en los principios del análisis de la conducta verbal de Skinner. La FAP se centra en las interacciones cliente-terapeuta que suceden dentro de sesión. Sus principales herramientas son el análisis funcional de la conducta y

la clasificación de conductas clínicamente relevantes (CCR1, CCR2 y CCR3). En FAP se asume que, creando las condiciones oportunas, la interacción entre el cliente y el terapeuta es un ejemplo de contexto interpersonal funcionalmente equivalente a las situaciones que el cliente experimenta en su vida cotidiana, fuera de sesión. Un aspecto muy importante de esta terapia es el énfasis que se hace respecto a la relación terapéutica, porque no se considera que la alianza terapéutica sea una variable más de las técnicas de tratamiento, sino que el manejo de esta relación es lo que va a producir el cambio terapéutico. Otro aspecto importante de esta terapia es que gracias a sus métodos y su uso del análisis funcional puede combinarse o integrarse con otras terapias afines, sin perder sus fundamentos conductuales (Valero y Ferro, 2015).

Terapia Dialéctico-Conductual (DBT): La Terapia Dialéctico-Conductual (Linehan, 1993), es una terapia que en principio fue desarrollada para el tratamiento del Trastorno de la Personalidad Límite, pero posteriormente fue aplicada para otro tipo de “trastornos”. En su modelo teórico se delimitan 5 áreas que se consideran problemáticas sobre las que influyen los problemas psicológicos, especialmente el trastorno de la personalidad límite, que son: disfunción emocional, disfunción interpersonal, disfunción comportamental, disfunción cognitiva y alteraciones de la identidad (García, 2006). La aceptación en DBT se enfatiza a través de la validación de las conductas y experiencias del cliente por parte del terapeuta, que en este caso, se caracterizan por una “desregulación emocional”. La terapia se realiza en un contexto de validación y aceptación en el que se deben desarrollar una serie de habilidades para el cambio de la regulación emocional. Los cambios en DBT se conseguirán a través de la aceptación y validación. Se asume, que por un lado, los sentimientos son válidos y debemos de aceptarlos, pero también que cuando se actúa de forma dependiente a estos sentimientos, pueden causar problemas tanto a uno mismo como a otros. Un último aspecto a mencionar es que al inicio del desarrollo de la terapia se establece un programa con las distintas fases y metas que se deben de alcanzar, estableciendo unos límites claros que pueden ser flexibles.

Activación Conductual (BA): La Activación Conductual (Jacobson et al, 1996), es una terapia que surgió del análisis de los diferentes ingredientes de las terapias cognitivas para la depresión. Para ello Jacobson y sus compañeros realizaron una serie de estudios en los que concluyeron que las estrategias puramente “cognitivas” de la

Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) no suponían una mejora significativa en casos en los que previamente se habían utilizado estrategias conductuales (Gortner et al., 1998), por lo que dedujeron que una terapia en la que se desarrollaran sólo los componentes conductuales (en especial las programaciones de actividades) podría resultar igual de efectiva sin la necesidad de las técnicas típicas de la TCC como la reestructuración cognitiva. Tras llevar a cabo este planteamiento la BA, especialmente en concordancia con los principios básicos de conducta, demostró ser más efectiva que la TCC (Pérez Álvarez, 2007). De acuerdo con su modelo teórico, no parte de un modelo psicopatológico, y se aleja de teorías explicativas, pero se muestra afín a conceptos filosóficos de despatologización de la depresión. En este caso se entiende la depresión como una respuesta normal que se produce en un contexto vital como consecuencia de las respuestas del individuo a ese ambiente (Barraca, 2016). De una forma más específica, se considera que la persona, debido a ciertos eventos vitales, se aleja de sus reforzadores más importantes. Se hace especial énfasis en el contexto como modelo explicativo de la depresión y no en factores internos como desequilibrios bioquímicos. Por ello, su estrategia de tratamiento irá orientada a ayudar a las personas a encontrar las fuentes ambientales de la depresión y modificar las conductas que puedan estar manteniéndola. En concreto, las técnicas que se emplean en la BA provienen principalmente de los principios de la modificación de conducta. Los métodos principalmente empleados son (Barraca, 2016): programación y estructuración de actividades, la solución de problemas, el reforzamiento positivo directo, el desvanecimiento, el entrenamiento en habilidades sociales y los métodos para facilitar un contacto directo con la experiencia. Otro aspecto importante a mencionar es que, a pesar de ser concebido como un tratamiento para la depresión, la BA ha demostrado ser también una terapia eficaz para otros problemas como ansiedad, fobias, TOC, TEPT, etc. (Barraca, 2010; Jakupcak et al., 2006).

Logros de las Terapias Contextuales

Las terapias contextuales suponen un importante avance en el campo de las terapias psicológicas, no solo por su renovada concepción de la psicopatología, si no por los éxitos que durante este tiempo han cosechado en cuanto a su utilidad. Según Pérez Álvarez (2012a), podríamos dividir sus logros en dos grandes bloques: transmitir una perspectiva contextual y ofrecer una innovación clínica.

Respecto a la perspectiva contextual, debido a su carácter, puede afirmarse que las

terapias contextuales engloban tres dimensiones del contexto: el medio, la relación terapéutica y la persona. El medio hace referencia a las circunstancias (en un sentido de la filosofía de Ortega y Gasset), en el que la persona desarrolla su vida cotidiana. Por ello, uno de los objetivos de estas terapias es modificar el ambiente como condición para producir un cambio en la situación en la que se encuentre el cliente. En referencia al contexto de la relación terapéutica, se refiere al propio contexto en el que se desarrolla la psicoterapia, en el que se producen conductas que son ejemplos del problema del cliente, por lo que se pueden abordar nuevas formas de entender y cambiar esos problemas que ocurren. Se trata de poner en equivalencia la relación que se establece en sesión, como una relación que en sí misma es terapéutica. Por último, el contexto referido a la persona, hace referencia al contexto socio-verbal en el que la persona desarrolla su estilo de afrontamiento, repitiendo a Ortega y Gasset, hace referencia al “yo” que establece una relación con el mundo de “Yo soy yo y mi circunstancia” (Pérez Álvarez y Sass, 2008). Por ello, el objeto de las terapias contextuales será cambiar la relación de ese “yo” con sus experiencias o síntomas (pensamientos, emociones, miedos, obsesiones, etc.).

Todas las terapias denominadas contextuales abordan estos contextos de alguna forma, aunque existen terapias que ponen más el foco en alguno de estos procesos en comparación con otras. Esta perspectiva ofrece una alternativa de comprensión de los problemas psicológicos, en concreto en comparación con el modelo médico-psicológico, presente en terapias como la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC). En concreto, desde este modelo médico-psicológico, se propone un desorden mental como explicación de los problemas psicológicos. Al igual que en el modelo médico se asume que los problemas son causa de desequilibrios químicos u orgánicos de algún tipo, en el modelo médico-psicológico, se asume que la causa de los problemas psicológicos se debe a alguna disfunción en el funcionamiento psicológico, del tipo esquemas cognitivos. Por ello, se deben de aplicar técnicas concretas para cada trastorno. Otro aspecto a tener en cuenta es que al igual que en el modelo médico, los criterios o marcadores para comprobar la eficacia del tratamiento están dirigidos a la reducción de síntomas. Desde la perspectiva contextual, el trastorno es explicado en términos funcionales y contextuales, no como un desequilibrio orgánico, sino más bien como una situación en la que la persona está, que coevoluciona con las circunstancias y la historia de la persona (Pérez Álvarez, 2007). En la perspectiva contextual los trastornos psicológicos se ven como una posibilidad de la vida, que se debe más bien al propio

hecho de la condición humana. Estas posibilidades se asumen como una condición normal inherente al ser humano, y se asume que la normalidad o la anormalidad viene más bien dada por el marco de referencia histórico cultural de la persona. Por último, un aspecto a mencionar de las terapias contextuales es que suelen medir su eficacia por los logros personales que tienen una dirección de valor para el cliente, más que en la reducción de síntomas. La reducción de síntomas o sufrimiento es una consecuencia que puede surgir al intentar alcanzar esos valores. No se trata de hacer algo mientras se soporta la carga del sufrimiento, sino de lograr el cambio de la situación en la que se produce el sufrimiento, en el contexto interpersonal mejorando las condiciones del ambiente (activación), y en el contexto socio-verbal a través del autodistanciamiento (aceptación) (García Montes et al, 2006; Pérez Álvarez, 2012a). Las diferencias entre el modelo contextual y el modelo médico-psicológico se muestran de forma resumida en la siguiente tabla (Tabla 1) .

Tabla 1. *Comparación modelo médico-psicológico y modelo contextual*

	Modelo médico- psicológico	Modelo contextual
Explicación	Psicológica intrapsíquica (estructuras cognitivas y procesos)	Psicológica interactiva (funcional y contextual)
Mecanismo causal	Disfunción cognitiva	Posible condición humana
Tratamiento	Técnicas específicas	Principios generales: aceptación y activación
Criterios de eficacia	Reducción de síntomas	Logros positivos (expansión personal de horizontes, valores)

Nota. Adaptado de Pérez Álvarez (2012a)

Por otro lado, la innovación clínica que ofrecen las terapias contextuales con respecto a otras terapias, se debe principalmente a su conceptualización de la psicopatología y a su procedimiento terapéutico. Estas terapias ofrecen un transdiagnóstico contextual-funcional alternativo a los sistemas de clasificación de

categorías diagnósticas habituales, como el DSM 5. Lo que ofrecen estas terapias consiste en la identificación de procesos comunes que están a la raíz de diferentes trastornos psicopatológicos y se proponen conceptos unificados de la condición psicopatológica. Un ejemplo podría ser la inflexibilidad psicológica que se propone desde ACT (Hayes et al., 1996; Wilson y Luciano, 2002), definida como un enredo intensificado de uno mismo con sus experiencias, emociones, pensamientos, etc., que impiden el contacto con la realidad del momento presente y la involucración de la persona en lo que resulta importante en su vida (Luciano, 2016). Se trata de una dimensión de carácter funcional común en la etiología de los trastornos psicológicos, que está en línea con las aproximaciones transdiagnósticas, con un énfasis en la atención enfocada en uno mismo.

Desde ACT, se proponen seis procesos que son los que deben ser abordados como forma de promover la flexibilidad psicológica, en el conocido “Hexaflex” de este modelo (Hayes, Strosahl y Wilson, 2012), que en concreto son: Aceptación, Defusión

n, Contacto con el momento presente, Yo contexto, Clarificación de valores y Acciones de compromiso. A pesar de que estos procesos han sido criticados y superados desde ACT (Luciano, 2016), debido al error de ser interpretados como procesos individuales que se pueden abordar uno a uno, en lugar de ser procesos interdependientes que deben ser abordados simultáneamente, estos procesos pueden resumirse previamente en dos formas mencionadas anteriormente, la activación y la aceptación. Ruiz (2010) explica que los principios terapéuticos de ACT se pueden resumir en dos principios: 1) Promover las acciones en dirección de valor y 2) Promover la defusión como forma de aceptar y reconocer los eventos privados cuando estén presentes, convergiendo de esta forma estos dos procesos en los seis descritos en el modelo “Hexaflex” (Figura 1).

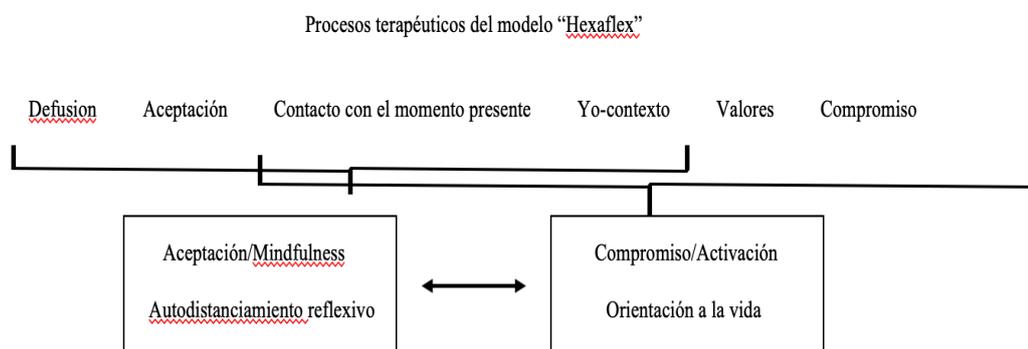


Figura 1. *Convergencia de los procesos del Hexaflex en dos principios generales.*

Nota. Modificado de Pérez Álvarez (2012a).

Desafíos de las Terapias Contextuales

A pesar de todos estos logros, también deben de ser expuestos cuáles son los desafíos a los que se enfrentan estas terapias. Una propuesta interesante a cerca de estas terapias, podría ser hablar de “la terapia contextual” en lugar de “terapias contextuales”. Ya que, como se mencionaba previamente, las terapias contextuales se rigen por explicar la psicopatología por principios generales, más que por desórdenes concretos. Presentan afinidades entre ellas, regidas principalmente por sus raíces en el conductismo radical (Pérez Álvarez, 2014). De hecho, numerosos autores han presentado trabajos en los que existe integración de varias o algunas de estas terapias (Ferro García et al., 2017; López Bermúdez et al., 2010; Martín Murcia et al., 2011; Páez y Luciano, 2012). Un ejemplo podría ser la aplicación de ACT a la vez que se aplican procedimientos de FAP para reducir patrones de evitación presentes en la sesión o el reforzamiento diferencial y detección de las conductas clínicamente relevantes (Pérez Álvarez, 2014).

Otro aspecto que también mencionan algunos autores es respecto a la concepción empleada por ACT de los valores. A pesar de la importancia que tienen los valores en las terapias contextuales, y más concretamente en ACT, algunos autores critican una concepción que puede considerarse extremadamente individualista o subjetiva (García Montes et al., 2007; Pérez Álvarez, 2012a), como si los valores dependieran de una

elección similar a la que se hace en una compra de supermercado. En ACT los valores se consideran que se construyen vía verbal, y que son elegidos libremente como consecuencia de las contingencias que moldean a la conducta teniendo una función reforzante, son patrones de actividad continuos, dinámicos y en evolución (Páez et al., 2006). En ACT se hace énfasis en distinguir entre metas y valores. Las metas que tenga una persona son direcciones concretas, pero estas se encuentran al servicio de una dirección vital de mayor impacto, los valores. Un ejemplo podría ser leer, estudiar o formarse (obtener un título académico) como aquellas metas que conducen al valor de aprender o crear conocimientos. Por tanto, los valores pueden alcanzarse a través de la conducta, pero nunca pueden ser conseguidos como una meta. No son tareas que puedan finalizarse y por ello, desde este marco terapéutico, los valores pueden ser utilizados como un horizonte o marco de comportamiento bajo el que dar sentido a la conducta, y tienen gran importancia a la hora de transformar las funciones verbales. Valorar no es pensar, en ACT valorar es actuar (Páez et al., 2006). Sin embargo, no debemos de olvidar precisamente que la persona ya nace en un ambiente y una sociedad con unos valores ya construidos que incluso pueden llegar a ser impuestos. De hecho, Skinner (1953) habló sobre cómo los valores pueden estar determinados por procesos de contingencias de tipo social, en concreto cuando “la comunidad verbal es la que selecciona qué tipo de conductas son correctas y son reforzadas positivamente, y al contrario, se emplean contingencias punitivas a aquellas conductas no deseadas por la comunidad verbal”. Por ello, se propone que los valores y su implicación en el proceso terapéutico, puede tener más importancia ya que son objetivos, socialmente institucionalizados y se encuentran en el mundo antes de que la persona nazca, una interpretación similar a la que hace Frankl respecto a los valores (Frankl, 1992). Otro ejemplo de esta visión objetiva de los valores sería la del filósofo Ortega y Gasset (2004, pág 27) que decía que “valorar no es dar valor a lo que por sí (mismo) no lo tiene, es reconocer ese valor residente en el objeto”. Por ello, algunos autores proponen el remedio filosófico como una forma de afrontar este desafío, volver a Skinner, a las raíces del contextualismo, el conductismo radical, potenciándolo a través de sus afinidades con la visión fenomenológica-existencial, más consonante con la cultura europea (García Montes et al., 2006; Pérez Álvarez 2012a, 2014). Como algunos autores defienden, estas terapias presentan afinidades (Conesa Ferer, 2010; García Montes et al., 2006; Pérez Álvarez, 1996b, 2001, 2004, 2014; Pérez Álvarez y Sass, 2008; Ramsey-Wade, 2015; Sabucedo, 2019) y es posible una perspectiva integradora

no-ecléctica (García Montes y Pérez Álvarez, 2010).

La visión fenomenológica-existencial

Pero antes de exponer estas similitudes, ¿qué es la psicología fenomenológica-existencial? Para empezar, se debería de señalar la procedencia de la filosofía fenomenológica. La fenomenología se basa en el estudio de los fenómenos, es decir de lo que aparece en la “conciencia” de la persona, de la forma dada, en palabras de Pérez Álvarez (1996a, p. 177): “la “cosa misma” en que se piensa, de la que se habla o con la que se opera”. El pensador en el que tiene origen esta corriente filosófica es Edmund Husserl (1859-1938). A continuación, se expondrán algunos de los principios básicos de la fenomenología sin adentrarnos en la parte más filosófica, poniendo más el foco en aquella parte que compete al ámbito de la terapia psicológica, la psicología fenomenológica, y algunos principios del “mundo de la vida” en términos fenomenológicos existenciales de Ortega y Gasset y Pérez Álvarez.

La fenomenología, puede entenderse como el método mediante el cual se estudian los fenómenos tal y como son dados en la conciencia de la persona. Desde este planteamiento, los fenómenos (las experiencias, sensaciones, etc.) se producen en la persona, pero de manera dependiente al mundo, es decir, la fenomenología rompe el planteamiento clásico dualista, en el que hay un sujeto con capacidades cognitivas que “interpreta” o funda el mundo. Su planteamiento es radicalmente adualista (Pérez Álvarez, 1996a), ya que entiende que el fenómeno (lo que se aparece al sujeto) y el ser (mundo dado) son idénticos. El mundo es aquello que percibimos, no es lo que se piensa, sino lo que se vive. Esto es, se le da una mayor importancia a la realidad que vive la persona desde su propia experiencia. A pesar de que en la fenomenología se detecte cierto subjetivismo que pueda parecer contrario al método científico, la fenomenología trata de ofrecer una “objetividad real”. Se podría decir incluso, que la fenomenología es un método pre-científico, ya que lo que se pretende desde, por ejemplo, una descripción fenomenológica de la conducta, es que antes de realizarse el propio estudio de ella, esta no sea englobada dentro de un marco teórico que diga cómo es, si no que previamente debe de dar cuenta de la intencionalidad de esa conducta, comprender su sentido de acuerdo a sus circunstancias, impidiendo así que la verdad objetivada, en este caso por las verdades a la que se atiende el científico (objetivismo científico), impida revelar la “objetividad del mundo real”. Esto es, la fenomenología no se opone ni sustituye a las ciencias, sino que trata de constituir sus fundamentos, la

propia construcción del conocimiento. Esta lógica se puede resumir en palabras de De Castro et al. (2017): “los psicólogos tienen que ser capaces de no limitar sus percepciones de los demás de acuerdo con sus propias teorías, sino que tienen que estar conscientes de sus propias actitudes naturales y preconcepciones acerca del mundo y el ser humano” (pág. 17).

Otro término importante en la fenomenología es el de intencionalidad. Por intencionalidad, se refiere a la relación entre la persona y el mundo, otra vez haciendo hincapié en que no se refiere a un ser humano separado del mundo, cómo la persona está presente en el mundo, qué significado personal tiene. Aquí sería de gran importancia la noción de ser-en-el-mundo de Heidegger (1951), que resume a la perfección la visión ontológica previamente explicada del ser humano. La persona “es” en el mundo, así, entre guiones, poniendo énfasis en la indivisibilidad de la persona con el mundo, la persona está unida al mundo desde que nace a un mundo que “ya está en marcha”, que será en cierto modo equivalente a la expresión de Ortega, “*Yo soy yo y mi circunstancia*”. Estar-en-el-mundo es estar involucrado con algo en un horizonte.

Un último apunte sobre el pensamiento fenomenológico, podría ser el descrito por Ortega sobre la “Estructura del mundo de la vida” (Ortega y Gasset, 1980), la cual es explicada por una serie de leyes. En general se explica que el mundo se compone de momentos *presentes* y otros asuntos que estarán *latentes*. Un ejemplo de esta noción sería la diferencia que hace entre las ideas y las creencias. Mientras que las ideas tienen un rol activo en la persona, las creencias están ahí de forma implícita, en el mundo ya dado, y la gran mayoría de veces las personas no terminan de ser conscientes de ello, por eso, aquí se podría hablar del principio figura-fondo, según el cual el mundo se presenta en forma de figura, “lo que está entre manos”, mientras que una parte queda latente, el fondo. En el momento en el que se hace algo, este hecho siempre se encuentra en el presente, pero simultáneamente, estas acciones están remitidas y relacionadas con algo no presente, si no hacia un horizonte que está co-presente. La vida se vive en el presente, pero sobre un horizonte de pasado y futuro. Pérez Álvarez (2012b), hace especial hincapié en el horizonte como metáfora, en la que la persona se encuentra en la vida *yecto* hacia delante como pro-yecto, siendo esos proyectos los guiones de la vida, los deseos, aspiraciones, metas, etc. De especial relevancia aquí es su relación con la psicopatología, como cuando la persona trae la “figura” a sesión y encierra su atención en sí misma, quedando en el fondo ese horizonte, deseos, metas...

Con estas nociones de fenomenología podemos hablar de sus implicaciones en el

campo de la práctica psicológica clínica, en concreto, ya que se pone de relevancia el mundo de la vida como la estructura de la existencia, la terapia más relevante basada en esta concepción filosófica sería la Terapia Existencial.

Terapia Existencial

En la Terapia Existencial encontramos distintos autores y métodos, pero con muchas similitudes entre ellos. En el presente trabajo se tratará como formas más representativas de esta terapia la Psicoterapia Existencial de Irvin Yalom (2015) y la Logoterapia de Viktor Frankl (2004). Desde la perspectiva de la Terapia Existencial los problemas psicológicos se encuentran en relación con alguna serie de preocupaciones o angustias inherentes a la existencia del ser humano. El concepto de lo psicopatológico en la Terapia Existencial tiene un cierto componente psicodinámico, ya que se hace especial hincapié en que debido a esta serie de preocupaciones, algún tipo de conflicto emana del enfrentamiento del individuo con los supuestos básicos de su existencia. Yalom (2015), identifica una serie de cuatro miedos existenciales básicos que pueden ser la causa de los conflictos que producen la psicopatología. Para cada uno de estos miedos, Yalom ofrece una serie de horizontes terapéuticos como aquellas metas que deben alcanzarse en la resolución del conflicto, estos miedos y sus respectivos horizontes son:

- La muerte: La preocupación existencial más obvia puesto que existimos, pero en algún momento dejaremos de hacerlo. El conflicto se crea entre la conciencia de la inevitabilidad de la muerte y el deseo de continuar siendo. El horizonte terapéutico de este miedo será la *adquisición de fortaleza*, que se tratará de conseguir mediante las técnicas de la *desidentificación* y la *desensibilización* (Pérez Álvarez, 1996a). A través de estas técnicas se pretende que la persona acepte la muerte como parte inevitable de la vida y que la persona se distancie de esas emociones, deseos, pensamientos, etc. con el objetivo de promover un cambio de perspectiva que ayuda a distinguir lo verdaderamente importante para la persona.
- La libertad: Desde el punto de vista existencial supone la ausencia de una estructura eterna. El universo del ser humano carece de un diseño inherente. El hombre es completamente responsable y se convierte en el autor de su propio mundo, de su estilo de vida, de sus decisiones y de sus acciones. En

ese sentido, tener libertad implica que no existe una base, solo un vacío. El conflicto surge ante esta falta de base y el deseo de encontrar una estructura. El horizonte terapéutico propuesto ante este conflicto es la toma de responsabilidad. Para su adquisición, se emplearán diversas técnicas con el fin de que la persona asuma la responsabilidad de sus actos, elecciones, etc.

- El aislamiento existencial: No se trata del aislamiento interpersonal ni el intrapersonal, sino el aislamiento fundamental respecto a las demás criaturas y el resto del mundo, que tiene lugar a niveles más profundos que los anteriores. Existe una barrera final: nacemos y morimos solos. El conflicto surge de nuestra conciencia de absoluto aislamiento y nuestro deseo de obtener contacto, protección e integración como parte del mundo en su conjunto. La propuesta de horizonte terapéutico ante este conflicto será la confrontación del aislamiento. Las técnicas orientadas en la resolución de este conflicto irán en dirección a que la persona se confronte con esta realidad pudiendo integrar esta condición a la realidad de su relación tanto con uno como con los demás.
- El sentido de la vida: Si tenemos que morir, si nos vemos forzados a construir nuestro propio mundo, si estamos solos en medio de un universo indiferente, ¿cuál es el significado de la vida? ¿Cómo debemos vivir? Ya que no existe una estructura determinada tenemos que fabricar nuestros propios sentidos vitales. El conflicto surge como resultado de buscar los propios significados en un universo carente de sentido. En este apartado, se deberían de aportar las nociones de la Logoterapia de Viktor Frankl, ya que su terapia es conocida como la terapia del sentido. A este apartado, Frankl propone como forma de resolver este conflicto el *autodistanciamiento* y la *autotrascendencia*. El *autodistanciamiento* tendrá como objetivo que la persona sea capaz de poner distancia consigo misma, es decir con sus emociones, pensamientos... con el fin de adoptar una posición de perspectiva que le permita ser libre en sus elecciones. La *autotrascendencia*, según Frankl, estará orientada en la naturaleza expansiva del ser humano, es decir, una vez adoptada una posición de distanciamiento con uno mismo, la persona podrá adoptar actitudes hacia el exterior, en concreto direcciones de valor personal que hagan que la persona trascienda al mundo.

Estos miedos existenciales y sus diferentes horizontes se reflejan en la siguiente tabla (Tabla 2)

Tabla 2

Preocupaciones existenciales y horizontes terapéuticos

Preocupaciones existenciales	Horizonte terapéutico
Muerte	Adquisición de fortaleza
Libertad	Toma de responsabilidad
Aislamiento existencial	Confrontación de la soledad
Sentido de la vida	Autodistanciamiento y autotrascendencia

Nota. Modificado de Pérez Álvarez, 1996^a.

Afinidades entre la Terapia Existencial y las Terapias contextuales

Una vez expuesto el punto de vista fenomenológico-existencial y la terapia donde más se ha llevado a cabo esta perspectiva, la Terapia Existencial, ya se adivinan ciertas de sus similitudes con la perspectiva contextual-funcional, el conductismo radical y las terapias contextuales, pero en concreto se pondrá más énfasis en ACT, por lo que se explicaba anteriormente, ya que es la terapia contextual con más desarrollo, y también posiblemente por su carácter permite integrar todas sus afinidades convirtiéndola en la terapia contextual “total”. A continuación, se hará una descripción de algunas de las similitudes más importantes y cómo a través de estas se ofrecen posibilidades para enriquecer la terapia contextual, sin eclecticismos.

En primer lugar, se debería de hacer referencia a sus visiones ontológicas, del conductismo radical (y el contextualismo funcional) y la fenomenología. Ambas son radicalmente dualistas y no-mentalistas, la mente se niega como un ente interior a la persona. La mente si un caso, es entendida como intencionalidad y el mundo como medio (Pérez Álvarez, 2004). Aquí es de vital importancia la noción de ser-en-el-mundo y el contextualismo, una visión en la que persona y ambiente forman un conjunto indivisible, la persona y el contexto se articulan interdependientes.

Otro aspecto importante sería en relación a su epistemología. La experiencia fenoménica, puede ser considerada como la experiencia natural de la presencia inmediata de las cosas, en cuyo plano se encuentra también el análisis de la conducta. A este respecto se puede considerar que el mundo presentado como “textura psicológica” es considerado en la fenomenología por la intencionalidad, desde el conductismo su

equivalente sería la conducta operante. Es decir, la contingencia en tres términos (antecedente, respuesta, consecuente) reconoce y describe el mundo presente, mostrando el mundo como algo práctico que hacer. Una última perspectiva que también puede ser añadida es el hecho de que el mundo no se da en plano, sino que está articulado, la visión figura-fondo fenomenológica. Esta visión también se ve reflejada en el conductismo cuando un estímulo discriminativo está correlacionado con un reforzador que está ausente (Pérez Álvarez, 2004).

En lo que se refiere a terapias psicológicas, probablemente las mayores similitudes se encuentran entre ACT y la Logoterapia de Frankl. Lo que respecta a similitudes en las concepciones básicas de estas terapias y derivadas de sus presupuestos filosóficos, podríamos encontrar que los principales puntos comunes en los que convergen son (Sabucedo, 2019):

- Ambas son psicoterapias centradas en el sentido y preocupaciones existenciales.
- Ambas ven el sufrimiento psicológico como una parte inseparable de la vida, y, por tanto, su foco no es la reducción de síntomas, si no la aceptación y la reorientación hacia un horizonte de valor personal.
- Sus aproximaciones a la persona tienen un punto de vista holista y contextual, rechazando visiones nomotéticas de la psicopatología.
- En ambas se prioriza las cualidades experimentales y estudios basados más en procesos que en técnicas concretas.

Si lo que se considera son movimientos, técnicas o procedimientos de la terapia, también encontramos grandes similitudes entre muchos de ellos. Un ejemplo puede ser la técnica de la *desidentificación* que ofrece Yalom en su horizonte terapéutico de adquisición de fortaleza, o el *autodistanciamiento* de Frankl con la *defusión* de ACT. En la *desidentificación* se busca el distanciamiento de la persona con aquellas cosas con las que uno se identifica. El *autodistanciamiento* por su parte busca la toma de perspectiva de uno con sus experiencias con el fin de cambiar el patrón de control y huida. La *defusión* buscará la diferenciación del “yo contexto” respecto de los eventos privados. En resumen, la intención de todos estos movimientos es que la persona pueda generar una conciencia de sus contenidos verbales y que sea capaz de tomar perspectiva respecto de estos eventos privados con fin a promover un cambio en una dirección

valiosa.

Respecto al movimiento de la *autotrascendencia*, encontramos su referente en ACT en la orientación hacia los valores personales. En la *autotrascendencia* se pondrá el foco en ir más allá de uno mismo, despreocupándose de aquellos deseos o ansias con el fin de alcanzar valores que trasciendan al momento presente y den sentido a la vida (Pérez Álvarez, 2014). En ACT se hará especial énfasis en que valorar no es pensar o desear, sino que es actuar. Es decir, se busca que la persona tome acciones en base a aquellas cosas que son importantes para ella, y que sea capaz de hacerlo a pesar de los “síntomas” o aquellas sensaciones que le han producido problemas alejándolo de una vida con sentido. A este respecto, deberíamos recalcar el procedimiento previamente explicado de *defusión* o *autodistanciamiento*, pues la importancia de distanciarse de los eventos privados no será el motor del cambio, sino que serán las acciones dirigidas hacia esos valores.

Otro de los aspectos importantes, no tanto en técnicas específicas, sino como procedimientos, tendría lugar en la aceptación y compromiso como la toma de responsabilidad. La aceptación estará orientada en el acto de aceptar aquellas experiencias que no se pueden cambiar o en aquellas en las que se ha tratado de evitarlas en vano. El punto en este asunto, es que la forma de aceptar estos eventos privados tendrá como objetivo el desarrollo de la responsabilidad o el compromiso, y en este caso nuevamente hay que remitirse a este aspecto de los valores. El compromiso o la responsabilidad se fomentará apoyada en acciones consistentes con los valores de cada uno. La intención de estas terapias realmente podría explicarse con una metáfora que expone Pérez Álvarez (2012b): “Del mismo modo que los terremotos no se solucionan desconectando los sismógrafos, tampoco los problemas de la vida se solucionan eliminando sin más la ansiedad y la depresión, sino, en este caso, refundando y reorientando la vida”.

Basándonos en aquellos principios generales que propone Ruiz (2010), la intención de estos procedimientos irán orientados hacia: 1. Aceptación y Distanciamiento y 2. Orientación hacia la vida. (Figura 2).

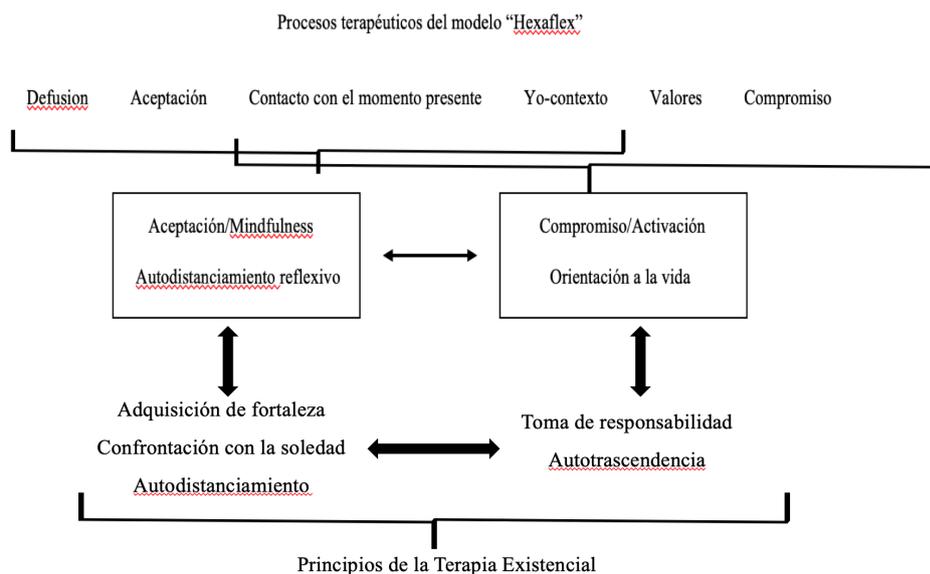


Figura 2. Principios generales de la Terapias Contextuales y Terapia Existencial

Hacia una Terapia Contextual-Existencial: Una propuesta

Dadas estas afinidades se propone una integración teórica a propósito de los conceptos psicopatológicos y la búsqueda de sentido vital.

En lo referente a la psicopatología, sería clave el concepto de fusión cognitiva que forma parte de la denominada inflexibilidad psicológica propuesta desde ACT. La fusión cognitiva hace mención a la relación que la persona establece en base a sus contenidos verbales y la función que pensamientos o emociones ejercen sobre la conducta pública. Esto es, la "literalidad" que la persona tiene hacia ciertos de sus contenidos. Por ejemplo, si alguien piensa: "si salgo a la calle, moriré", y actúa en base a ese enunciado. Esta concepción del control que puede ejercer la conducta verbal sobre la conducta pública es altamente afín con el ejemplo de estar-en-sí-mismo del existencialismo, esto es, cuando la persona se ocupa más de aquello que le pre-ocupa en lugar de en su vida. En referencia a qué pre-ocupa a la persona, desde la visión existencial, sin duda nos referiríamos a los grandes miedos existenciales propuestos por Yalom. Sabucedo (2019) hace una propuesta de integración sobre la cual estos miedos existenciales forman parte de la condición humana y la inflexibilidad psicológica sería el mediador entre la existencia de esa angustia existencial y el desarrollo o no de la psicopatología (Figura 3). Otro buen ejemplo para esta integración es el reciente estudio de Gil-Luciano et al. (2019) sobre los disparadores del pensamiento rumiativo. Esta

perspectiva más empírica proporciona una explicación desde la RFT sobre que los pensamientos repetitivos pueden tener una estructura jerárquica. En concreto el estudio habla sobre cómo algunas funciones verbales se encuentran en jerarquía con otras, y que algunas reglas verbales se encuentran bajo control de otras funciones de orden superior. Un caso podría ser el pensamiento: “No soy suficientemente bueno en los estudios”, que a su vez se encuentra bajo control de la siguiente función verbal que podría ser: “Si no soy bueno en los estudios no lograré mis objetivos”, que a su vez se encontrará bajo la función de orden superior que podría ser: “Si no logro mis objetivos en la vida nadie me querrá”. Esta última función de orden superior es la que sería considerado como el Big, es decir, el pensamiento más grande sobre el que se establecen el resto de funciones en jerarquía. Como se puede observar este pensamiento Big, puede ser un equivalente a los grandes miedos existenciales, como una operante verbal de orden jerárquicamente superior a otras operantes verbales y ofrecen una explicación sobre cómo se puede actuar en base a funciones verbales que conducen a la psicopatología (Figura 4).

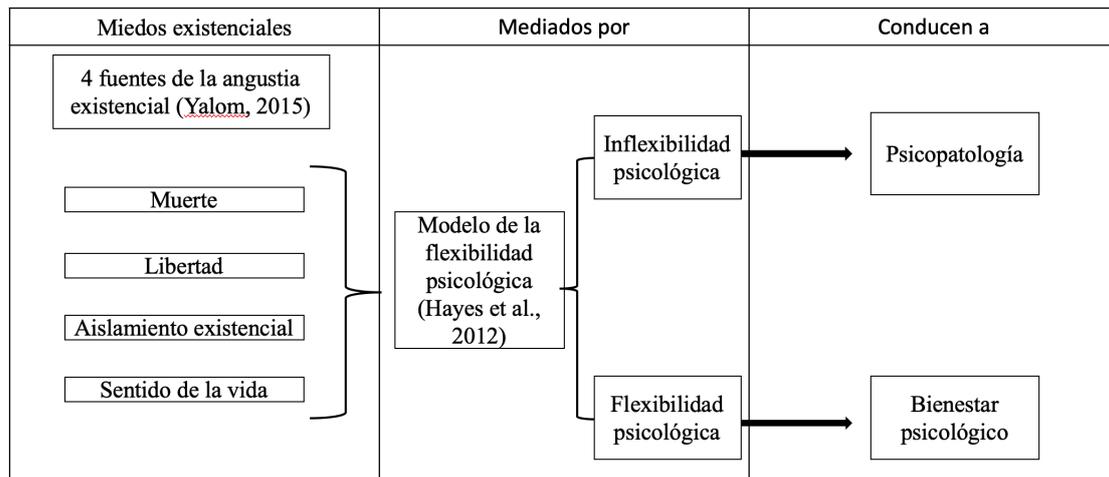


Figura 3. Integración de los modelos psicopatológicos del existencialismo y de la flexibilidad psicológica. Nota. Modificado de Sabucedo (2019).

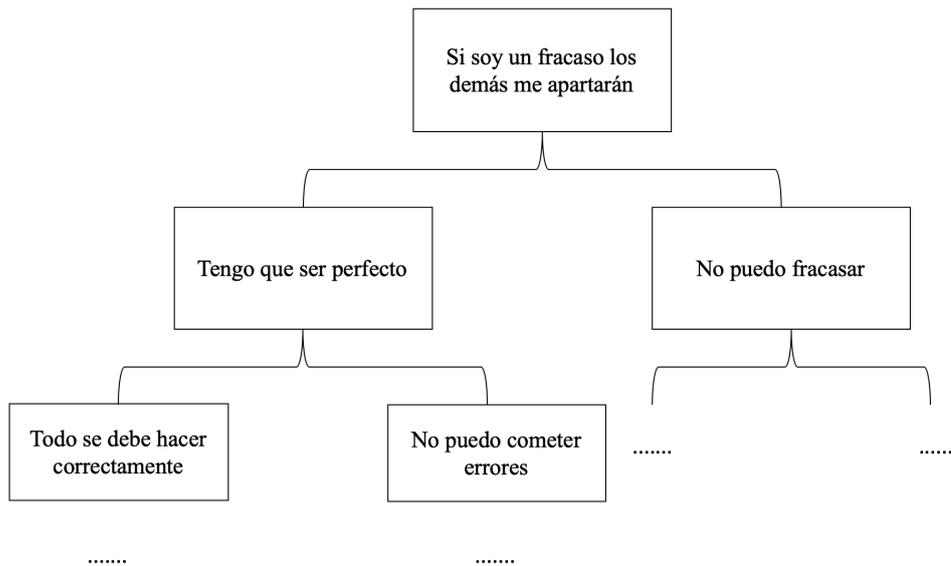


Figura 4. *Establecimiento jerárquico de pensamientos como perspectiva existencial*

Un último aspecto que se puede añadir es sobre la concepción de los valores y el sentido de la vida. Tal y como se mencionaba anteriormente, la visión que se tiene en ambos paradigmas tienen una forma diferente de ser interpretados, principalmente habría que tener en cuenta el contexto en el que surgen ambos procedimientos. La Logoterapia y los movimientos existenciales surgen en la época de post-guerra (tras la Segunda Guerra Mundial) y ACT surge en la América de los años 90, en un ambiente social y económico expansivo (Sabucedo, 2019). Mientras que en ACT se busca que la persona siga direcciones de valor personal, en las Terapias existenciales, además se buscará la noción del proyecto de vida. Es decir, la visión existencial incluye esta visión de que la persona siga direcciones de valor, pero además dota de sentido el proyecto. Desde un punto de vista orteguiano, la vida es un proyecto, y como parte de ese proyecto la vida es decidir a cada momento qué se va a ser y a hacer, y que mientras se hace ese proyecto este puede no ser alcanzado, por ello, el valor se pone en la acción más que en el resultado. Importa el valor de las acciones que forman parte del proyecto, pero no el resultado, porque en el proyecto habrá metas, pero el proyecto no es una meta (García-Haro et al., 2018). Desde esta visión tendrán una gran importancia los valores en términos de autotranscendencia, que serán valores en los que siempre tendrá importancia nuestra relación con nosotros mismos y el mundo, y más concretamente con otros (Conesa Ferrer, 2010; García-Haro et al., 2018; Sabucedo, 2019).

Dadas las afinidades presentadas entre estas terapias y sus visiones ontológicas, se propone un estudio de caso con una consultante que padece de cáncer de mama siguiendo los principios de las terapias contextuales, sus propias afinidades y la integración de la noción existencial desde un punto de vista no ecléctico, es decir se propone una terapia contextual-existencial.

El objetivo del presente trabajo es mostrar los posibles beneficios de una terapia contextual de carácter existencial respecto al malestar psicológico y promover ayuda al consultante a través del compromiso con su proyecto vital.

Método

Participante

La participante de este estudio es una mujer de 44 años llamada L, diagnosticada de cáncer de mama que acude solicitando ayuda psicológica en la sede de Almería de la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC). Al inicio de las sesiones, L ya había sido intervenida 4 meses antes del cáncer, realizándose una extirpación del tumor sin llevarse a cabo mastectomía ni extirpación de glándulas o ganglios próximos a la zona de intervención. Tras la operación, se realizaron sesiones de radioterapia durante 4 semanas con éxito, en las que el equipo médico comunicó la remisión total de la enfermedad. Es tras recibir este tratamiento, cuando decide acudir a recibir terapia psicológica. La consultante demanda que tras haberse recuperado de su enfermedad no se siente “realizada”, no termina de encontrar “sentido a su vida” y siente que está teniendo problemas en sus relaciones interpersonales (especialmente con su pareja y su hermana, a los que considera sus principales fuentes de apoyo).

L es licenciada, y a raíz de la crisis económica de 2008, fue despedida y desde entonces no ha vuelto a trabajar. L pudo permitirse estar sin trabajar hasta la actualidad debido a la posición económica familiar. Durante esos años, L residía en otra ciudad de Andalucía de la que es originaria. En esa ciudad residían sus padres y su hermana pequeña, con la que tiene una diferencia de edad de escasos años. Desde el año 2010 hasta casi la actualidad, L dedicó varios años al cuidado de sus padres ya que estos enfermaron. Su padre falleció pocos años después. En esta época conoció a su actual pareja, F, de la que afirma que fue un gran apoyo en ese momento. Tras un año de relación se casaron y al poco se mudaron a Almería, cuando su pareja recibió una oferta de trabajo allí.

Durante los siguientes años, la pareja comenzó a vivir su vida en Almería, adaptándose a la ciudad y comenzando a establecer algunas relaciones de amistad, en especial con algunos compañeros de trabajo de F y con una pareja de vecinos. A pesar de realizar la mayor parte de su vida en Almería, realizan viajes bastante rutinarios a su ciudad originaria y a la ciudad donde vive la hermana de L, para poder compartir tiempo con los familiares de ambos.

En el año 2018, la madre de L fallece en una residencia como consecuencia de una demencia. Aproximadamente un año después, es cuando L es diagnosticada de cáncer de mama, y es rápidamente intervenida y tratada en el plazo de 3 meses.

Cuando L solicita ayuda psicológica, manifiesta que, tras haber recibido el diagnóstico sufrió un grave impacto, ya que no esperaba “sufrir una enfermedad como el cáncer a su edad”. Por otro lado, el pronóstico fue excepcionalmente bueno, lo que le alivió bastante. El hecho de recibir este buen pronóstico produjo que toda la intervención y el tratamiento se realizara en un tiempo muy rápido, por lo que afirma que “le costó procesar todo por lo que había pasado”. A raíz de todo el proceso, y especialmente al fin de este, relata que comenzó a sentirse más deprimida y sin ganas de realizar actividades sociales. Afirma que se siente “como si estuviera en un pozo”. Añade, que desde que tiene estas sensaciones ha comenzado a imponerse el buscar trabajo como una meta muy importante, ya que, “ya ha llegado el momento de volver a trabajar”. A pesar de ello, no encuentra un trabajo que le guste o con el que se sienta realizada, y relata que trabajar de algo relacionado con sus estudios es inviable porque no recuerda cómo era trabajar “en lo suyo”. Por otro lado, cuenta que sus relaciones con las personas más allegadas están empeorando, especialmente con su marido y su hermana. Dice que esto se debe a dos motivos, uno es debido a que ella se siente “triste”, “abatida”, “perdida”, y a pesar de estas sensaciones, sus familiares y conocidos más cercanos le dicen frases como: “con la suerte que has tenido y lo bien que ha ido todo, ¿cómo vas a estar triste?”, “no digas tonterías, esto se te pasará, todo salió muy bien”, “has tenido mucha suerte, ha sido como coger un resfriado, tienes que estar feliz”, lo que dice le hace sentirse aún peor, ya que ella no se siente “bien”; el segundo motivo que describe es que debido a estas sensaciones, siente mucha rabia, y trata de evitar tener estas conversaciones para no tener discusiones. Además, cree que tiene una actitud pesimista, y cuando inicia una actividad la abandona de inmediato porque piensa que “no va a ser capaz”.

Lugar e instrumentos

Las sesiones se llevaron a cabo en la sede de Almería de la AECC bajo la supervisión de una psicóloga de dicha asociación.

Los instrumentos empleados para la evaluación se pueden diferenciar en instrumentos de evaluación cualitativa y tests psicométricos.

Respecto al instrumento de evaluación cualitativa, se empleó:

- Diana de acciones comprometidas en direcciones valiosas: Para obtener una medida del compromiso y acciones que la consultante tenía en base a sus valores, se dibujó en un folio una diana, dividida en diferentes porciones, que la consultante proporcionó de aquellas áreas importantes o valiosas en su vida, siendo el centro de esta diana, una puntuación de 5 (totalmente comprometida y llevando a cabo acciones que me lleven en esa dirección) y la parte más exterior un 1 (no llevando a cabo acciones que me lleven en esa dirección de valor).

Los constructos psicológicos que fueron medidos por medio de test psicométricos fueron aquellas áreas establecidas como objetivos de mejora como posible consecuencia del tratamiento, en este caso el bienestar psicológico y el sentido de la vida. Para ello, se emplearon los siguientes instrumentos:

- *Escala de bienestar psicológico de Ryff* (Díaz et al., 2006): El cuestionario consta de 29 ítems tipo Likert que van de 1 (Totalmente en desacuerdo) a 6 (Totalmente de acuerdo) que se dividen en 6 dimensiones del bienestar psicológico: Autoaceptación, Autonomía, Relaciones positivas con otros, Dominio del entorno, Crecimiento personal y Propósito en la vida. Las escalas están compuestas por 5 ítems del cuestionario, excepto la escala de Autoaceptación, que se compone de 4. Las puntuaciones que se pueden obtener en cada subescala irían desde 4 a 30. Presenta un α entre .7 y .84.
- *Personal Meaning Profile- Brief (PMP-B)* (Carreño et al., 2020): Este cuestionario entiende el sentido de la vida como el sentido e importancia que se siente con respecto a la naturaleza del ser y la existencia. Está formado por 21 ítems que se puntúa según una escala tipo Likert entre 1 (de ningún modo) a 7 (muchísimo). Estos 21 ítems se distribuyen en 7 dimensiones o

fuentes de sentido, compuesta cada subescala por 3 ítems, que son: Logro, Relaciones, Religión, Autotrascendencia, Autoaceptación, Intimidad y Trato Justo. Presenta un α de entre .64 y .91.

Diseño y variables

El diseño de esta investigación se trata de un diseño cuasi-experimental de caso único pre-post con diseño A-B con el objetivo de poder medir los posibles efectos del tratamiento.

Las variables de esta investigación serían:

- Variables dependientes: Bienestar psicológico, sentido de la vida y acciones en dirección de valor.
- Variable independiente: Intervención psicológica basada protocolos de ACT (Ruiz et al., 2016), ejercicios y técnicas derivadas de ACT (Wilson y Luciano, 2002; Villate et al., 2016), incorporando nociones de Terapia Existencial.

Análisis funcional del problema

En la figura 5, se presenta el análisis funcional del problema de la consultante. La información extraída para la realización de este análisis funcional se obtuvo a lo largo de las diferentes sesiones con el fin de conocer las variables que contribuyen en el mantenimiento de las conductas, e igualmente algunas de estas contingencias se mostraban a la consultante con el fin de que ella misma pudiera ser más consciente de cómo su propia conducta se mantenía. La consultante manifestó que en ciertas situaciones, como cuando tenía que hablar con algún conocido o vecino que se cruzaba por la calle, o cuando su hermana le llamaba por teléfono, estos le preguntaban por su estado de salud. Al hablar sobre esto, muchos de los comentarios que recibía eran: “que suerte has tenido, menos mal que todo ha ido bien”, “Has tenido suerte, lo tuyo ha sido como un resfriado”, “ahora tienes que estar feliz, todo ha salido bien”, “¿cómo vas a estar triste después de lo que has pasado?”. Este tipo de frases producían en L sentimientos de rabia, tristeza o frustración, y pensamientos como “ellos no me entienden”, “yo creo que como un resfriado no ha sido”, que le llevaron a evitar salidas sociales, a según ella “estar dándole vueltas”, o evitar coger el teléfono a su hermana para no hablar solo sobre su estado de salud. Además de estos pensamientos añade que tiene la sensación de que si sigue hablando con estas personas cuando le hacen esos comentarios va a acabar discutiendo con ellos, y por eso prefiere evitar esas situaciones.

Respecto a su pareja sucedía algo similar, solo que en este caso su respuesta era distinta, con F especialmente aumentaron las discusiones, ya que a él sí le hacía referencia de que ese tipo de comentarios no le agradaban, por lo cual terminaban discutiendo. Aquí L refiere que le cabreaba mucho que F no le entendiera, y por eso acababan discutiendo. Por otro lado, respecto a las acciones que L estaba llevando a cabo para “orientar su vida”, que principalmente fueron la búsqueda de empleo y estudiar, en la gran mayoría de ocasiones, L renunciaba a seguir leyendo o estudiando, ya que tenía pensamientos como “no voy a poder”, “esto no sirve para nada”, “no voy a ser capaz”, lo que le llevaba a abandonar estas acciones. Además, respecto a su vida social, L relata que también tenía una sensación parecida, y que tenía pensamientos como: “no tengo ganas” y sentía ansiedad, lo que le estaba llevando a quedarse en casa y no quedar con amigos ni hacer planes con su pareja. Por tanto, estas acciones estaban trayendo diferentes consecuencias. En primer lugar, a corto plazo, estas emociones “negativas” como el miedo, ansiedad, rabia, etcétera, o los pensamientos disminuían, manteniéndose estas acciones por reforzamiento negativo. Otro ejemplo es “tener razón” cuando pensaba que los demás no le entendían, o cuando discutía con su pareja y este decía que no le entendía, lo cual mantenía la lógica de ser incomprendida, aumentando estas conductas por reforzamiento positivo. Por otro lado, con respecto a las consecuencias a largo plazo, toda esta serie de conductas estaban produciendo la pérdida de contactos sociales, el empeoramiento en las relaciones personales, en especial con su hermana y su pareja, y el no conseguir un trabajo a pesar de buscarlo.

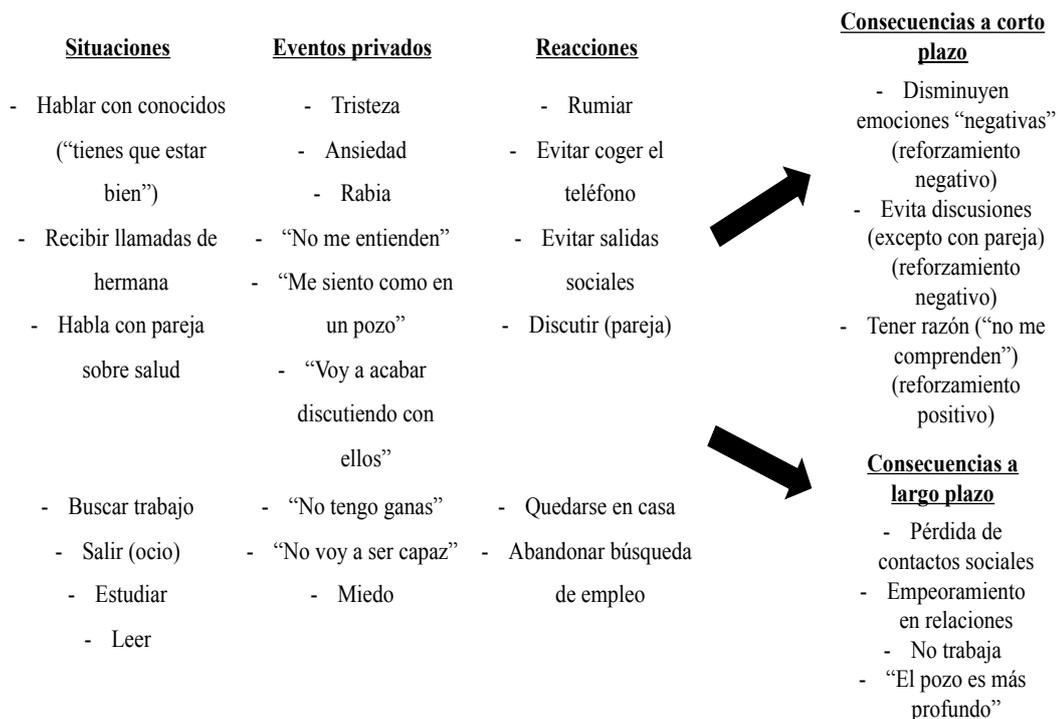


Figura 5. *Análisis Funcional del problema*

Intervención

La intervención se llevó a cabo a lo largo de tres meses, en 6 sesiones, cada una de ellas con una duración aproximada de 1 hora, y una frecuencia de 14 días.

Los objetivos establecidos para la intervención fueron, en primer lugar, reconocer patrones de funcionamiento (análisis funcional) y en segundo lugar, aplicar estrategias enfocadas en términos de aceptación del problema y estrategias hacia la orientación a la vida, promoviendo acciones dirigidas a valores, a través de ejercicios, metáforas y técnicas principalmente derivadas de ACT. Las estrategias que se emplean en ACT necesariamente no siguen un orden secuencial, sino más bien lógico, por lo que a continuación, se hará una descripción lo más detallada posible de los procedimientos empleados en cada sesión y, ya que algunos de estos movimientos o estrategias se pudieron emplear en más de una, se expondrá algún breve diálogo a modo de ejemplificación de algunas estrategias concretas.

Sesión 1.

Antes de comenzar la sesión se aplicaron los cuestionarios de *Escala de bienestar de Ryff* y *PMP-B*. Tras su realización, se comenzó la sesión. En primer lugar, se preguntó por los motivos por los que acudía a consulta. Al indagar los motivos de consulta, L expone todos los motivos presentados anteriormente. Estos datos fueron recogidos para su uso en el análisis funcional previamente presentado. El principal objetivo de esta sesión fue recoger datos para realizar un análisis funcional, conocer a la consultante y promover un estado de desesperanza creativa. Ya que la cliente verbalizó “sentirse como en un pozo”, se aprovechó esta metáfora para generar la desesperanza creativa con el uso de metáforas, en concreto, basada en “La metáfora del hombre en el hoyo” (Wilson y Luciano, 2002, p.128-129) adaptándola funcionalmente al problema de la consultante. A continuación, se mostrará un diálogo a modo de ejemplo de la aplicación de esta estrategia:

- Consultante: Me siento como en un pozo del que no puedo salir. Me siento triste y no encuentro la forma de volver a mi vida.
- Terapeuta: ¿Qué cosas has hecho para intentar salir?
- Consultante: Pues no sé. Cuando mi hermana me llama, intento cambiar de conversación o acabar rápido. Cuando me dice que debería de estar más feliz me da mucha rabia, siento que no me entiende, y prefiero acabar la conversación para no discutir con ella. A veces intento no coger el teléfono.
- Terapeuta: Parece que has puesto mucho empeño por salir de ese pozo, pero que las cosas que estás haciendo no están funcionando, ¿no?
- Consultante: Claro, de hecho, yo diría que cada vez estoy más hundida.
- Terapeuta: Entonces parece que estás cosas que estás haciendo es como si cada vez cavaras más profundo, ¿verdad?
- Consultante: Exacto... pero no sé qué otra cosa hacer, soy un desastre.
- Terapeuta: Me imagino que debe ser muy duro ver que tus intentos por arreglar tu situación han hecho que sientas que ahora estás en un pozo más profundo, pero ¿y si el problema realmente está en las estrategias que has llevado a cabo hasta ahora?
- Consultante: Es posible, ¿y qué puedo hacer ahora?
- Terapeuta: ¿Qué te gustaría realmente hacer en esa situación?
- Consultante: Me gustaría decirle a mi hermana que no me gusta que me diga eso. Me

da rabia, y sé que si se lo dijera nos pelearíamos.

- Terapeuta: De momento podemos ver qué ha sido lo que has intentado y hacia donde te ha llevado, y podemos poner sobre la mesa cuáles son las nuevas estrategias que quieres realizar.

Como se recoge en el diálogo, se trata de que la consultante repare en que los intentos que ha realizado hasta ahora no han resultado útiles y que además han contribuido en mantener el problema. Por otro lado, el uso de la metáfora es una equivalencia funcional del problema que ayuda a la consultante a discriminar su patrón de funcionamiento y qué acciones son aquellas que han contribuido en el mantenimiento del problema. Por otro lado, tras “llevar” a la persona a ese estado de desesperanza es importante poner el foco en que el problema no está en la persona, sino en las estrategias que ha llevado a cabo para solucionar sus problemas y una vez transmitido este mensaje, se trataría de analizar qué partes valiosas de la vida se están perdiendo mientras uno se encuentra enredado en estas estrategias que no acercan a la persona a esas direcciones de valor. Además de esta circunstancia concreta que se muestra en el diálogo, se expuso igualmente algunas de las otras situaciones y conductas detalladas en el análisis funcional como otros intentos que contribuyen y mantienen el problema.

Sesión 2.

En la segunda sesión que se realizó, se le preguntó a L cómo había ido la semana, qué cosas había hecho desde la última sesión y si en algún momento había “seguido cavando en su pozo”. Los objetivos que se pretendían conseguir en esta sesión fueron la búsqueda amplificada del patrón de funcionamiento problemático a otras áreas de vida y el distanciamiento verbal (*autodistanciamiento o defusión*) con sus contenidos verbales inflexibles. L manifestó haber tenido algunos problemas a la hora de intentar estudiar, y alguna discusión con su pareja cuando le preguntaba cómo estaba. Respecto a su hermana, contó que recibió bastantes llamadas y que fueron algo mejor que semanas anteriores. Dice que siguió sintiendo rabia y tristeza cuando le decía comentarios como: “no tienes por qué estar triste”, pero en esta ocasión, sus intentos fueron más hacia intentar acortar la conversación lo máximo posible. Al manifestar intentos de solución del problema se aplicaron estrategias como la desesperanza creativa para transmitir que la búsqueda de soluciones sigue contribuyendo a mantener el problema. También se hizo hincapié en buscar la amplificación del patrón problemático hablando sobre otras áreas de la vida de L, como en los intentos por estudiar, en las discusiones con su

marido o en la evitación de situaciones sociales. Al aplicar esta estrategia de seguir generando un estado de desesperanza, además se puso sobre la mesa cómo la función de algunos contenidos verbales inflexibles estaban bajo control de otras funciones verbales de orden superior, es decir, detectando el patrón de funcionamiento inflexible de detectó su pensamiento “Big”, una regla verbal en jerarquía superior que controla el resto de funciones verbales. Como se mostrará a continuación, este “Big” tiene una equivalencia con los miedos existenciales de Yalom, en concreto con el aislamiento existencial:

- Consultante: Preferí colgar rápido y no hablar mucho.

- Terapeuta: ¿Por qué?

- Consultante: Es que cuando me hace esos comentarios, tengo la sensación de que si le dijera lo que pienso acabaríamos discutiendo.

- Terapeuta: ¿Habéis discutido alguna vez sobre esto?

- Consultante: No, no. Jamás. Es lo último que querría.

- Terapeuta: Parece que es algo que te asusta bastante, ¿no?

- Consultante: Sí. Yo me digo a mí misma “Mejor acaba la conversación rápido, no vaya a ser que discutamos”

- Terapeuta: Parece que pasas más tiempo intentando evitar la discusión que hablando con tu hermana, ¿qué pasaría si discutierais?

- Consultante: No, no. Eso no querría ni pensarlo. En cuanto pienso que discutimos lo primero que me viene a la cabeza es “si discutes con ella, os dejaréis de hablar”.

- Terapeuta: La verdad es que esto me recuerda a las situaciones que me comentabas respecto a quedar con amigos y conocidos. Me decías que con ellos a veces también tienes la sensación de que vas a terminar discutiendo con ellos por esto.

- Consultante: Pues sí, la verdad es que es bastante parecido. Estoy evitando quedar con ellos o hablar más, por no discutir.

- Terapeuta: ¿Y qué es lo que te da tanto miedo de tener una discusión con alguno de ellos?

Consultante: Pues que dejemos de hablarnos, o que nuestra relación empeore.

- Terapeuta: ¿Y si dejaras de hablarte con ellos por tener estas discusiones?

- Consultante: Pues que me acabaría quedando sola (voz entrecortada).

- Terapeuta: Sin embargo, parece que, con estos intentos por no discutir, finalmente estas distanciándote de ellos y teniendo menos contacto.

- Consultante: Es verdad, estoy consiguiendo justo lo contrario de lo que quiero (llora).

Dado el siguiente diálogo podemos observar que los intentos por evitar las situaciones aversivas, no solo contribuyen a mantener el problema, sino que de forma amplificada, alejan a la consultante de sus direcciones de valor. Como se puede apreciar, también parece que existe un orden en jerarquía entre las funciones verbales de los pensamientos que presenta la consultante, y que finalmente, la conducta de la consultante actúa bajo control de una función aversiva de orden superior, el “Big”. En este caso, además se puede apreciar la similitud de esta regla verbal (“Me quedaré sola”) con el miedo existencial del aislamiento, el miedo que surge de la confrontación de la soledad de uno frente al mundo. Una forma gráfica de mostrar este carácter jerárquico de los pensamientos se presenta como ejemplo (Figura 6).

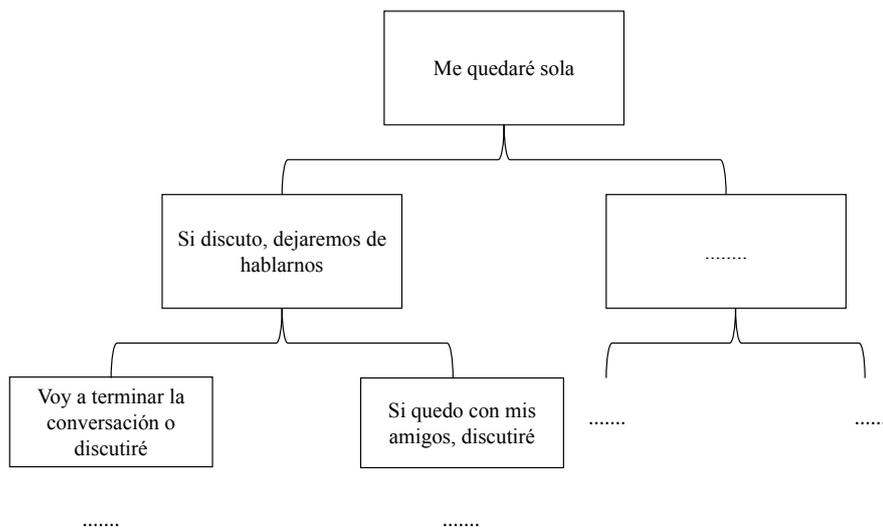


Figura 6. Estructura jerárquica de pensamientos

Ya que el pensamiento “me quedaré sola” parece encontrarse en un orden de jerarquía superior respecto al resto de pensamientos, se presenta una gran oportunidad para realizar algún ejercicio de autodistanciamiento/defusión con el fin de distanciarse del lenguaje y alterar la función del contenido verbal. Además, ya que se encuentra en jerarquía, entrenando la distancia con el último pensamiento (Big), podríamos estar actuando con el resto de funciones verbales que se encuentran bajo control del “Big”. Ya que se presentó la ocasión, se aprovechó para realizar uno de estos ejercicios con el fin de tomar distancia con estos contenidos verbales concretos. Para ello, se realizó un ejercicio basado en el de “llevar la mente a pasear” (Wilson y Luciano, 2002, p. 215). Se mostrará un diálogo como ejemplo de técnica de autodistanciamiento/defusión:

- Terapeuta: L, me gustaría que realizáramos un ejercicio si te parece bien.
- Consultante: De acuerdo, ¿de qué se trata?
- Terapeuta: Ya que me comentabas estos pensamientos que te han resultado molestos a la hora de hacer algunas de las cosas que me decías, se me ocurre que podríamos hacer un ejercicio en el que estemos dando unas vueltas alrededor de la consulta, unos pocos minutos, y yo haré de tu mente. Haré esas cosas que parece que hace la mente: criticar, juzgar, opinar, decirte algunas de las cosas que tú te dices a ti misma... Se trata de que mientras yo hago de tu mente, tú decidas por dónde quieres ir caminando, tú eliges el camino, qué pasos quieres dar, a qué ritmo...Pero yo iré caminando a tu lado haciendo de tu mente.
- Consultante: De acuerdo.
- Terapeuta: Me gustaría añadir algo más. Imagina que este camino que vas a hacer ahora te dirige a algún sitio, pero algún sitio que sea importante para ti, ¿cuál sería?
- Consultante: No sé, no estoy segura... Quizás a casa de mi hermana, hace casi un mes que no nos vemos.
- Terapeuta: Me parece un buen sitio, quiero que intentes tener presente que te diriges hacia su casa mientras damos ese paseo, ¿vale?
- Consultante: Vale, lo intentaré.

(Terapeuta y Consultante se levantan y comienzan a caminar)

- Terapeuta: Que buen día hace, hoy me apetece dar un paseo. Qué ganas tenía de ver a mi hermana hoy. Cuando la vea le preguntaré cómo está. No, no vayas por ahí, por ahí mejor no (consultante se detiene). Creo que es mejor dar media vuelta, por aquí voy a tardar más (duda, pero sigue caminando). No, no, por ahí no, a la derecha (gira a la derecha). Así mejor todo más controlado (sigue caminando). Aunque no estoy muy segura de ir hoy, ¿y si me empieza a dar la tabarra con que no esté triste? Con lo animada que estaba, ya me estoy poniendo triste (comienza a andar más despacio). Bueno, pero voy a ir, hace mucho que no nos veíamos, tengo muchas ganas de verla, no importa (vuelve a caminar un poco más). Pero como empiece otra vez, es que voy a acabar discutiendo con ella, no soporto que me diga esas cosas. No, no. No puedes pelearte con ella, sino vamos a dejar de hablarnos y eso podría ser lo peor (se detiene, duda). Al final, discutiré con todo el mundo y me quedaré sola (se detiene y deja de caminar).

(...)

(Terapeuta y Consultante vuelven a sentarse)

- Terapeuta: ¿Esto se parece a lo que te pasa?

- Consultante: Exactamente, se parece muchísimo.

- Terapeuta: Parecía que había una lucha entre esos pensamientos, ¿no? Por un lado, había algunos que te decían que fueras y otros que no, ya que podría pasar lo peor. De hecho, parece que al final, escuchando a tus pensamientos has dejado de hacer lo que estabas haciendo, que era caminar. Y esto a su vez, se parece a lo que te pasa, ¿no? Parece que al final, hacer caso a tus pensamientos te llevan justo al sitio contrario al que quieres estar.

- Consultante: Sí, es eso lo que me pasa. Me preocupo tanto por no pelearme y no quedarme sola, que al final acabo alejándome de las personas que quiero (voz entrecortada).

- Terapeuta: Sin embargo, ha habido algunos momentos en los que no has hecho caso a tu mente, ¿te has percatado?

- Consultante: Ummm... Bueno sí, es verdad, quería seguir caminando y he pasado un poco.

- Terapeuta: Imagina que tu mente fuera una especie de consejero que te dice en qué debes de invertir, y tus pensamientos son esas cosas que te dice. El problema es que no podemos despedirlo y parece que te dice que inviertas en cosas que te están haciendo tener pérdidas. Pero, parece que a pesar de que la mente te da estos consejos, tú puedes invertir en otras cosas.

- Consultante: Sí, es posible.

- Terapeuta: ¿Cómo ha sido tu experiencia invirtiendo en lo que te ha pedido tu mente?

- Consultante: Mala, me está llevando a alejarme de la gente.

- Terapeuta: ¿Qué preferirías entonces? ¿Seguir invirtiendo en lo que te dice tu mente o invertir en tus valores, lo que de verdad importa?

- Consultante: En lo que me importa, claro. Quiero ver a mi hermana, pasar tiempo con ella... Volver a vivir la vida.

- Terapeuta: Si te parece, vamos a volver a realizar este ejercicio, pero esta vez quiero que tengas más presente a dónde vas y por qué, y también que tus pensamientos te dirán qué hacer, pero tú eres la que elige.

- Consultante: De acuerdo.

(Se realiza otra vez el ejercicio, esta vez haciendo menos caso a la “mente” y caminando a pesar de los pensamientos)

En este ejemplo podemos observar cómo con esta técnica se trata de poner distancia con los contenidos verbales, y que, a pesar de estar presentes, podemos alterar su función trayendo al presente funciones de valor, en este caso, poder visitar a su hermana, compartir tiempo con ella, etcétera. Además, en este ejercicio, no solo se realiza un distanciamiento con esos contenidos, sino que también están presentes otras técnicas como la desesperanza creativa o el trabajo en valores u orientación hacia la vida, conservando este aspecto además cierto paralelismo con la *derreflexión* como forma de alcanzar la autotranscendencia.

Sesión 3.

Los objetivos que se plantearon para esta sesión fueron buscar qué acciones realizó la consultante durante las últimas semanas, seguir buscando en qué situaciones surgieron dificultad e intentar profundizar y clarificar sus valores. Se preguntó a L qué acciones había llevado a cabo durante las últimas dos semanas. Con respecto a las salidas sociales, L cuenta que no tuvo ganas ni muchas oportunidades de salir, pero sí que fue con su pareja a visitar a su hermana y pasar un día en familia. Sobre el día relata que en general le fue bien, y que tuvo varios momentos en los que sintió ganas de irse, pero a pesar de ello no lo hizo. Al preguntarle sobre sus sensaciones en la reunión, cuenta que algunas veces se “sentía fuera”, ya que estaba pensando cómo evitar situaciones en las que pudiera sentirse incomoda. Al respecto de este ejemplo se siguieron realizando ejercicios con el fin de tomar distancia en esas situaciones y traer al presente las funciones de valor. Con respecto a su pareja, cuenta que estas semanas han tenido menos discusiones, y que ella siente que él ha estado más cercano estas últimas semanas. En tanto a la búsqueda de empleo, L cuenta que llevaba un tiempo estudiando un temario para unas oposiciones pero que durante estas últimas semanas ha sido casi incapaz. Cuenta que el hecho de que el examen se aproxime también ha hecho que se sintiera más nerviosa y pensara en renunciar a hacerlo. Estas oposiciones son para un trabajo que no requiere cualificación profesional ni están relacionadas con sus estudios, pero L cuenta que decidió estudiarlas porque fue el primer trabajo que se le ocurrió. Al tratar sobre este asunto, con el fin de seguir explorando las direcciones de valor y fomentar el desarrollo de un proyecto vital, se propuso un ejercicio cuyo objetivo es la clarificación de valores. El siguiente ejercicio se mostrará en forma de diálogo y está basado en el ejercicio del “Billón de dólares” de Villate et al. (2016, p.

223):

- Terapeuta: Me gustaría proponerte un ejercicio. Imagínate que hoy hubieras ganado la lotería, y te han tocado 1.000 millones de euros.

- Consultante: Creo que no soy capaz de imaginarme tanto dinero junto (ríe).

- Terapeuta: Sí, es bastante, pero seguro que se te ocurre muchas cosas que podrías comprar con ese dinero, ¿verdad?

- Consultante: Bueno, eso sí es más fácil, yo creo que podría comprar casi cualquier cosa en el mundo.

- Terapeuta: Muy bien, parece que ya te está viniendo algo a la mente, ¿qué cosas comprarías?

- Consultante: No sé, supongo que arreglaría algunas cosas de mi casa, no me iría a otra, porque la que tengo me gusta, pero podría mejorarla. También podría ir de viaje a cualquier sitio con mi pareja, sin importar lo que gastáramos.

- Terapeuta: ¿Se te ocurre algo más?

- Consultante: No sé, también le daría un montón a mi hermana para que pudiera vivir como le dé la gana. Supongo que ya no me tendría que preocupar por trabajar. Pero vamos, seguiría sobrando. Supongo que también donaría algo de dinero a la AECC, para que investiguen el cáncer o para cualquiera de las cosas que hacen.

- Terapeuta: Parece que ya te ocurren más cosas. Pero hay un problema. Tristemente no has ganado ese dinero. Por eso, ahora me gustaría que imaginaras que, en vez de esos 1.000 millones, tienes 100.000 euros, ¿en qué podrías gastarlos?

- Consultante: Bueno, eso ya es bastante menos, pero sigue siendo bastante dinero. Podría seguir viajando, pero ya igual no a cualquier sitio ni gastándome todo a lo loco. También podría darle algo a mi hermana si lo necesita, e incluso seguiría sobrando. También podría donar algo a la asociación, aunque fuera un poco de dinero, para algo valdría. Con el trabajo, tendría que buscar alguno, me imagino (ríe), pero no sé, quizás al verme con una cantidad buena como es esta, me imagino montando un negocio, no sé, quizás una especie de motel, eso me gustaría mucho.

- Terapeuta: Parece que todavía puedes hacer un montón de cosas, pero ahora yo quería preguntarte, ¿por qué has elegido esos temas en concreto?

- Consultante: No sé, quizás son importantes para mí, son cosas que me mueven.

- Terapeuta: Eso parece. Entonces, ahora que ya estamos aquí, sin ese dinero, ¿Podrías seguir realizando acciones por esos valores, aunque fuera sin gastar un euro?

- Consultante: Pues sí. Si no puedo viajar con mi pareja, podemos salir a tomar algo, dar

una vuelta, ir a ver a nuestras familias... A mi hermana puedo seguir llamándola, hablar más con ella, preocuparme por ella... Y la verdad que lo del trabajo... Esas oposiciones no me gustan, y la verdad es que económicamente no tengo problemas, quizás debería plantearme buscar otra cosa, algo que me mueva más...

La intención de este ejercicio es la de clarificar los valores, buscar fuentes de sentido vital y en última instancia poner sobre la mesa acciones de valor concretas que se orienten hacia ese proyecto vital. Un último “ejercicio” con el fin también de aplicarse como una fuente de registro de acciones de valor, fue la realización de una “diana de acciones comprometidas en direcciones de valor”, en la que se dibujó una diana dividida en diferentes porciones, siendo cada una de estas porciones un área de valor. Se le pidió a L que señalara con un punto cuanto de comprometida estaban siendo sus acciones en base a esos valores, siendo en centro de la diana, 5 puntos, un gran compromiso hacia esos valores. Los valores seleccionados fueron elegidos por L, en base a ejercicios como el anteriormente presentado. Por último, se trató de una vez establecidas estas acciones concretas de valor, que la consultante pudiera llevar a cabo algunas de estas durante las siguientes semanas.

Sesión 4.

Ya que las principales estrategias han sido detalladas, de las siguientes sesiones se informará las dificultades presentadas por L y las acciones de valor que llevó a cabo. Al inicio de la sesión 4, L informa que en estas dos semanas ha decidido volver a tocar el piano. Cuenta que es una actividad que no había tratado en consulta porque llevaba mucho tiempo sin hacerlo, y que cada vez que intentaba tocar, lo dejaba. L relata que en estas últimas semanas ha tocado un poco más el piano y que a pesar de tener pensamientos que le habían llevado a dejar de tocar, pudo estar tocando al menos 10 minutos, durante varios días. Con respecto a la relación con su hermana, cuenta que ha seguido experimentando las mismas dificultades, aunque estas últimas veces no ha evitado coger el teléfono, ya que se está dando cuenta de que “es muy importante para ella, a pesar de a veces no tener ganas”. Con respecto a su pareja, comenta que estas semanas no han tenido discusiones y que él le propuso salir a tomar algo. L contó que cuando se lo propuso ella dijo que no, porque no tenía ganas y puso excusas como “va a estar cerrado”, pero dijo que tras un breve “rifirrafe” decidió ir. Sobre esta salida, cuenta que le resultó bastante positiva, ya que disfrutó de la ocasión y no se sintió triste, ni

estar “dándole vueltas a la cabeza” en ese momento. Con esta información se trató de potenciar las claves de valor presentes en esa situación y se siguieron realizando ejercicios de distanciamiento con el fin de que L fuera capaz de tomar sus direcciones de valor a pesar de las emociones o pensamientos que le estaban alejando de esas direcciones.

Sesión 5.

En esta sesión, se hizo especial énfasis en el sentido y valor de las acciones que L había estado llevando a cabo, en concreto poniendo más importancia en el valor de la acción que el resultado. Además, también se hizo una comparación en tanto a la diferencia de las acciones que se estaban realizando actualmente con las acciones que se llevaban a cabo antes del inicio de las sesiones. Respecto al valor que L mencionó como realizar acciones por otros o por los demás, L contó que estaba informándose de las actividades que se llevaban a cabo en la AECC para poder colaborar con ellos de alguna forma. Respecto al trabajo, L contó que había pensado en abandonar las oposiciones, pero que estaba buscando información sobre posibles negocios o alguna forma de emprender. En tanto a las llamadas de su hermana dice que sigue molestandole algunos comentarios de los que recibe, pero que también siente que desde que está realizando más acciones su hermana le hace menos referencia a su estado. Respecto a su estado de ánimo, cuenta que sigue sintiéndose un poco triste y sin ganas de realizar muchas actividades, pero que está poniendo bastante empeño, sobre todo en aquellas que son más importantes para ella. Por último, los ejercicios que se realizaron esta sesión estuvieron destinados al distanciamiento psicológico especialmente en aquellas actividades en las que más dificultades estaba presentado, como las llamadas a su hermana y las salidas con amigos.

Sesión 6.

En la última sesión, se puso énfasis en los progresos que se habían realizado hasta ese momento. Se volvió a traer la diana que fue presentada en la sesión 3, y en esta ocasión se pidió a L que rellenara con nuevos puntos cómo de comprometida estaba en ese momento con sus acciones de valor. Respecto al trabajo, L cuenta que seguía informándose. Aún tenía dudas de qué realizar, pero esta vez no estaba intentando buscar un trabajo por buscarlo, sino que estaba decidiendo qué trabajo podría ser más valioso para ella. Con su pareja menciona que no están teniendo discusiones y que ahora

si se siente más apoyada por él, lo que está facilitando la relación en estas últimas semanas. Con respecto a las acciones por otros, L cuenta que ha iniciado una actividad en la AECC donde colabora con algunos enfermos de cáncer. Cuenta que donde más dificultades sigue teniendo es con su hermana y a la hora de tener momentos de ocio con amigos y conocidos, especialmente porque tiene con bastante frecuencia el pensamiento de que van a acabar discutiendo. L cuenta que en estas semanas salió a tomar algo con una pareja de vecinos con los que tienen buena relación, que el resultado quizás no fue el esperado pero que lo sintió como una acción valiosa, sobre todo por lo difícil que le resultó. Se volvieron a realizar ejercicios de distanciamiento psicológico, especialmente en torno al pensamiento “Big” previamente explicado y se puso el énfasis en seguir realizando acciones de valor como forma de alcanzar el proyecto vital. Como último ejercicio se utilizó la metáfora de “ya sabes conducir” (Wilson y Luciano, 2002, p. 257), en la que se le instruye al cliente en que una vez adquirida o parcialmente entrenada la habilidad de ser capaz de tomar direcciones de valor a pesar de los síntomas, el trabajo que se ha hecho es parecido a aprender a leer o conducir, es una habilidad que no puede ser olvidada y que hay que tratar de realizarla sin estar prestando atención a cómo se hace, sino que lo importante es estar involucrado en las acciones de valor personal. Por último, se volvieron a aplicar los cuestionarios de Ryff y PMP-B como autorregistro de los posibles cambios tras el tratamiento.

Resultados

La figura 7 muestra los resultados obtenidos en las diferentes subescalas del inventario de bienestar psicológico de Ryff, pre y post intervención con el objetivo de conocer si existen cambios tras la intervención. No se realizaron análisis estadísticos, por lo que los resultados se interpretarán dando una explicación descriptiva. En este caso, las escalas muestran unas puntuaciones bastante similares antes y después de la intervención. Se muestra un leve incremento de las puntuaciones de las escalas “Relaciones positivas” (de 10 a 15) y “Propósito en la vida” (de 14 a 21). El incremento que se observa en estas áreas guarda lógica con el aumento de acciones valiosas que L llevó a cabo y con la reducción de problemas interpersonales que se produjo especialmente con su pareja y su hermana.

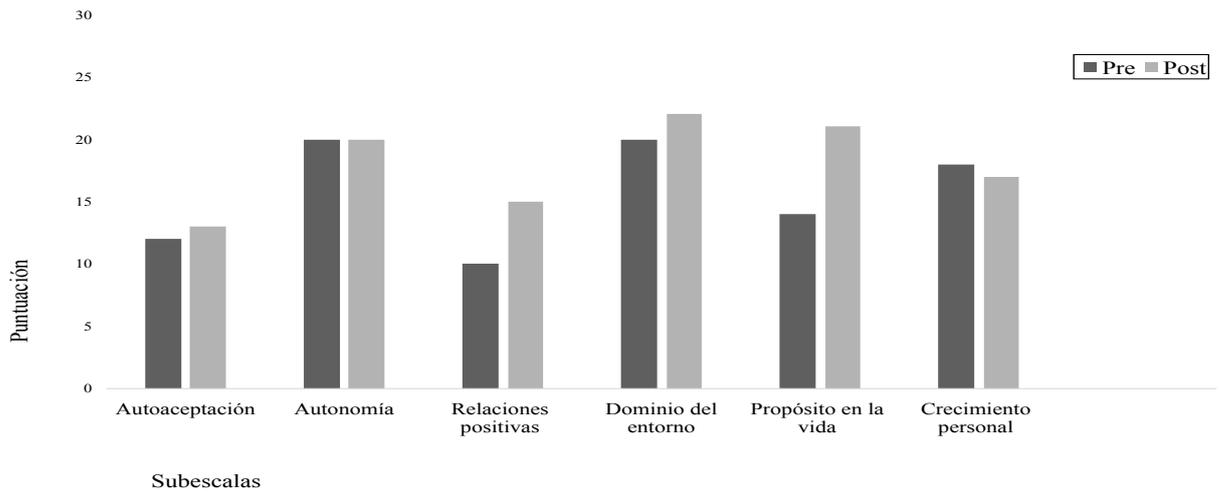


Figura 7. *Escalas de Bienestar psicológico de Ryff*

En la figura 8, aparecen los resultados de las subescalas del cuestionario PMP-B. Respecto a este cuestionario también se observan algunas similitudes en sus puntuaciones tras la intervención, excepto en las áreas de “Relaciones” y “Trato justo”, que también guarda cierta similitud con las diferencias mostradas por L tras la intervención.

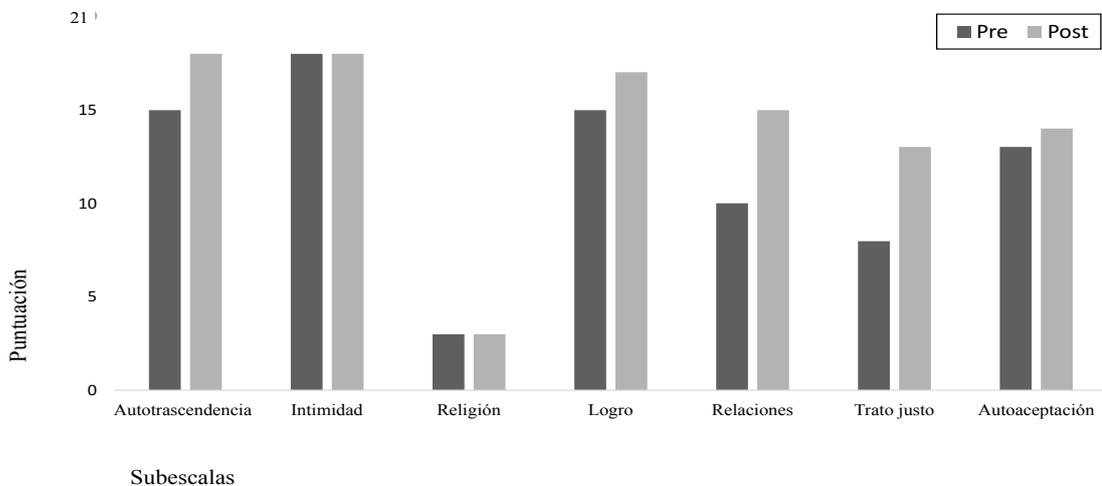


Figura 8. *Subescalas del cuestionario PMP-B*

Con respecto al compromiso con acciones de valor presentado en las dianas (Figura 9),

se puede observar bastantes diferencias en las dianas que se hicieron durante las sesiones (sesiones 3 y 6) y un incremento de acciones en todas las áreas. Respecto al área de “Amigos”, L seguía manifestando alguna dificultad a la hora de quedar o mantener contacto con algunas de sus amistades, pero en las últimas semanas de tratamiento decidió salir un día, por lo que de ahí provendría esa mejora. En el área de trabajo también hay un leve incremento. En esta área, L produjo un cambio importante. Si bien abandonó las acciones que estaba realizando hasta ese momento, en sesión surgió la posibilidad de buscar otro trabajo. Aunque al término de las sesiones L no había encontrado trabajo ni siquiera decidido qué actividad podría realizar, comenzó a plantearse la posibilidad de emprender en algún tipo de negocio, por lo que en especial en las últimas semanas de tratamiento realizó acciones dirigidas a la información y comprobar las posibilidades de emprender en alguno de los negocios que le resultaban atractivos. En las áreas de “Pareja” y “Ocio”, también vemos un leve incremento. Estas áreas guardan relación, ya que los momentos de ocio que tuvo principalmente fueron con su pareja; y respecto a las acciones de valor hacia su pareja, L consideró algunas de estas acciones como el discutir menos, compartir momentos con él o salir con él. Al término de las sesiones manifestó no tener discusiones importantes y sentirse más apoyada por él. En el área “Hermana” también vemos un incremento. Las acciones que L llevó a cabo fueron llamar más a su hermana, no evitar sus llamadas e ir a visitarla. Al final de las sesiones manifestó que seguía teniendo alguna dificultad sobre todo cuando su hermana le decía “que estuviera feliz”, pero también las veces que su hermana le habló a este respecto disminuyeron. El área de “Música” también tuvo un leve incremento. En concreto, L manifestó problemas cuando intentaba tocar el piano, ya que a veces lo intentaba, pero terminaba abandonándolo a los pocos minutos. En las últimas semanas de intervención, L comenzó a tocar casi diariamente durante breves momentos (unos 10 minutos). Las áreas que tuvieron un mayor incremento fueron “Cuidado a uno mismo” y “Acciones por otros”. Respecto a estas áreas, L no dedicó mucho tiempo en sesión, pero manifestó su intención por cuidarse a sí misma más. L relató que en las últimas semanas se había decidido por realizar un poco de ejercicio y dedicaba algunos días en salir a pasear. Por último, el área de “Acciones por otros” surgió como algo importante en el ejercicio de clarificación de valores previamente detallado. L decidió que podía colaborar de alguna forma con la AECC, y en este caso se informó de algunas de las actividades que se llevan a cabo y al término de las sesiones llevaba dos semanas acudiendo.

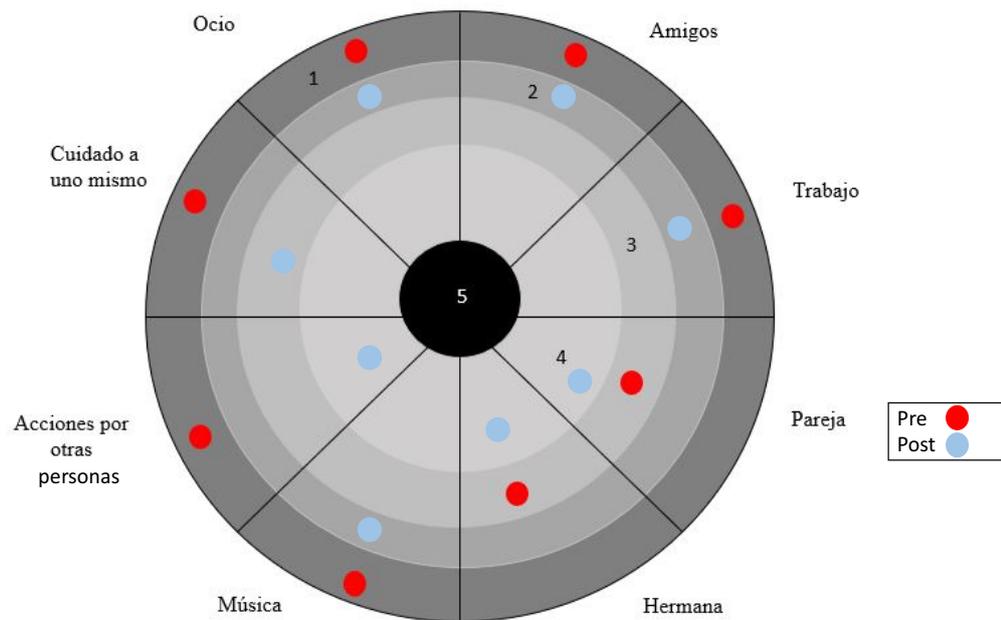


Figura 9. Diana de compromiso con acciones de valor pre-post

Discusión y Conclusiones

El presente trabajo muestra la posibilidad de emplear las Terapias Contextuales, bajo una perspectiva integradora con la Terapia Existencial (y más concretamente ACT y la Terapia Existencial). Si bien es cierto, que el tratamiento se ofrece desde la perspectiva de ACT, la visión existencial se encuentra presente a lo largo de todo el procedimiento. En este caso la consultante que se presenta en este trabajo, muestra un incremento de sus problemas interpersonales y en su estado de ánimo tras la experiencia de pasar por una enfermedad como el cáncer. Desde una visión existencial, el contacto con una experiencia como esta puede considerarse un enfrentamiento con los principios más básicos de nuestra existencia y puede ser un punto de inflexión que alteren nuestra percepción de la vida y nuestros valores (Carreño, 2016). Aunque esta visión se encuentre a lo largo de toda la intervención, en estrategias, ejercicios, etcétera; quizás el punto donde se hace más visible es en la visión ofrecida de los miedos existenciales como mediadores en la inflexibilidad psicológica y como establecimiento de funciones verbales que se encuentran en jerarquía superior. Esta noción que actualmente se encuentra en estudio, ofrece una posibilidad de entender la relación entre los llamados miedos existenciales y su establecimiento como reglas verbales que pueden controlar la

conducta en direcciones opuestas a valor, lo que serviría como un modelo explicativo alternativo de la psicopatología.

Con respecto a la intervención, el objetivo era comprobar los posibles efectos de una intervención que presente esta integración de modelos, en concreto a la hora de sus efectos en el bienestar psicológico y en el desarrollo del sentido vital como un proyecto materializado en acciones de valor. Sería importante destacar que, con un solo consultante, no se podría inferir una relación causal entre la intervención y las posibles mejoras subsecuentes, pero en base a los resultados obtenidos en los instrumentos de evaluación no se perciben cambios que puedan parecer significativos excepto en ciertas áreas de algunos de los tests. Las áreas que tienen más relación con las diferencias mostradas por la consultante tras la intervención, precisamente son aquellas que han mostrado este leve incremento, que son las áreas que guardan más concordancia con la mejora en las relaciones interpersonales y la realización de acciones de valor. Si bien, L no manifestó mejoría en su estado de ánimo, sus verbalizaciones de malestar se redujeron con el paso de las sesiones. Por otro lado, el objetivo de esta terapia al igual que las de la mayoría de las terapias contextuales no es la reducción de síntomas o la disminución de estas verbalizaciones de malestar psicológico, sino ayudar a la persona a emprender acciones de valor con significado a pesar de estos síntomas (García Montes et al., 2006). A este respecto, quizás esta podría considerarse la parte más exitosa de este trabajo, ya que si bien L aún manifestaba algunos problemas, en especial con las relaciones interpersonales y a la hora de tener encuentros sociales, comenzó a realizar acciones de valor hacia esas áreas a pesar de presentar dificultades en algunos de esos momentos. Por ello, podemos considerar esta parte como un objetivo en el que se presentan mejorías, ya que, desde la visión de adquirir un sentido en la vida a través del proyecto vital, este se materializa a través de las acciones de valor que se hacen en la vida cotidiana en el día a día. A esta visión, Ortega diría que “Ser significa vivir” (1929, pág.216).

Las limitaciones que se encontraron a la hora de realizar este trabajo fueron varias. La primera y más importante fue el tiempo disponible para la intervención. Ya que las sesiones se llevaban a cabo en la sede de la AECC y por la alta demanda que se presenta en esa asociación para recibir atención psicológica, las sesiones se debieron realizar cada dos semanas. Esto produjo que solo se pudieran realizar 6 sesiones. En este caso,

probablemente habría sido necesaria la realización de varias sesiones más o al menos hasta que la consultante hubiera mostrado suficientes mejoras como para considerar estas por finalizadas (Al término de las sesiones L siguió acudiendo con otro terapeuta). Otra de las posibles limitaciones que presenta este trabajo es la ausencia de un protocolo integrador de las terapias expuestas. La mayoría de los ejercicios y procedimientos que se siguieron en esta intervención procedían de ACT, por lo que en cierto grado, esta predominancia en la intervención puede ensombrecer la presencia de la propuesta integradora que es otro de los objetivos de este trabajo. Otra limitación presentada es que debido a la confidencialidad de datos que presenta la AECC las sesiones no pudieron ser grabadas, por lo que una gran parte de la información que podría haber sido registrada tras las sesiones se perdió.

Para finalizar sería importante destacar que esta visión integradora ofrece posibilidades tanto en la comprensión de los problemas psicológicos como una posible línea de trabajo futura en la que desarrollar procedimientos consonantes con el contextualismo funcional y el existencialismo para conseguir una perspectiva mutuamente enriquecedora que produzca beneficios en el bienestar, el sentido de la vida y la salud (García Montes y Pérez Álvarez, 2010).

Bibliografía

- Barraca, J. (2010). Aplicación de la Activación Conductual en un paciente con sintomatología depresiva. *Clínica y Salud*, 21, 183-197.
- Barraca, J. (2016). La Activación Conductual en la práctica: técnicas, organización de la intervención, dificultades y variantes. *Análisis y Modificación de Conducta*, 42(165-166), 15-33.
- Bianchi, J. & Henao, A. (2015). Activación conductual y depresión: conceptualización, evidencia y aplicaciones en Iberoamérica. *Terapia Psicológica*, 33(2), 69-80.
- Carreño, D. F. (2016). Impacto existencial de un diagnóstico de cáncer. Cambios en valores personales. En Universidad de Almería (Ed.), *Psicología, Salud y Educación*.
- Carreño, D. F., Eisenbeck, N., Cangas, A. J., García Montes, J. M., Del Vas, L. G. y María, A. T. (2020). Spanish adaptation of the Personal Meaning Profile-Brief: Meaning in life, psychological well-being, and distress. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2020.02.003>
- Conesa Ferrer, M. A. (2010). Logoterapia y Terapia de Aceptación y Compromiso: Una aproximación comparativa. *Nous*, 14, 71-88.
- De Castro Correa, A., García Chacón, G. & González Ternera, R. (2017). *Psicología Clínica. Fundamentos Existenciales*. Universidad del Norte.
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C. y van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577.
- Dougher, M. J. & Hayes, S. C. (2000). Clinical Behavior Analysis. En M.J. Dougher (Ed.), *Clinical Behavior Analysis* (pp. 11-25). Context Press.
- Frankl, V. E. (1992). *Teoría y terapia de la neurosis. Iniciación a la logoterapia y al análisis existencial*. Herder.
- Frankl, V. E. (2004). *El hombre en busca de sentido*. Herder.
- Ferro García, R., Ascancio Velasco, L. y Valero Aguayo, L. (2017). Integrando la Terapia de Aceptación y Compromiso con la Terapia de Interacción Padres-Hijos en un niño con Trastorno Negativista Desafiante. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 4(1), 33-40.
- García-Haro, J., García-Pascual, H. y González González, M. (2018). Cuando los síntomas no dejan ver el sentido. Viaje existencial al centro de la psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 29(109), 39-67.

- García Montes, J. M., Pérez Álvarez, M. y Fernández García, R. (2007). Refundar la Terapia de Conducta desde la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). *Cuaderno de Psiquiatría Comunitaria*, 7(1), 17-31.
- García Montes, J. M. y Pérez Álvarez, M. (2010). Exposition in existential terms of a case of “negative schizophrenia” approached by means of Acceptance and Commitment Therapy. *International Journal of Existential Psychology & Psychotherapy*, 3(1), 1-18.
- García Palacios, A. (2006). La Terapia Dialéctico Comportamental. *EduPsykhé*, 5(2), 255-271.
- Gil-Luciano, B., Calderón-Hurtado, T., Tovar, D., Sebastián, B. y Ruiz, F. J. (2019). How are triggers for repetitive thinking organized? A relational frame analysis. *Psicothema*, 31(1), 53-59.
- Gortner, E. T., Gollan, J. K., Dobson, K. S., & Jacobson, N. S. (1998). Cognitive-behavioral treatment for depression: Relapse prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 377-384.
- Hayes, S. C. (2001). *Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian account of human language and cognition*. Plenum 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., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M. & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy. An Experiential Approach to Behavior Change*. The Guilford Press.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., Wilson, K. G. (2012a). Contextual Behavioral Science: Creating a science more adequate to the challenge of human condition. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 1, 1-16.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (2012b). *Terapia de Aceptación y Compromiso: Proceso y práctica del cambio consciente (Mindfulness)*. Desclée de Brouwer.
- Hayes, S. C., Levin, M. E., Plump-Villardaga, J., Villate, J. L. & Pistorello, J. (2013). Acceptance and Commitment Therapy and Contextual Behavioral Science:

- Examining the progress of a distinctive model of behavioral and Cognitive Therapy. *Behavior Therapy*, 44(2), 180-198.
- Heidegger, M. (1951). *Ser y tiempo*. FCE
- Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., Gortner, E. & Prince, S. E. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 295-304.
- Jakupcack, M., Roberts, L. J., Martell, C., Mulick, P., Michael, S., Reed, R., Balsam, K., Yoshimoto, D. & McFall, M. (2006). A pilot study of behavioral activation for veterans with posttraumatic stress disorder.
- Kohlenberg, R. J. & Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy: Aguide for creating intense and curative therapeutic relationships*. Plenum.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. The Guilford Press.
- López Bermúdez, M. A., Ferro García, R., Valero Aguayo, L. (2010). Intervención en un trastorno depresivo mediante la Psicoterapia Analítica Funcional. *Psicothema*, 22, 92-98.
- Luciano, C. (2016). Evolución de ACT. *Análisis y Modificación de Conducta*, 42(166-167), 3-14.
- Luciano, C. & Valdivia, S. (2006). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 27(2), 79-91.
- Martín Murcia, F., Cangas Díaz, A. y Pardo González, L. (2011). A case study of anorexia nervosa and obsessive personality disorder using Third-Generation Behavioral Therapies. *Clinical Case Studies*, 10, 198-209.
- Ortega y Gasset, J. (1929). *¿Qué es filosofía?* Revista de Occidente.
- Ortega y Gasset, J. (1980). *El hombre y la gente*. Alianza.
- Ortega y Gasset, J. (2004). *Introducción a una estimativa ¿Qué son los valores?*. Ediciones Encuentro
- Páez, M., Gutiérrez, O., Valdivia, S. y 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.
- Páez, M. y Luciano, C. (2012). La integración de ACT y FAP en el trabajo con patrones rígidos del comportamiento. En Páez, M. y Gutiérrez, O. (Coords.). *Múltiples*

- aplicaciones de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)* (pp. 42-70). Pirámide.
- Pepper, S. (1970). *World Hypotheses*. University of California Press.
- Pérez Álvarez, M. (1996a). *Tratamientos Psicológicos*. Universitas.
- Pérez Álvarez, M. (1996b). *La psicoterapia desde el punto de vista conductista*. Biblioteca Nueva.
- Pérez Álvarez, M. (2001). Afinidades entre las nuevas terapias de conducta y las terapias tradicionales con otras orientaciones. *International Journal and Health Psychology*, 1(1), 15-33.
- Pérez Álvarez, M. (2004). *Contingencia y Drama. La psicología según el conductismo*. Minerva Ediciones.
- Pérez Álvarez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *EduPsykhé*, 5(2), 159-172.
- Pérez Álvarez, M. (2007). La Activación Conductual y la desmedicalización de la depresión. *Papeles del Psicólogo*, 28, 97-110.
- Pérez Álvarez, M. (2012a). Third-Generation Therapies: Achievements and challenges. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12(2), 291-310.
- Pérez Álvarez, M. (2012b). *Las raíces de la psicopatología moderna. La melancolía y la esquizofrenia*. Pirámide.
- Pérez Álvarez, M. (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Síntesis.
- Pérez Álvarez, M. & Sass, L. (2008). Phenomenology and behaviorism: A mutual readjustment. *Philosophy, Psychiatry and Psychology*, 18, 199-210.
- Ramsey-Wade, C. E. (2015). Acceptance and Commitment Therapy: An existential approach to therapy? *Existential Analysis*, 26(2), 256-269.
- Ruiz, F. J. (2010). A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10, 125-162.
- Ruiz, F. J., Riaño Hernández, D., Suárez Falcón, J. C. y Luciano, C. (2016). Effect of a one-session protocol in disrupting repetitive negative thinking: A randomized multiple-baseline design. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 16(3): 213-233.
- Sabucedo, P. (2019). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and humanistic

- psychotherapy: An integrative approximation. *British Journal of Guidance and Counselling*, DOI: [10.1080/03069885.2019.1597016](https://doi.org/10.1080/03069885.2019.1597016)
- Skinner, B. F. (1953). *Science and Human Behavior*. Macmillan.
- Skinner, B. F. (1957). *Verbal Behavior*. Copley Publishing Group.
- Skinner, B. F. (1974). *About Behaviorism*. Knopf
- Törneke, N. (2016). *Aprendiendo TMR. Una introducción a la Teoría del Marco Relacional y sus Aplicaciones Clínicas*. MICPSY Publicaciones.
- Valero Aguayo, L. y Ferro García, R. (2015). *Psicoterapia Analítico Funcional. El análisis funcional en la sesión clínica*. Síntesis.
- Villate, M., Villate, J. L. & Hayes, S. C. (2016). *Mastering the Clinical Conversation. Language as Intervention*. The Guilford Press.
- Wilson, K. G. & Luciano, C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso. Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Pirámide.
- Yalom, I. (2015). *Psicoterapia Existencial*. Herder.