

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

**Terapia de aceptación y compromiso para el trastorno de adaptación con ánimo
depresivo en estudiantes universitarios entre 18 y 25 años**

Nicole Elizabeth Vaca Gavilanes

Psicología Clínica

Trabajo de titulación presentado como requisito
para la obtención del título de
Psicóloga clínica

Quito, 08 de mayo de 2019

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ
COLEGIO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

**HOJA DE CALIFICACIÓN
DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

**Terapia de aceptación y compromiso para el trastorno de adaptación con ánimo
depresivo en estudiantes universitarios entre 18 y 25 años**

Nicole Elizabeth Vaca Gavilanes

Calificación:

Nombre del profesor, Título académico

María Cristina Crespo Andrade PhD

Firma del profesor

Quito, 08 de mayo de 2019

Derechos de Autor

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante: _____

Nombres y apellidos: Nicole Elizabeth Vaca Gavilanes

Código: 00126858

Cédula de Identidad: 1004159198

Lugar y fecha: Quito, 08 de mayo de 2019

RESUMEN

Los trastornos de adaptación (TA) y sus subtipos son de los diagnósticos más recurrentes en la práctica clínica, ya que llegan a afectar en algún momento del ciclo de vida a una gran parte de la población. Este texto tiene como muestra a estudiantes universitarios entre 18 a 25 años, debido a que esta etapa trae consigo el afrontamiento de situaciones difíciles y mayor responsabilidad en la toma de decisiones. Por esta y diversas razones, se sugiere a la terapia de aceptación y compromiso (ACT) como un tratamiento eficaz para el trastorno de adaptación con ánimo depresivo (TAD), ya que se ha demostrado su validez en trastornos con síntomas similares como la depresión.

El tratamiento propuesto se basa en la literatura investigada y estudiada hasta la actualidad, con el uso de seis técnicas principales de la ACT que son la desesperanza creativa, aceptación, defusión cognitiva, mindfulness, establecimiento de metas de acuerdo con los valores y exposición. Con relación a los resultados terapéuticos, al igual que en la gran mayoría de investigaciones realizadas, se espera la disminución y, en el mejor de los casos, la remisión de los síntomas del TAD.

Palabras clave: Terapia de aceptación y compromiso, trastorno de adaptación, evitación experiencial, mindfulness, valores.

ABSTRACT

Adjustment disorders (AD) and their subtypes are the most common diagnoses in clinical practice, as they affect a large part of the population at some point in their life cycle. This text has as main sample college students from 18 to 25 years old, because this stage brings with it the coping of difficult times and greater responsibility in decision making. For this and a variety of reasons, Acceptance and Commitment Therapy (ACT) is suggested as an effective treatment for adjustment disorder with depressed mood (ADD), as it has been proven its validity in disorders with similar symptoms such as depression. The proposed treatment is based on the studied literature to the present day, using six ACT main techniques, which are creative hopelessness, acceptance, cognitive defusion, mindfulness, goals setting according to values and exposure. Regarding therapeutic results, as in most investigations conducted, a decrease is expected and, in the best-case scenario, to achieve remission of adjustment disorder with depressed mood symptoms.

Key words: Acceptance and commitment therapy, adjustment disorder, experiential avoidance, mindfulness, values.

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN.....	8
1.1 Antecedentes.....	9
1.2 Una breve descripción de la historia de los trastornos de adaptación.....	9
1.3 Una breve descripción de la terapia de aceptación y compromiso.....	10
1.4 Problema.....	10
1.5 Pregunta de investigación.....	12
1.6 Propósito de estudio.....	12
1.7 Significado del estudio.....	12
2. REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	13
2.1 Historia de los trastornos de adaptación.....	13
2.1 Trastorno de adaptación.....	14
2.2 Diferenciación con un episodio depresivo.....	16
2.3 ¿Cuándo aparece un trastorno de adaptación?.....	17
2.4 Enfoques terapéuticos utilizado en los trastornos de adaptación.....	18
2.5 Terapia cognitiva conductual.....	18
2.6 Terapia psicodinámica.....	19
2.7 Terapia interpersonal.....	20
2.8 Psicología positiva.....	20
2.9 Terapia de aceptación y compromiso: fundamentos y características.....	21
2.10 Algunos trastornos en los que se ha utilizado la terapia de aceptación y compromiso y su resultado terapéutico.....	23
2.11 Depresión.....	23
2.12 Ansiedad.....	24
2.13 Estrés post traumático.....	26
2.14 Anorexia nerviosa.....	26
2.15 Técnicas de la terapia de aceptación y compromiso enfocadas en el tratamiento del trastorno de adaptación con ánimo depresivo.....	27
2.16 Desesperanza creativa.....	28
2.17 El control como problema: Control vs Aceptación.....	28
2.18 Defusión cognitiva.....	29
2.19 Mindfulness o consciencia plena.....	30
2.20 Establecer un plan de acción de acuerdo con los valores personales.....	32

2.21 Exposición – Metáfora: El hombre en el agujero.....	32
3. METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	34
3.1 Diseño y justificación de la metodología seleccionada.....	34
3.2 Participantes.....	34
3.3 Herramientas de investigación utilizadas.....	35
3.4 Procedimiento de recolección y análisis de datos.....	36
3.5 Consideraciones éticas.....	37
4. RESULTADOS ESPERADOS	38
5. DISCUSIÓN.....	40
5.1 Conclusiones.....	40
5.2 Limitaciones del estudio.....	40
5.3 Recomendaciones para futuros estudios.....	41
6. REFERENCIAS	42
ANEXO A: Carta para reclutamiento de participantes.....	49
ANEXO B: Formulario de Consentimiento Informado.....	50
ANEXO C: Herramientas para levantamiento de información.....	52
CORE – OM para hombres.....	52
CORE – OM para mujeres.....	54
Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ)	56

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud, en la actualidad las enfermedades mentales representan una de las principales causas de discapacidad temporal, en el área educativa, laboral y social (2017, párr. 6). La prevalencia de los trastornos mentales sigue aumentando, causando efectos significativos en varios aspectos, que influyen especialmente en el ámbito socioeconómico y de los derechos humanos. La OMS presenta una lista de trastornos con estadísticas para cada uno de ellos, entre estos están la depresión, la ansiedad, el trastorno afectivo bipolar, la demencia, la esquizofrenia y los trastornos del desarrollo.

A pesar de que el TA forma parte de los diagnósticos más recurrentes en la práctica clínica, Zelviene y Kazlauskas explican que, en comparación con las investigaciones que se realizan en trastornos como la depresión o la ansiedad, hay una gran diferencia en cuanto a interés de investigación y a nuevas propuestas de tratamiento (2018, p. 375). Por otra parte, no existe información sobre investigaciones en poblaciones determinadas con trastornos de adaptación como jóvenes universitarios, aunque se considera a la etapa universitaria como uno de los pasos de transición más importantes en la vida de una persona, que como refieren Rodgers y Tennison trae consigo altos niveles de estrés que si no son tratados, pueden resultar en TA u otras patologías. (2009, p.220)

El presente escrito tiene como objetivo, mostrar información relevante y actual sobre los trastornos de adaptación haciendo énfasis en el de tipo depresivo, asimismo brindar información sobre la terapia de aceptación y compromiso, y cómo ayudaría en la reducción de los síntomas presentados en el TAD, en base a información sobre investigaciones en enfermedades que presentan síntomas similares a los de este trastorno.

Antecedentes

Una breve descripción de la historia de los trastornos de adaptación

Los trastornos de adaptación han estado presentes desde la primera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM por sus siglas en inglés. En 1952, en el DSM I, los TA fueron clasificados como “trastornos situacionales transitorios de la personalidad” (Richardson y Nakata, 2015, p.23). Más tarde, en el DSM II se denominaron como “perturbaciones situacionales transitorias”, mientras que el término “Trastorno de adaptación” fue utilizado por primera vez en el DSM III en 1980, y en el DSM IV se define a los TA como una serie de síntomas en respuesta a un estresor ya identificado, los cuales se manifiestan dentro de tres meses y se observa principalmente, un desajuste social u ocupacional, ya que la idea de estar expuesto ante el estresor o enfrentarlo, suele provocar ansiedad, preocupación excesiva y respuestas fisiológicas que impiden el desarrollo de las actividades diarias como el trabajo y la universidad. Según el DSM IV, no se debe realizar un diagnóstico de TA si los síntomas presentes cumplen el criterio de otro desorden o es una exacerbación de un trastorno mental ya existente, comúnmente, se suelen confundir con otros desórdenes como la ansiedad o la depresión (Casey y Bailey, 2011, p.11).

Para finalizar, en el DSM IV, se incluye la clasificación de los TA y se les divide en cinco subtipos que son: 1) con estado de ánimo deprimido, 2) con ansiedad, 3) mixto que incluye ánimo deprimido y ansiedad, 4) con perturbación de la conducta y 5) mixto que implica perturbación de las emociones y la conducta. En el último volumen del manual (DSM V), no se realizan grandes cambios en la definición y diagnóstico de los TA, pero se les incluye en la sección de los trastornos relacionados a trauma y estrés. (Zelviene y Kazlauskas, 2018, p.376)

Una breve descripción de la terapia de aceptación y compromiso

La terapia de aceptación y compromiso (ACT por sus siglas en inglés) es una terapia de tercera generación de la terapia conductual, que tiene como base principios del contextualismo funcional y de la teoría del marco relacional. Estos fundamentos se ven reflejados constantemente en las acciones que se toman en la ACT, es así como se ve al compromiso como factor esencial y se entiende a los pensamientos como elementos importantes para fortalecer valores que contribuyen al crecimiento personal. (Ruiz, 2010, p.126)

En sus inicios, la ACT se creó con el fin de tratar la evitación experiencial, posteriormente se la introduce en el tratamiento de otros trastornos como la ansiedad y la depresión, logrando grandes resultados en la investigación y en su aplicación (Dewane, 2008, p.34). Algunas de las técnicas más utilizadas en la ACT son: técnicas de aceptación, defusión cognitiva, plenitud de consciencia, exposición experiencial, planteamiento de metas de acuerdo con los valores personales y hacer compromisos con consigo mismo. Esto significa un proceso para cada persona, el cual está conformado de pasos que le ayudan a crear una nueva perspectiva más flexible de las dificultades, en este caso, adaptativas. (Hayes, Pistorello y Levine, 2012, pp.976-978)

Problema

Los trastornos de adaptación representan un problema de salud significativo en la vida de las personas que los poseen, debido a que tienen implicaciones en uno o varios ámbitos cotidianos. Aun cuando se los considera pasajeros producen disfuncionalidad y pueden llegar a desencadenar otros trastornos o enfermedades somáticas. Las estadísticas muestran que el diagnóstico de los trastornos de adaptación (TA) es muy frecuente, incluso llega a ser más usual que los trastornos del estado de ánimo, como la depresión mayor, con una proporción

de casi tres a uno (13,7 vs 5,1%) en personas que fueron hospitalizadas en centros de salud mental. (Silverstone citado por Quero et al, 2017, pp.5-6)

Entre las dificultades que presentan las personas con TA se encuentra la incapacidad de enfrentarse a ciertas actividades que causan excesivo malestar emocional ante una situación ya identificada. El acontecimiento estresante puede variar y no es exclusivo a una causa, ya puede deberse a: un divorcio, acoso escolar, pérdida de empleo, al diagnóstico de una enfermedad, etc. (Quero et al, 2017, p.6). En este sentido tener un TA dificulta el desenvolvimiento del individuo como estudiante o trabajador, por lo que Van der Klint et al, opinan que esto representa un costo a nivel público y personal, ya que el rendimiento se ve afectado, por lo tanto los ingresos y el progreso en la comunidad disminuyen así como su efectividad interpersonal. Por lo que si los síntomas en el TA se mantienen, se agravan con el paso del tiempo (2003, p.429)

Con respecto a los síntomas del TA con ánimo depresivo, se pueden observar una gran variedad de ellos, como informan Stricklin y Schneider en el caso de estudiantes las causas más comunes de dan por cambios significativos como mudarse a otra ciudad, por lo tanto a otra escuela, acoso escolar, fracaso, estrés y presión académica. Estas situaciones vienen acompañadas de pensamientos y sentimientos de desesperanza, tristeza e incapacidad que van acentuándose mientras el evento estresante persista. Además, es común ver como los jóvenes pierden la motivación por temas de interés, desarrollan problemas para conciliar o mantener el sueño y evitan en toda forma someterse al estímulo que provoca dichas reacciones (2005, pp.315-318).

Pregunta de investigación

¿Cómo y hasta qué punto la terapia de aceptación y compromiso contribuye en la reducción de síntomas del trastorno de adaptación con ánimo depresivo en estudiantes universitarios entre 18 y 25 años?

Propósito de estudio

El actual estudio tiene como propósito brindar una serie de herramientas que son parte de la terapia de aceptación y compromiso, para el tratamiento del trastorno de adaptación con ánimo depresivo. El producto final contendrá pautas para los terapeutas que deseen aplicar estos ejercicios, ya sea a manera de prevención o plan terapéutico.

Significado del estudio

Esta propuesta de investigación es la primera de este tipo que se realiza en el Ecuador, en una población específica, con un trastorno poco explorado pero recurrente en el diagnóstico clínico. Este escrito puede incentivar a profesionales de la salud mental a realizar investigación sobre los TA y sus diferentes subtipos, así como planes preventivos y terapéuticos.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

A continuación, se presenta la revisión de la literatura dividida en varios apartados con información sobre: los trastornos de adaptación con énfasis en el subtipo de ánimo depresivo (TAD) y la diferenciación con un episodio de depresión, los tratamientos más comunes utilizados para los TA, el curso y desarrollo de la terapia de aceptación y compromiso, los casos en los que se ha utilizado la ACT, su resultado terapéutico y los conceptos para el tratamiento propuestos en esta investigación. La información descrita en la revisión de la literatura se obtuvo de bases académicas y científicas como revistas científicas de salud mental, artículos científicos y libros, principalmente encontrados mediante la búsqueda de palabras clave en inglés -para ampliar los resultados- en la base de datos de Google escolar.

Historia de los trastornos de adaptación

Los trastornos de adaptación están presentes en la práctica clínica desde la primera edición del DSM en 1952, aunque inicialmente no fueron denominados de esta forma, ya se les conocía como trastornos situacionales transitorios de la personalidad. Este trastorno era diagnosticado dependiendo las etapas de desarrollo del individuo, Strain y Diefenbacher explican que en el DSM I se encontraban siete categorías de diagnóstico para los trastornos situacionales transitorios de la personalidad, estas eran: 1) reacción de estrés general, 2) reacción situacional del adulto, 3) reacción adaptativa de la infancia, 4) reacción adaptativa de la niñez, 5) reacción adaptativa de la adolescencia, 6) reacción adaptativa de la vida avanzada y 7) otros trastornos situaciones transitorios de la personalidad (2008, p.122)

En la segunda edición del DSM que fue presentada en 1968, se incluyeron cinco categorías para el trastorno denominado “perturbaciones situacionales transitorias” estas categorías fueron similares a la primera edición pero se eliminaron: 1) reacción de estrés

general y 2) otros trastornos situaciones transitorios de la personalidad. En 1980 se introduce el término “trastornos de adaptación” y se afirma que la etapa del desarrollo del individuo no es lo más importante al momento de tener un TA, sino la experiencia por la cual el individuo está pasando, por lo cual se implementaron ocho categorías que fueron: 1) TA con ánimo depresivo, 2) TA con ánimo ansioso, 3) TA con características emocionales mixtas, 4) TA con perturbación de la conducta, 5) TA con perturbaciones mixtas de emociones y conducta, 6) TA con inhibición académica o laboral, 7) TA con abstinencia y 8) TA con características atípicas.

En las ediciones del DSM IV y V, no existen diferencias significativas, la principal es que en el quinto volumen a los TA se les incluye en los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés. Además, se eliminan las categorías de especificación de la duración, estas eran 1) Agudo: este especificador se utiliza cuando los síntomas persisten por menos de seis meses y 2) Crónico: este especificador se utiliza cuando los síntomas persisten por seis meses o más. Por definición, los síntomas no deben persistir por más de seis meses después de la extinción de los síntomas o sus consecuencias. Por lo tanto, el especificador Crónico se aplica cuando la duración de la perturbación es mayor a los 6 meses en respuesta a un factor estresante crónico o a un factor estresante que tiene consecuencias duraderas (DSM-IV-TR, 2000, pp.679-683).

Trastorno de adaptación: características y criterios de diagnóstico según el DSM V

Los trastornos de adaptación se definen como “el deterioro en el funcionamiento habitual debido a un estresor, que se manifiesta con la disminución del rendimiento en el trabajo o la escuela, y conlleva cambios significantes en las relaciones sociales” Los TA están asociados con intentos de suicidio, uso y abuso de sustancias y quejas somáticas. Estos

trastornos pueden estar presentes en niños, adolescentes y adultos (DSM-IV-TR, 2000, p.680).

Los criterios de diagnóstico descritos para TA según el DSM V son los siguientes:

- A. Desarrollo de síntomas emocionales o del comportamiento en respuesta a un factor o factores de estrés identificables que se producen en los tres meses siguientes al inicio del factor(es) de estrés.
- B. Estos síntomas emocionales o conductuales son clínicamente significativos, como muestran uno o los dos siguientes puntos:
 - 1. Malestar intenso desproporcionado a la gravedad o intensidad del factor de estrés, teniendo en cuenta el contexto externo y los factores culturales que podrían influir en la gravedad y la presentación de los síntomas.
 - 2. Deterioro significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. La alteración relacionada con el estrés no cumple con los criterios de otro trastorno y no es simplemente una exacerbación de un trastorno mental preexistente
- D. Los síntomas no representan un duelo normal.
- E. Una vez que el estresor (o sus consecuencias) hayan cesado, los síntomas no persisten por más de seis meses adicionales.

Una vez comprobados los criterios de diagnóstico se debe especificar el subtipo de TA.

Los subtipos se codifican de acuerdo con los síntomas predominantes, es así como se describen:

- 1. Con ánimo depresivo: este subtipo se utiliza cuando las manifestaciones predominantes son síntomas como: estado de ánimo deprimido, llanto o sentimientos de desesperanza.

2. Con ansiedad: este subtipo se utiliza cuando las manifestaciones predominantes son síntomas como: nerviosismo, preocupación, inquietud, agitación o la ansiedad de separación.
3. Con ánimo mixto de ansiedad y depresión: este subtipo se utiliza cuando las manifestaciones predominantes son una combinación de depresión y ansiedad.
4. Con alteración de la conducta: este subtipo se utiliza cuando las manifestaciones predominantes son la perturbación de la conducta.
5. Con alteración mixta de conducta y de emociones: este subtipo se utiliza cuando las manifestaciones predominantes son una combinación de síntomas emocionales y perturbación de la conducta.
6. Sin especificar: este subtipo se utiliza cuando hay la presencia de reacciones mal adaptativas que no se pueden clasificar como uno de los subtipos específicos del trastorno de adaptación (DSM V, 2014, pp.170-171).

Diferenciación con un episodio depresivo

Como se describe en las páginas anteriores, en el TA con ánimo depresivo predominan los síntomas que tienen que ver con el estado de ánimo bajo. Peterson cita otras maneras en las que una persona con este trastorno puede sentirse, ya que afirma que cualquier cambio significativo en la vida es una experiencia subjetiva, por lo tanto no todos presentan únicamente el estado de ánimo bajo, sino también puede haber sentimientos de desesperanza, baja autoestima, anhedonia, falta de motivación e incluso ideación suicida. (24/10/2018, párr.5). Al presentarse estos síntomas, en la práctica clínica a primera vista se suele confundir al TAD con depresión, por lo que Doherty, Jabbar, Kelly y Casey, presentan un caso de estudio que permite entender de mejor manera los síntomas de cada trastorno y en qué especificaciones se encuentra la diferenciación de diagnóstico. Estos autores explican que los

síntomas del TAD ocasionalmente son similares a los de la depresión, la clave para distinguir entre estas condiciones es el factor situacional, debido a que en el TAD hay una situación específica ante la cual afloran los síntomas, esto puede deberse a un cambio de vida o a un factor estresante de otro tipo. Esta situación causa un desajuste significativo en la vida del individuo, cuando este desajuste provoca los síntomas mencionados, se entiende que es un trastorno de adaptación de tipo depresivo y cuando estos síntomas aparecen sin un estresor específico se habla de un episodio depresivo (2014-pp.83-84).

¿Cuándo aparece un trastorno de adaptación?

Los sucesos estresantes de la vida, aun cuando son breves, influyen en el estado de salud y estos eventos pueden desencadenar una psicopatología (Carta, Balestrieri, Murru y Hardoy, 2009, p. 2). Continuando con este principio Batlle sostiene que, a lo largo de la vida los seres humanos aprenden a manejar situaciones difíciles por medio de mecanismos de respuesta aprendidos. Cuando estas situaciones conllevan estados de estrés intensos se puede desarrollar un desajuste, como en el caso de los TA, ya que el individuo no logra dar una respuesta adaptativa al evento (2007-2009, pp.2-3).

Se entiende también que las situaciones nuevas intensas pueden causar desajustes, debido a que la persona no ha tenido la oportunidad de aprender a regular sus respuestas de manera gradual. Por citar algunos ejemplos: el cambio a una nueva escuela, colegio o universidad, el divorcio, desempleo, agresiones físicas como asaltos, la muerte de un ser querido, etc. Los estresores pueden afectar a un individuo, a una familia, a un grupo o toda una comunidad, estos casos suelen estar relacionados a desastres naturales o atentados provocados por el hombre (Jarero, 2013, p.1).

Enfoques terapéuticos utilizado en los trastornos de adaptación

Terapia cognitiva conductual

Casey y Bailey, explican que no existe un protocolo o enfoque definitivo para el tratamiento de los TA (2011, p.16) Sin embargo, el enfoque terapéutico más utilizado y estudiado en la actualidad en el tratamiento de los trastornos psicológicos es el cognitivo conductual (TCC). La TCC es una intervención que comparte la premisa que los trastornos de la salud mental se producen por factores cognitivos mal adaptativos y que estos conllevan a que se produzcan estrés o malestar emocional, así como problemas conductuales, por lo que la TCC se enfoca, principalmente, en identificar pensamientos que predisponen este tipo de conductas (Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer y Fang, 2012, p.427)

Para Andreu, la TCC es una de las formas más efectivas de terapia que se han estudiado hasta el momento con resultados casi inmediatos, debido a que se enfocan en el problema, es participativa y está orientada en el presente (2011, p.69). Para explicar la TCC en el tratamiento de los TA, se puede acudir al caso de estudio realizado por Barraza, en el cual se presenta a una mujer que al ser diagnosticada con cáncer de mama comenzó a manifestar síntomas, que cumplían el criterio diagnóstico de un TA con ánimo mixto de ansiedad y depresión. Durante las ocho sesiones que duró este tratamiento, se estructuró un plan de trabajo con técnicas propias de la TCC, como: higiene del sueño, tareas de registro de pensamiento, exposición a situaciones de evitación social, reestructuración cognitiva, entrenamiento en comunicación asertiva, psicoeducación, entre otras. Los resultados de esta investigación según la reevaluación arrojaron que los niveles de ansiedad, irritabilidad y depresión disminuyeron hasta situarse en el rango normal esperado (pp.171-175).

Por su parte Belchi, Vilardaga y Bados dan a conocer otro caso de TA en una paciente que iba a someterse a una cirugía de trasplante de pulmón. En este caso, la duración del

tratamiento fue de treinta y una sesiones y se enfocó principalmente en dos temas principales que fueron: el bajo estado de ánimo y la ansiedad por el resultado de la operación. Al igual que en el anterior estudio, se utilizó psicoeducación sobre el miedo y la ansiedad como emociones, reestructuración cognitiva e identificación de pensamientos automáticos, búsqueda y fortalecimiento de actividades gratificantes y técnicas de exposición. Una vez realizada la intervención quirúrgica el tratamiento continuó y se evidenciaron cambios a nivel emocional y conductual, la paciente mostraba más autonomía y regulación de las emociones, aunque el temor y la ansiedad se mantenían, estos estaban en niveles más bajos y eran manejados con las habilidades adquiridas durante la terapia. (2002, pp.46-49)

Terapia psicodinámica

Para Leichsenring y Leibing el enfoque psicodinámico es uno de los más utilizados, con grandes resultados a corto y, especialmente, a largo plazo (2007, p.217). Ben-Itzhak, et al realizaron un estudio en el cual se ofreció terapia psicodinámica (TP) de corta duración (doce sesiones) a individuos que tenían un diagnóstico de TA, el 85% de ellos de tipo mixto y el 15% restante distribuido entre ánimo depresivo y ansioso; entre los estresores más comunes se identificó: la ruptura de una relación, situación económica baja, enfermedades terminales, entre otros. El objetivo de esta terapia fue que los pacientes adquirieran una perspectiva más consciente de los conflictos por los cuales estaban pasando. Mediante la recolección de información con respecto a formas de afrontamiento, mecanismos de defensa, curso y desarrollo de vida, se procedió a identificar necesidades presentadas por cada individuo y se trabajó en el reconocimiento y expresión de emociones, el afrontamiento de situaciones estresantes y, en su mayoría, la ruptura de patrones problemáticos como la evitación de situaciones que causan estrés o malestar emocional. Después de los tres meses que duró el tratamiento los investigadores encontraron que, los pacientes lograron una mejoría

significativa, que se mantuvo durante los nueve meses consecutivos de seguimiento (2012, pp.351-352).

Terapia interpersonal

La psicoterapia intrapersonal (TI) que fue desarrollada por Klerman y colegas, inicialmente fue utilizada para el tratamiento de la depresión mayor y con el paso del tiempo se ha empleado este enfoque para el tratamiento de otros trastornos, (Markowitz y Weissman, 2012, p.99) como explica la Comisión de la Juventud de Virginia, la TI se ha utilizado para el tratamiento de distintos tipos de TA en niños y adolescentes y ha resultado efectiva, debido a que esta terapia se enfoca en brindar apoyo, principalmente, en el área de las relaciones interpersonales y en los sentimientos internos relacionados a necesidades (s/f, p.3). Por otro lado, un estudio realizado por Markowitz, Klerman y Perry, con una muestra de 24 personas que fueron diagnosticadas con VIH, demostró que la TI contribuyó en la reducción de síntomas depresivos. En este proceso fue importante para los terapeutas encontrar eventos significativos en la vida de los pacientes, para lograr conectar emociones, resignificar experiencias y plantear metas a futuro (1998, pp.452-455).

Psicología positiva

Martin Seligman, el creador de la psicología positiva comentó que la psicología ha volcado su atención al tratamiento de las diferentes psicopatologías y se ha olvidado de una parte importante que es el estudio de la fortaleza y la virtud humana y justamente esto es lo que intenta la psicología positiva, tomar lo mejor de cada persona y potenciar esto para superar dificultades (2003, p.126).

Siguiendo con esta idea sobre la psicología positiva, se encuentra un estudio realizado por Seligman, Gillham, Reivich y Linkins que no fue utilizado como tratamiento clínico para los TA, sino como un programa de prevención de estos, incluidas la depresión y la ansiedad,

en la educación inicial y secundaria. Antes de la aplicación de este proyecto, se realizó un análisis mediante el cual se determinó que la educación actual promueve en mayor medida el pensamiento crítico antes que el creativo y esto tiene una relación con la tendencia a desarrollar un TA, depresión o ansiedad, ya que los alumnos se limitan a desenvolverse en el área académica y los profesores no les alientan a desarrollar su inteligencia emocional. Debido a esto, los investigadores demostraron que mientras más bienestar sienten los alumnos mejor aprenden, por lo tanto la psicología positiva es resulta una herramienta clave en el desarrollo integral de niños y adolescentes (2009, pp.293-300).

Terapia de aceptación y compromiso: fundamentos y características

En 1987, Hayes propuso un enfoque que se considera precursor a la ACT y fue el denominado Distanciamiento Comprensivo, el cual tenía varios objetivos, entre los principales está: establecer un estado de desesperanza creadora que planteaba que los problemas y dificultades no necesariamente resultan problemáticos, ya que estos dependen en mayor medida de cómo se los verbaliza y comprende (pp.342-343). En este contexto, dicho enfoque no tuvo gran impacto y es aquí en donde comienza a surgir, propuesta por el mismo autor, la ACT con el primer libro publicado en 1999 por Hayes, Stroschal y Willson, desde entonces esta terapia ha sido utilizada y estudiada en diversos casos. En los siguientes párrafos se describe información sobre los fundamentos y características principales de la ACT.

Los fundamentos principales en los que se basa la ACT son: la teoría del marco relacional y el enfoque del contextualismo funcional. En primer lugar, la teoría del marco relacional sugiere que, los seres humanos mediante su capacidad simbólica llegan a establecer marcos de equivalencia entre distintas situaciones, ya sean internas o externas. Es decir, un individuo puede reaccionar de distintas maneras a: pensamientos, emociones,

situaciones, sensaciones, etc. Una vez que el sujeto ha internalizado este proceso relacional, tiende a operacionalizar una respuesta (Hayes y Gifford y Hayes, 1998, p.254-256).

Existen distintas maneras para establecer un marco relacional, Rey explica que pueden haber: 1.- Implicación mutua entre dos estímulos relacionados, que explica que si A entonces B y si B entonces A, aquí también se puede dar relaciones no simétricas y pueden ser que A sea mayor que B, por lo tanto B no puede ser mayor que A y viceversa; 2.- Implicación combinatoria, que explica cómo las respuestas pueden relacionarse de la siguiente manera: si A se relaciona con B en un contexto específico y en una forma particular, y B se relaciona con C de la misma manera, entre A y C existe una relación; 3.- Transferencia o transformación de funciones, que explica que una vez que se ha establecido una relación entre dos estímulos, las funciones psicológicas del primero no se transmiten al segundo sino que se transforman de acuerdo al marco de relación, por ejemplo si A es mayor, pero se informa que B es mayor que A, ahora se verá a B por encima de A (2004, pp.278-279).

En resumen, la teoría de relación permite comprender cómo las personas establecen respuestas basadas en experiencias pasadas y esto da una explicación convincente a cómo las reacciones emocionales y disfuncionales son controladas por estímulos aparentemente no relacionados, pero que arbitrariamente se encuentran en un marco relacional de estímulos originales asociado con dicha situación. La teoría del marco relacional resulta de gran ayuda para entender cómo las personas manejan el lenguaje y el significado que le dan en base a sus experiencias previas, así como los comportamientos que nacen de estas. Asimismo, es necesario conocer esta teoría para entender el origen de una de las metas más importantes que caracteriza a la ACT, que es la desliteralización o defusión cognitiva entre la palabra en sí y su referente, y de esta forma facilitar el proceso de aceptación y flexibilidad de pensamiento.

En segundo lugar, se encuentra el enfoque contextualista funcional, que plantea que para comprender cualquier situación es importante analizarla en su contexto y tener en cuenta la historia previa. Por lo tanto, se plantean cuatro principios elementales para la evaluación de la conducta humana que son: 1.- Tener la atención en todo el evento como un conjunto para adquirir claves contextuales; 2.- comprender el papel que ejerce el contexto para entender la naturaleza y función del evento; 3.- adoptar un punto de vista funcional, es decir evaluar factores de utilidad y 4.- formular metas realistas (Barraca, 2007, p764).

En conclusión, como explican Luciano y Sonsones, la ACT es la más completa de las terapias conductuales de la tercera generación (2006, p.79) ya que tiene un enfoque de carácter contextual y funcional, que propone que el modo de afrontamiento de cada persona corresponde al contexto en que construyó y vivenció experiencias. Especialmente, se habla de las emociones y pensamientos, las funciones que cumplen y como estas predisponen comportamientos que llegan a ser desadaptativos para el individuo, como por ejemplo la evitación de vivencias que resultan incómodas o estresantes, pero que en todo sentido son elementales en la vida cotidiana (Luciano, 2016, p.4).

Algunos trastornos en los que se ha utilizado la terapia de aceptación y compromiso y su resultado terapéutico

Depresión

En 2013 el departamento de salud mental para veteranos en Washington DC realizó un estudio, en el cual se utilizó ACT como tratamiento para la depresión en veteranos de guerra con un número de 12 a 16 sesiones. Esta investigación tuvo una muestra de 746 personas, de los cuales 157 (21%) eran mujeres, 579 (77.6%) fueron hombres y 10 (1.3%) no indicaron su género; el rango de edad fue de 22 a 90 años, con una media de 51 años. El objetivo general de este estudio fue conocer cambios en la depresión y la calidad de vida de

los veteranos de guerra y realizar una comparación entre los de mayor edad y aquellos más jóvenes. Al inicio y al final se tomó a todos los participantes el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y el nivel general de depresión se encontraba en el rango “grave” y en la fase posterior al tratamiento pasó a “leve”. El resultado principal que surgió de esta investigación fue la reducción de los niveles de depresión tanto de los pacientes mayores como de los de menor edad, además, se observó un aumento en la calidad de vida en ambos grupos. Finalmente, se vio que la ACT ayudó en igual medida a aquellos que tenían otra condición médica previa (Karlin, Walser, Yesavage, Zhang, Trockel y Taylor, 2013, 555-563).

En otro estudio llevado a cabo por Zettle, Rains y Hayes, se encontró que la ACT, en cuanto a resultados terapéuticos, es igual de favorable que la terapia cognitiva (TC). En esta investigación se utilizó a la ACT y TC como tratamiento para la depresión y, al final, se hizo una comparación de resultados entre estos enfoques. Para iniciar se recolectó una muestra de 25 mujeres; 12 para recibir ACT y 13 para TC. A cada participante se le evaluó con el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), El Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI) y la Escala de Depresión de Hamilton (HRS-D). La duración del tratamiento fue de 12 semanas y los resultados más importantes fueron la reducción de síntomas de la depresión para ambos grupos; principalmente en los miembros que tomaron ACT se observó: un cambio positivo a nivel emocional, mayor aceptación y flexibilidad psicológica. Al final se evaluó nuevamente a las participantes y los niveles de mejoría no tuvieron una diferencia significativa entre grupos, es decir que en ambas muestras se evidenció mejoría similar (2011, pp.265-283).

Ansiedad

Según Forman, Herbert, Moitra, Yeomans y Geller, la ACT también ha sido utilizada en casos de ansiedad, ataques de pánico, tricotilomanía, fobia social, entre otros trastornos

que involucran estrés crónico o situacional (2007, p.776). Arch, Espejo, Keller y Langer presentaron un estudio en el cual se aplicaba este tipo de terapia a tres participantes que cumplieran, según el DSM IV con: 1.-Trastorno de pánico, 2.- Fobia social y 3.-Trastorno obsesivo compulsivo con ataques de pánico. Adicionalmente se realizó una clasificación de severidad clínica (CSR) para comprobar el nivel de angustia y deterioro de cada individuo y una entrevista clínica para contextualizar los casos. El tratamiento se llevó a cabo durante 12 sesiones semanales y se implementó el manual de ACT elaborado por Eifert y Forsyth (2008)

Los resultados principales en esta investigación indicaron que, la percepción sobre la ansiedad que mantenían los tres sujetos cambió, por lo tanto sus niveles de ansiedad disminuyeron, esto se pudo comprobar ya que se les volvió a realizar una evaluación para identificar la frecuencia e intensidad de los síntomas. Se aplicaron técnicas como: tolerancia al malestar, exposición, defusión cognitiva y actuar de acuerdo con los valores. Al final del tratamiento los participantes tenían una percepción más real sobre su situación, es decir lograron reconocer que la ansiedad estaba presente, sin embargo no iba a causar daños irreversibles; se sentían más en contacto con sus emociones y aceptaban de mejor manera sus pensamientos (2009, pp.368-385).

En un estudio comparativo realizado por Forman, Herbert, Moitra, Yeomans y Geller, se enfatiza la importancia de la aplicación de ACT, en casos de tratamiento de ansiedad debido a los resultados significativos que presenta. La investigación tuvo una muestra de 109 participantes, de los cuales el 80.2% fueron mujeres y el resto hombres, en edades entre 18 y 52 años, que fueron evaluados con el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). Las principales técnicas de ACT utilizadas fueron: exposición, fuerza de voluntad, mindfulness y la importancia del rol del lenguaje y como resultado se evidenció la reducción de los síntomas

presentados por los individuos mediante una reevaluación de síntomas asociados a la ansiedad y al estrés (2012, pp.772-785).

Estrés post traumático

El estudio de caso realizado por Twohig, detalla el caso de una mujer adulta de 43 años con estrés postraumático crónico y depresión mayor, en quien no se evidenció progreso con TCC y fue tratada con ACT durante 21 sesiones. A esta participante se le evaluó con varios instrumentos como: el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), el Inventario de Depresión de Beck (BDI), *PTSD Checklist - Civilian version (PCL-C)*, *Acceptance and Action Questionnaire* y *Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI)*; después de que se realizaron estas pruebas, se evidenció que la paciente tenía como diagnóstico estrés postraumático y trastorno de depresión mayor recurrente. Inicialmente, se trabajó en la sensación de invalidez, mediante el reconocimiento de experiencias significativas; luego, en la necesidad de control como un problema, ya que hay situaciones que no pueden ser controladas -esto se relacionaba mucho al miedo a la vulnerabilidad-; se utilizaron además técnicas de defusión cognitiva, aceptación, valores y “yo” como contexto.

En cuanto a los resultados, el autor reconoce que después del tratamiento, esta paciente mostró avances en comparación con sus anteriores experiencias en terapia. Por ejemplo, se evidenció mayor flexibilidad de pensamiento, por lo tanto mejor aceptación de sus pensamientos, emociones y de sí misma en el entorno. Además, el tema del control ya no era recurrente en su día a día, debido a que se logró implementar las técnicas de tolerancia al malestar y aceptación que contribuyen en la regulación emocional (2009, pp.243-252).

Anorexia nerviosa

Debido a que la ACT ha resultado efectiva en el tratamiento de la evitación de experiencias que causan malestar emocional y la falta de aceptación de emociones y

pensamientos negativos, Heffner, Sperry, Eifert y Detweiler presentan un caso de estudio de una adolescente de 15 años con un diagnóstico de anorexia nerviosa de tipo restrictivo, quien exitosamente adoptó técnicas y habilidades de la ACT. Al inicio del tratamiento la paciente medía 1.70 metros y pesaba 50 kilogramos, tenía un índice de masa corporal < 18 y su ciclo menstrual había desaparecido tres meses atrás. Se utilizaron seis técnicas principales de ACT que incluyeron: el tema del control como un problema, la desesperanza creativa, elegir un camino que vaya de acuerdo con los valores personales, “yo” como contexto”, tolerancia al malestar y un compromiso para actuar.

Al final del tratamiento, la adolescente pesaba 56 kilogramos y se observaron grandes resultados tanto a nivel emocional como físico, las técnicas implementadas para el tratamiento de la evitación de experiencias incómodas como ganar peso fueron implementadas con éxito, mediante el aumento de aceptación y la redirección de comportamiento mal adaptativo hacia uno más saludable de acuerdo con los valores. Un punto importante que resaltan los autores es que la insatisfacción por cómo la adolescente percibe su cuerpo no desapareció, pero ahora acepta de mejor manera las emociones y pensamientos que giran alrededor del tema (2002, pp.232-236).

Técnicas de la terapia de aceptación y compromiso enfocadas en el tratamiento del trastorno de adaptación con ánimo depresivo

Con respecto a libros y manuales que tienen información y técnicas sobre ACT, se encuentra gran variedad de resultados, por citar algunos ejemplares: *Acceptance and Commitment Therapy* de Steven Hayes, Kirk Strosahl y Kelly Wilson (2009); *Learning ACT: An Acceptance and Commitment Therapy Skills-Training Manual for Therapists* de Jason Luoma, Steven Hayes y Walser Robyn (2007); *ACT Verbatim for Depression and Anxiety* de Michael Twohig y Steven Hayes (2008); *Mindfulness and Acceptance: expanding the*

cognitive behavioral tradition de Steven Hayes, Victoria Follette y Marsha Linehan (2004); *The Mindfulness and Acceptance Workbook for anxiety* de John Forsyth y Georg Eifert (2008), entre otros. En estos textos se reúnen varias técnicas y habilidades que pueden ser aplicadas en terapia para diversos casos y trastornos. En este apartado se concentra la información sobre los seis temas que se consideran más importantes en esta propuesta de tratamiento de TAD mediante el uso de ACT.

Desesperanza creativa

En esta fase, León, Lahera y López aseguran que es importante permitirle al paciente explorar en eventos pasados que le han causado malestar emocional, para que reconozca la forma en la que afrontó dichas situaciones, incluso dejarle analizar cómo está manejando su situación actual (2014, p.730). Rey explica que, en esta fase muchas personas tienden a culpar a los síntomas (ansiedad, depresión, pensamientos obsesivos, compulsiones, etc.) por su actual condición, por lo tanto creen que mientras estos síntomas no desaparezcan no podrán mejorar. El objetivo de esta etapa para el paciente es comprender que, los síntomas internos van a permanecer y que la solución no implica que estos desaparezcan. Es así como se provoca un sentimiento de desesperanza en el individuo, pero esta resulta creativa ya que le motiva a cambiar el enfoque de sus dificultades y a tomar acción (2004, p.280).

El control como problema: Control vs Aceptación – Metáfora: La trampa china

Debido a que en la esperanza creativa se abordan temas de control, es necesario hablar de este y reconocerlo como problema y no como una solución. Harris, sostiene que el querer controlar pensamientos, emociones o situaciones consideradas negativas, hace que estos incrementen, por lo tanto produzcan mayor malestar emocional y evitación (2007, p.4). Una alternativa adaptativa frente al control es la aceptación, Heffner, Sperry, Eifert y Detweiler, utilizaron el ejercicio de *La trampa china* como una metáfora útil para explicar el principio

del control como un problema en un caso de anorexia y consiguieron un gran resultado (2002, p.234).

La trampa china es un juego rompecabezas que consiste en un pequeño tubo, que atrapa en cada extremo los dedos índices del jugador y la finalidad es encontrar la manera de liberarse de esta trampa. Mientras más tire el jugador por cada extremo, más se ajusta la trampa, la única solución es dejar de jalar hacia fuera y empujar hacia dentro. Esta metáfora es presentada verbalmente por el terapeuta, mientras el paciente experimenta en sesión esta trampa. Al finalizar la reflexión, idealmente, viene de parte del paciente, pero el terapeuta ayuda comentando que esa es la forma en la que funciona el control sobre las emociones, ya que mientras más intentas huir o controlar (jalar en la trampa) más te atrapa y más se ajusta, la única solución es hacer lo opuesto, es decir experimentar cómo se siente atender a estos pensamientos o emociones (empujar en la trampa) y es así como esta es la diferencia entre aceptar y controlar (Eifert y Heffner, 2003, p.300).

Defusión cognitiva

La defusión cognitiva es la habilidad de atender a los pensamientos, emociones y sensaciones propias de manera objetiva, es decir que estos no necesariamente son verdaderos o constituyen una percepción polarizada del individuo (2011, Barraca, p.51). Safran y Segal, proponían esta definición como el poder “dar un paso atrás” y no fusionarse con pensamientos negativos sobre uno mismo ante una situación que no es precisamente peligrosa o negativa (1990). El objetivo de esta técnica es la deslateralización que busca que la persona logre ver a sus pensamientos como pensamientos y no como hechos, para que pueda ser más flexible y menos crítico consigo mismo. Galí, sugiere que de la defusión cognitiva depende, en gran medida, la eficacia del mindfulness es por esta razón que este tema debe presentarse de manera clara al paciente (2017, pp.18-19). En este apartado, se le

puede pedir al individuo que en situaciones en las que detecte que está juzgándose, describa lo que está pasando, ya que esto le permitirá distanciarse de la crítica y mantener una postura más real. Otro punto importante es el lenguaje y cómo la persona lo maneja, es necesario comentar esto durante la sesión para brindar información al paciente de cómo no sobre identificarse con sus emociones y poner esto en palabras más reales como: en lugar de decir “soy depresivo” reconocer los sentimientos de tristeza que están presentes en ese momento.

Mindfulness o consciencia plena

En cada técnica aplicada en terapia es necesario explicarle al paciente qué significa y en qué consiste, es por esta razón que conocer lo que es mindfulness es el primer paso de esta fase. Bishop, et al sugieren que la consciencia plena implica un estado mental que se encuentra en el presente “aquí y ahora” que toma en cuenta a las sensaciones corporales, los pensamientos y las emociones que la persona está experimentando, y esta responde con aceptación, gentileza y curiosidad (2004, p. 232). Como complemento a la defusión cognitiva, se plantea el mindfulness como estrategia para la regulación emocional, ya que el individuo debe estar dispuesto a enfrentar el momento que le causa malestar y aceptarlo con amabilidad, y al mismo tiempo emplear técnicas de respiración o relajación que promuevan la flexibilidad mental.

Las técnicas de relajación y respiración deben ser enseñadas antes de pasar a la etapa de exposición, debido a que el terapeuta “prepara” al paciente para experimentar situaciones que le causan malestar emocional. Por lo tanto se plantean dos estrategias que son: la relajación muscular progresiva de Jacobson y la respiración profunda. La primera consiste en tres etapas que son: 1.- Tensión-relajación y consiste en tensionar para luego relajar diferentes músculos en el cuerpo, esto se puede realizar en intervalos de 10 a 15 segundos. 2.- Revisión mental, que atiende a comprobar cómo se fueron relajando los músculos de manera

progresiva y 3.- Relajación mental, en este último paso la mente identifica cómo la sensación de alivio recorre todo el músculo relajado y se extiende a otras áreas, en este paso se puede invitar a la persona a pensar en un espacio agradable y pedirle que permanezca ahí un par de minutos (Relajación progresiva de Jacobson, s/f, pp.1-3).

La respiración profunda se establece como otro ejercicio de relajación y regulación, existen diversas formas de realizar este ejercicio lo importante es encontrar una manera que resulte útil para el individuo; así que en este punto se pueden explorar opciones y experiencias de cada persona y hacer preguntas como: ¿qué es lo que a ti te ha servido para calmarte? o ¿conoces algún tipo de ejercicio de respiración?, en el caso de la que respuesta sea un “no” se le alienta a seguir en sesión los siguientes pasos: 1.- Encuentra una posición cómoda en la que puedas permanecer algunos minutos, si prefieres cierra tus ojos, 2.- Dirige tu atención a lo que pasa en tu cuerpo, ¿cómo se siente tu pulso, ¿cómo se siente estar sentado en aquel lugar, ¿qué escuchas?, ¿qué textura sienten tus manos?, ¿hay algún olor?, etc. 3.- Inhala profundamente, retén el aire y suéltalo lentamente, 4.- Repite estas respiraciones tres o cuatro veces, 5.- Disfruta el momento, si te distraes no te juzgues acepta esta distracción y luego regresa a la respiración y 6.- Lentamente abre tus ojos si los cerraste, mueve poco a poco tus dedos, luego las manos, los brazos y al final tu cuerpo. Es necesario animar al paciente a hacerlo en casa al menos un par de minutos al día, para así fomentar un hábito de relajación (Ruiz, 2016, pp.487-501).

La consciencia plena también se puede utilizar en situaciones de estrés, en las cuales no se puede realizar ejercicios profundos de respiración. El mindfulness no implica necesariamente hacer meditación, ya que se lo puede practicar en situaciones de la vida diaria como: comer, hacer fila en el banco, esperar por un turno, etc. Si la persona se centra en su

experiencia, la acepta y experimenta conscientemente ya está practicando mindfulness (2016, Gunatillake, p.127).

Establecer un plan de acción de acuerdo con los valores personales

Uno de los objetivos de la terapia en el tratamiento del TAD o de cualquier otro trastorno, es establecer un plan de acción con técnicas y habilidades que son adquiridas durante las sesiones, para que el paciente logre enfrentar y sobrellevar las situaciones que le están causando malestar y disfunción. Lo que es necesario es que la persona se comprometa con el plan de acción y que este vaya de acuerdo con lo que valora y quiere alcanzar, por lo que la ACT sugiere que la forma de actuar de cada individuo debe ir en armonía con lo que considera importante. Heffner y colaboradores consideran que explorar en las motivaciones de las personas ayuda a obtener información sobre lo que cada una cree significativo y para esto proponen un ejercicio que se llama *Values Worksheet* que es una adaptación del cuestionario de Kelly Wilson sobre la vida valiosa (2002, p.234).

Por lo tanto, si una persona que experimenta sentimientos de culpa y tristeza por no querer enfrentarse a la universidad, sin embargo su educación y futura profesión son lo que más valora, se comprende que se debe explorar en esta situación para hacer el plan de exposición enfocado en este aspecto valioso. Por esto es tan importante que el siguiente paso sea la exposición, ya que en este punto del tratamiento el individuo ha obtenido herramientas que le ayudarán a enfrentarse a lo que le causa malestar pero considera importante en su vida.

Exposición – Metáfora: El hombre en el agujero

El último paso en esta propuesta de tratamiento es la exposición, la duración de esta dependerá de la severidad de cada caso; antes de la exposición completa es necesario realizar tareas de desensibilización y exposición gradual, que consisten en enfrentarse a situaciones hipotéticas como ¿qué pasaría en el peor de los casos? o ¿qué harías en esta situación?, hasta

escalar a la experiencia completamente. Se presenta también la metáfora de *El hombre en el agujero*. En este punto se recomienda el uso de un registro para el seguimiento de la exposición, para que el paciente pueda ver su progreso y cómo ha ido superando ciertas dificultades como la aparición de sentimientos y emociones catalogadas como negativas, de igual manera si no logra avanzar, explorar en qué es lo que está causando esta reacción. Eifert y Heffner resaltan la importancia de motivar al paciente para que utilice en su día a día las técnicas y habilidades desarrolladas durante el tratamiento para así aceptar las situaciones, ser menos crítico durante el proceso y evitar comportamientos de seguridad (2003, pp.307-308).

El hombre en el agujero es una metáfora que se utiliza para animar a la persona a dar el primer paso en la exposición, esta es presentada por el terapeuta quien plantea la siguiente situación “Un hombre se encuentra caminando por un campo y lleva consigo una bolsa con algunas herramientas, de pronto cae en un agujero y al explorar en su bolsa y encuentra una pala, entonces comienza a cavar, con el paso del tiempo se da cuenta que cavar resulta contraproducente, ya que ahora el hoyo es más grande” (Varra, Drossel y Hayes, pp.111-123) en este punto se deben realizar preguntas al paciente como ¿qué podría hacer? El fin es que se puedan explorar opciones para salir del agujero y volver a plantear la siguiente situación “imagina que en esa bolsa de herramientas hay una escalera, ¿qué podría hacer el sujeto?” aquí se va dirigiendo al individuo a entender a la evitación como la pala y a la escalera como la exposición con la aplicación de las técnicas de mindfulness y relajación, debido a que la única forma de salir de un acontecimiento es afrontándolo, ya que si se la evita lo único que genera esto es estancamiento.

METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Diseño y justificación de la metodología seleccionada

La metodología propuesta para responder la pregunta de investigación ¿Cómo y hasta qué punto la terapia de aceptación y compromiso contribuye en la reducción de síntomas del trastorno de adaptación con ánimo depresivo en estudiantes universitarios entre 18 y 25 años?, es el modelo cuantitativo experimental, con un grupo de control que recibirá el tratamiento estándar (Terapia Cognitivo Conductual) y un grupo de experimento que tomará la Terapia de Aceptación y Compromiso. Se escogió esta metodología debido a que, como explican Hernández, Fernández y Baptista, el método cuantitativo utiliza la recolección de datos con base en el análisis estadístico y medición numérica, que permiten establecer pautas, probar hipótesis y extraer conclusiones de manera objetiva (2014, p.4).

Participantes

Los participantes en este caso serán estudiantes universitarios entre 18 y 25 años, que se presenten en el departamento de consejería estudiantil de la universidad y se les recomiende acudir a terapia. Una vez realizada la evaluación, aquellos que reciban un diagnóstico de un trastorno de adaptación con ánimo depresivo formarán parte de la lista destinada al desarrollo de este programa. En el caso de que haya personas que lleguen a consulta con un diagnóstico previo, se les volverá a hacer una evaluación tomando en cuenta los criterios diagnósticos del DSM V. La muestra será de 24 estudiantes con un diagnóstico de TAD, previamente evaluados con las herramientas descritas en la sección de Herramientas de investigación (ANEXO C). Los 24 individuos serán divididos en dos grupos de 12, debido a que el grupo control recibirá la terapia estándar administrada en la clínica y el grupo experimental tendrá terapia de aceptación y compromiso; ambos grupos recibirán doce sesiones de 50 minutos, una vez a la semana.

Herramientas de investigación utilizadas

Laal y Mackinnon, aseguran que la mejor manera de cumplir el procedimiento para el diagnóstico de un TA es iniciar con la entrevista clínica y durante la misma realizar una lista de verificación de síntomas según los criterios de evaluación del DSM V, para así poder recopilar información sobre los estresores, su curso y el impacto en la vida del individuo (2017, párr.4). Tomando en cuenta esta sugerencia, en esta investigación se propone el uso de cuatro herramientas para hacer el proceso de diagnóstico y la evaluación de los pacientes.

En primer lugar, se aplicará el *Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure* en español (CORE-OM) que es un instrumento que consta de 34 ítems y valora el estado actual de la persona mediante cuatro dimensiones que son: Bienestar Subjetivo, Problemas/Síntomas, Funcionamiento General y Riesgo. Mediante esta prueba y sus dimensiones se podrán evaluar síntomas relacionados al bienestar o malestar emocional como depresión, ansiedad, estrés y somatización, adicionalmente brinda un breve vistazo al nivel de funcionamiento cotidiano y niveles de agresividad, autolesión o intentos de suicidio. Este cuestionario será utilizado además post tratamiento, ya que ayudará a verificar si la puntuación de las dimensiones medidas se mantiene o disminuye con la terapia.

En segundo lugar, se realizará la entrevista clínica para recolectar datos importantes del paciente sobre enfermedades psiquiátricas, uso de sustancias, intentos de suicidio, historial médico personal y familiar, tratamiento farmacológico, etc. La entrevista inicial como explican Maganto y Cruz tiene varios objetivos, entre los más importantes se encuentran el establecer un clima seguro para que el paciente se pueda comunicar libremente, obtener información significativa sobre el pasado, presente y aspiraciones del individuo, conocer métodos de afrontamiento utilizados en situaciones similares (si es que las hubiera), averiguar sobre la red de apoyo, entre otros (2003, p.9).

En tercer lugar, realiza una lista de verificación de los criterios de diagnóstico del DSM V para el TA y la especificación debe ser con estado de ánimo deprimido. Finalmente, se aplica el *Acceptance and Action Questionnaire* en español (AAQ) para evaluar la evitación experiencial y el nivel de aceptación y flexibilidad psicológica, dos de los temas centrales en la ACT. Este cuestionario al igual que el CORE-OM es auto aplicable de tipo Likert, lo cual ayuda a los pacientes a reconocer la frecuencia de comportamientos disfuncionales y será tomado nuevamente post tratamiento para comprobar la reducción de síntomas del TAD (Barraca, 2004, pp.505-515).

Procedimiento de recolección y análisis de datos

Para iniciar, se contactará a la clínica de salud mental para revisar la lista de personas que se les haya dado un diagnóstico de TAD, y que cumplan con los requisitos de edad (entre 18 a 25 años) y ser estudiante en cualquier universidad sin importar su género o año académico que se encuentre cursando. A estas personas se les contactará para informarles sobre el estudio y se les enviará una invitación vía correo electrónico para participar. (ANEXO A) una vez aceptada la invitación y recolectada la muestra completa, se realizará una reunión grupal con los participantes para entregarles el consentimiento informado (ANEXO B) y resolver dudas sobre el mismo o el procedimiento en general.

La muestra será dividida aleatoriamente en grupos de 12 personas, cada participante recibirá 50 minutos de terapia ACT o TCC según su conjunto una vez por semana, por terapeutas graduados y entrenados en cada enfoque. Durante los tres meses de investigación se emplearán cámaras de video equipadas con micrófonos, para documentar todo el procedimiento y supervisar que se aborden los temas más característicos en TCC y los planteados en esta propuesta sobre ACT. Cada tema será tratado en una o dos sesiones como máximo, para garantizar el abordaje del protocolo completo. Una vez completado el

tratamiento en ambos grupos, se volverá a aplicar las evaluaciones iniciales excepto la entrevista clínica, es decir se emplearán los cuestionarios CORE-OM y AAQ, la lista de verificación de criterios para el diagnóstico de TAD será evaluado brevemente si los síntomas persisten en los participantes.

Consideraciones éticas

La ética es uno de los componentes más importantes de esta propuesta de investigación, ya que como explica Richaud, de la misma dependen la cooperación de los participantes, los resultados válidos y el apoyo de las instituciones involucradas (2007, p.6). Al implicar a seres humanos en este estudio, se deben tener en cuenta tanto algunas consideraciones éticas y sus derechos, debido a que son mayores de edad (18 a 25 años) no es necesaria la participación de un representante legal. Como se explicó antes, en una primera reunión, se les entregará a los participantes un consentimiento informado con toda la información pertinente a la investigación, cada documento será firmado por el participante, el terapeuta y la persona encargada de la supervisión del tratamiento, o sea la investigadora. (ANEXO B). Es necesario mencionar que la participación es voluntaria y el participante puede abandonar el estudio cuando desee.

RESULTADOS ESPERADOS

De acuerdo con la información recolectada en la revisión de literatura se espera que, conforme a la investigación que existe sobre la ACT en diversos trastornos o tratamientos, los síntomas del TAD desaparezcan o disminuyan en su mayoría. Entre las metas que se busca alcanzar están reducir la evitación experiencial, aumentar la flexibilidad psicológica, establecer objetivos terapéuticos en base a los valores, enseñar técnicas de relajación y respiración que contribuyan en el proceso de afrontamiento y exposición. A continuación, se describen algunos resultados de investigaciones realizadas y se espera que haya una similitud en los resultados de la implementación de esta propuesta.

Con respecto a esto, Ferro expone un caso de investigación de un estudiante universitario de 20 años, al que llama Miguel, con un historial académico excelente. El hermano mayor tenía un diagnóstico de esquizofrenia paranoide y tuvo su primera crisis en el primer año de universidad. Para Miguel hasta entonces todo había estado bajo control, pero desde hace 4 meses, no podía concentrarse en la universidad y mostraba conductas de evitación y escape, debido al temor que sentía al pensar en qué dirían los profesores o sus compañeros sobre él, temía que le pase lo que le había ocurrido a su hermano “volverse loco”, había dejado de ir a clases y rendir exámenes. Después de 17 sesiones de ACT se consiguió modificar el comportamiento de Miguel siguiendo el plan que él se había planteado al entrar a la universidad, tomando a los valores como motivación para conseguir objetivos a corto plazo y plantear nuevas metas a largo plazo. Se consiguió que retome la universidad y las salidas con sus amigos, dejó de aislarse y se redujo su rigidez mental sobre “volverse loco” como su hermano. Según el paciente, este tratamiento le ayudó además de poder enfrentar a esta situación de desajuste a conocerse y a comprender sus emociones y

reacciones. En este caso se realizó un seguimiento de un año de duración y no se observó la reaparición de síntomas (2000, pp.445-450).

En esta propuesta se esperan resultados similares a los del caso presentado, con relación a la evitación experiencial en estudiantes universitarios, además como se vio en el apartado “Algunos trastornos en los que se ha utilizado la terapia de aceptación y compromiso y su resultado terapéutico” a ser la ACT efectiva en casos de depresión, ansiedad, estrés post traumático y anorexia, se considera que se puede esperar los mismos efectos en el TAD, teniendo como consecuencia que los individuos puedan sobrellevar el diagnóstico de una manera más consciente, con la utilización de técnicas y habilidades aprendidas en terapia. Finalmente se espera que puedan trasladar este conocimiento a situaciones futuras que provoquen malestar emocional y así poder superarlas teniendo en cuenta lo que es importante para cada uno de ellos y estableciendo un plan de acción efectivo.

DISCUSIÓN

Conclusiones

Como conclusiones se obtiene que los TA como mencionan Strain y Diefenbacher, no son muy estudiados a diferencia de otros desórdenes, por lo que la comunidad de especialistas en salud mental está poco preparada para tratar estos trastornos que, aunque se consideran pasajeros, son importantes ya que pueden llegar a desencadenar enfermedades físicas y mentales crónicas (2008, p.128). Por otro lado, el avance de la investigación en formas de terapia psicológica ha permitido que se considere a la ACT como una de las terapias más completas de la tercera generación, debido a que sus bases vienen desde la filosofía funcional, abordando teorías como la del lenguaje y las cogniciones (Luciano y Sonsoles, 2006, p.79).

Tomando en cuenta estas consideraciones, en esta propuesta de investigación se plantea una hipótesis que expone que la terapia de aceptación y compromiso es un tratamiento efectivo frente al TAD en universitarios entre 18 a 25 años. Empleando técnicas como la desesperanza creativa, aceptación, defusión cognitiva, mindfulness, establecimiento de metas de acuerdo con los valores y exposición, se esperan algunos objetivos esenciales en el afrontamiento de este trastorno descritos previamente en el capítulo de “Resultados esperados” todos estos avances contribuyen en el bienestar del individuo tanto en lo personal como académico.

Limitaciones del estudio

La principal limitación de este estudio se da debido a que no existe información sobre los trastornos de adaptación y sus subtipos en el Ecuador, el Ministerio de Salud Pública ofrece una guía de atención primaria y protocolos de evaluación y tratamiento para trastornos como la depresión, ansiedad, adicciones, trastornos del espectro autista, entre otros (2005, pp.

1-77) por lo que esta investigación está basada en la implementación de proyectos y literatura de otros países. Por otro lado, tampoco hay evidencia en poblaciones específicas como estudiantes universitarios con TA; aunque se encuentran casos de estudio, estos no tienen una muestra significativa y por esta razón el impacto de la investigación no es mayor.

También se hallan limitaciones en relación con la muestra, en primer lugar la edad de los participantes, ya que se toma en cuenta únicamente a participantes entre 18 y 25 años, esto deja de lado a aquellos estudiantes que no cumplen con esta regla pero tienen un TAD y pueden obtener el tratamiento de esta propuesta, luego se está el número de participantes, ya que son únicamente 24 personas y se han encontrado estudios con grupos más grandes. Finalmente, no se suma a los requisitos el pertenecer a cierta clase socioeconómica, por lo que los recursos de cada paciente para asistir a la terapia podrían variar y limitar su movilización y asistencia a la misma.

Recomendaciones para futuros estudios

Para futuras investigaciones y proyectos, se anima a la investigación del trastorno de adaptación y sus subtipos, en rangos de edades específicas y poblaciones diversas en el Ecuador, para así poder desarrollar y fortalecer prácticas clínicas empíricas y adaptarlas a las necesidades tanto del desarrollo como individuales de cada paciente. Se sugiere el trabajo interdisciplinario en el tratamiento del trastorno de adaptación con ánimo depresivo, para lograr una atención integral que aborde tanto la salud física como mental y el compromiso comunitario y de autoridades académicas para incrementar recursos de afrontamiento y establecer redes de apoyo.

REFERENCIAS

- Andreu, S. (2011). *Un protocolo de tratamiento psicológico para los trastornos adaptativos apoyado por un sistema de realidad virtual: análisis de su eficacia a través de un estudio controlado*. (Tesis Doctoral. Universitat Jaume I. Castellón, España)
- Arch, J., Espejo, E., Keller, M. y Langer, D. (2009). Acceptance and Commitment Therapy for Anxiety Disorders: Three Case Studies Exemplifying a Unified Treatment Protocol. *Cognitive Behavioral Practice, 16*, pp. 368-385.
- Baños, R.M., Guillen, V., Botella, C., García, A., Jorquera, M. y Quero, S. (2008). Un programa de tratamiento para los trastornos adaptativos. Un estudio de caso. *Apuntes de Psicología, 26*(2), pp.303-316.
- Barraca, J. (2011). ¿Aceptación o control mental? Terapias de aceptación y mindfulness frente a las técnicas cognitivo-conductuales para la eliminación de pensamientos intrusos. *Miscelánea Comillas, 49*, pp. 43-63.
- Barraca, J. (2007). La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, aplicación en el contexto clínico y áreas de desarrollo. *Miscelánea Comillas, 65*(127), pp.761-781.
- Barraca, J. (2004). Spanish Adaptation of the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ). *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 4*(3), pp. 505-515.
- Barraza, P. (2011). Evaluación e intervención psicológica en un caso de trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo en una mujer con recidiva en cáncer de mama. *Psicooncología, 1*(1), pp. 165-178.
- Batlle, S. (2007-2009). *Trastornos de adaptación*. (Tesis de Maestría. Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona, España)

- Belchi, I., Vilardaga, R. y Bados, A. (2002). Tratamiento cognitivo-conductual de una persona con trastorno adaptativo en espera de un trasplante de pulmones. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiátrica de Enlace*, 62, pp.43-50.
- Ben-Itzhak, S., Bluvstein, I., Schreibe, S., Aharonov, I., Maor, M., Lipnik, R. y Bloch, M. (2012). The Effectiveness of Brief Versus Intermediate Duration Psychodynamic Psychotherapy in the Treatment of Adjustment Disorder. *Springer*, 42, pp.249-256.
- Bishop, S., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N., Carmody, J., Segal, Z., Abbey, S., Speca, M., Velting, D. y Devins, G. (2004). Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), pp. 230-241.
- Carta, M., Balestrieri, M., Murru, A. y Hardoy, M. (2009). Adjustment Disorder: epidemiology, diagnosis and treatment. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 5, pp.1-15.
- Casey, P. y Bailey, S. (2011). Adjustment disorders: the state of the art. *World Psychiatry*, 10, pp. 10-18.
- Casey, P. (2009). Adjustment disorder: epidemiology, diagnosis and treatment. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 15(5), pp. 927-938.
- Dewane, C. (2008). The ABCs of ACT – Acceptance and Commitment Therapy. *Social Work Today*, 8(5), p.34.
- Doherty, A., Jabbar, F., Kelly, B. y Casey, P. (2014). Distinguishing between adjustment disorder and depressive episode in clinical practice: The role of personality disorder. *Journal of Affective Disorders*, 168, pp.78-85.
- Eifert, G. y Heffner, M. (2003). The effects of acceptance versus control contexts on avoidance of panic-related symptoms. *Elsevier*, 34, pp.293-312.

- Ferro, R. (2000). Aplicación de la terapia de aceptación y compromiso en un ejemplo de evitación experiencial. *Psicothema*, 12(3), pp. 445-450.
- Forman, E., Herbert, J., Moitra, E., Yeomans, P. y Geller, P. (2012). A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy and Cognitive Therapy for Anxiety and Depression. *Behavior Modification*, 31(6), pp.772-799.
- Forsyth, J., y Eifert, G. (2008). *The mindfulness and acceptance workbook for anxiety: A guide to breaking free to anxiety, phobias and worry with acceptance and commitment therapy*. Oakland: New Harbinger.
- Galí, A. (2017). *Defusión, Mindfulness y Valores Personales*. (Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona, España)
- Gunatillake, R. (2016). *Mindfulness para llevar*. Manero, L. (Trad). Madrid: Maeva Ediciones.
- Harris, R. (2007). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Introductory Workshop Handout.
- Hayes, S. (1987). A contextual approach to therapeutic change. *Psychotherapists in clinical practice: Cognitive and behavioral perspectives*, pp. 327-387.
- Hayes, S., Follette, V. y Linehan, M. (Eds.). (2004) *Mindfulness and Acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition*. New York: The Guilford Press.
- Hayes, S., Gifford, E. y Hayes, J. (1998). Moral behavior and the development of verbal regulation. *The Behavior Analyst*, 21, pp.253-279.
- Hayes, S., Strosahl, K. y Wilson, K (2009). *Acceptance and commitment therapy*. American Psychological Association.

- Hayes, S., Strosahl, K. D. y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy. An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S., Strosahl, K.D., Willson, K., Bisset, R., Pistorello, J., Toarmino, D., et al. (2004). A preliminary trial of twelve-step facilitation, acceptance, and commitment therapy with polysubstance-abusing methadone-maintained opiate addict. *Behavior Therapy*, 35, pp. 157-159.
- Hayes, S., Pistorello, J. y Levin, M. (2012). Acceptance and Commitment Therapy as a Unified Model of Behavior Change. *The Counseling Psychologist*, 40(7), pp.976-1002.
- Hayes, S. y Twohig, M. (2008). *ACT Verbatim for Depression and Anxiety: Annotated transcripts for learning acceptance and commitment therapy*. Oakland: New Harbinger.
- Heffner, M., Sperry, J., Eifert, G. y Detweiler, M. (2002). Acceptance and Commitment Therapy in the Treatment of an Adolescent Female with Anorexia Nervosa: A Case Example. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, pp. 232-236.
- Hofmann, S., Asnaani, A., Vonk, I., Sawyer, A. y Fang, A. (2012)- The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Springer Science*, 36, pp.427-440.
- Karlin, B., Walser, R., Yesavage, J., Zhang, A., Trockel, M. y Taylor, C. (2013). Effectiveness of acceptance and commitment therapy for depression: Comparison among older and younger veterans. *Aging & Mental Health*, 17(5), pp. 555-563.
- Laal, R. y Mackinnon, D. (2017). Adjustment Disorder. *Johns Hopkins Psychiatry Guide*.
- Leichsenring, F. y Leibing, E. (2007). Psychodynamic psychotherapy: A systematic review of techniques, indications and empirical evidence. *The British Psychological Society*, 80, pp. 217-228.

- León, L., Lahera, G. y López, F. (2014). Terapia de Aceptación y Compromiso en el tratamiento del Trastorno Obsesivo-Compulsivo. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34(124), pp. 725-740.
- Luciano, C. (2016). Evolución de ACT. *Análisis y Modificación de Conducta*, 42, pp.3-14.
- Luciano, M. y Sonsoles, M. (2006). Terapia de Aceptación compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del psicólogo*, 27(2), pp.79-91.
- Luoma, J., Hayes, S. y Walser, R. (2007). *Learning ACT: An Acceptance and Commitment Therapy Skills-Training Manual for Therapists*. Oakland: New Harbinger.
- Maganto, C. y Cruz, S. (2003). *La entrevista psicológica*. Canal UNED.
- Markowitz, J. y Weissman, M. (2012). Interpersonal Psychotherapy: Past, Present and Future. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 99, pp.99-105.
- Markowitz, J., Kocsis, J., Fishman, B., Spielman, L., Jacobsberg, L., Frances, A., Klerman, G. y Perry, S. (1998). Treatment of Depressive Symptoms in Human Immunodeficiency Virus-Positive Patients. *Archives of General Psychiatry*, 55, pp.452-257.
- Ministerio de Educación y Ciencia. (s/f). *Relajación Progresiva de Jacobson. Programa auto aplicado para el control de la ansiedad durante los exámenes*. España: Ministerio de Educación y Ciencia.
- Ministerio de Salud Pública. (2005). *Manual de Atención Primaria en Salud Mental*. Ecuador: Ministerio de Salud Pública.
- Organización Mundial de la salud. (04/2017). *Trastornos mentales: datos y cifras*. Organización Mundial de la salud.
- Peterson, T. (24/10/2018). Adjustment Disorder with Depressed Mood. *Healthy Place*.

- Quero, S., Andreu, S., Moragrega, I., Baños, R.M., Molés, M., Nebot, M. y Botella, C. (2017). Un programa cognitivo-conductual que utiliza la realidad virtual para el tratamiento de los trastornos adaptativos: una serie de casos. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16(1), pp. 5-16.
- Rey, C. (2004). La terapia de aceptación y compromiso (ACT): Sus aplicaciones y principales fundamentos conceptuales, teóricos y metodológicos. *Suma Psicología*, 11(2), pp. 267-284.
- Richardson, R. y Nakata, Y. (2015). Adjustment Disorder: History and Future. Kansai University Institutional Repository. Pp. 23-29.
- Richaud, M. (2007). La ética en la investigación psicológica. *Enfoques*, 5(18), pp. 5-18.
- Rodgers L. y Tennison, L. (06/2009). A Preliminary Assessment of Adjustment Disorder among First-Year College Students. *Archives of Psychiatric Nursing*, 23(3), pp.220-230.
- Ruiz, F. (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(1), pp.125-162.
- Ruiz, P. (2016). *Mindfulness en niños y adolescentes*. Madrid: Lua Ediciones.
- Seligman, M. (2003). Positive psychology: Fundamental assumptions, *The Psychologist*, 16, pp. 126-127.
- Seligman, M., Ernst, R., Gillham, J., Reivich, K. y Linkins, M. (2009). Positive education: positive psychology and classroom interventions. *Oxford Review of Education*, 35(3), pp.293-311

- Strain, J. y Diefenbacher, A. (2008). The adjustment disorders: the conundrums of the diagnoses. *Comprehensive Psychiatry*, 49, pp.121-130.
- Stricklin, E. y Schneider, B. (2005). Ann: A case study. *Sage Publications*, 4(4), pp.315-328.
- Twohig, M. (2009). Acceptance and Commitment Therapy for treatment-Resistant Posttraumatic Stress Disorder: A case Study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16, pp.243-252.
- Van der Klink, J., Blonk, R., Schene, A. y Van Dijk, F. (2003). Reducing long-term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders: a cluster randomised controlled design. *Institute for Occupational and Enviromental Health*, 60, pp.429-437.
- Varra, A., Drossel, C. y Hayes, S. (2009). The Use of Metaphor to Establish Acceptance and Mindfulness. *Clinical Handbook of Mindfulness*. New York: Springer.
- Wiggs, K. y Drake, C. (2016). Building Psychological Flexibility to Mitigate Adjustment Disorder: Assessin Treatment Progress with a Measure of Treatment Processes. *SAGE*, 15(1), pp.18-34.
- Zelviene, P. y Kazlauskas, E. (2018). Adjustment disorder: current perspectives. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 14, pp. 375-381.
- Zettle, R. (2014). *Acceptance and Commitment Therapy for Depression*. Wichita State University.
- Zettle, R., Rains, C. y Hayes, C. (2011). Processes of Change in Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Therapy for Depression: A Mediation Reanalysis of Zettle and Rains. *Behavior Modification*, 35(3), pp.265-283.

ANEXO A: CARTA PARA RECLUTAMIENTO DE PARTICIPANTES

Estimado/a estudiante,

La presente carta tiene como objetivo realizarle una invitación a la investigación que será llevada a cabo en la clínica de salud mental, este estudio está enfocado en estudiantes universitarios entre 18 y 25 años que presenten un trastorno de adaptación de tipo depresivo. La clínica de salud mental nos ha facilitado su contacto y es preciso comunicarle que toda la información que sea ofrecida durante el proceso es totalmente confidencial y únicamente será utilizada bajo parámetros de éticos con fines educativos y de investigación.

Si tiene alguna duda o le gustaría recibir más información sobre esta investigación, no dude en contactarnos a esta dirección de correo electrónico o a los teléfonos de la clínica.

Saludos cordiales,

Nicole Vaca

ANEXO B: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos
Universidad San Francisco de Quito
 El Comité de Revisión Institucional de la USFQ
 The Institutional Review Board of the USFQ

Formulario Consentimiento Informado

Título de la investigación: Terapia de aceptación y compromiso para el trastorno de adaptación con ánimo depresivo en estudiantes universitarios entre 18 y 25 años.

Organización del investigador: Universidad San Francisco de Quito.

Nombre del investigador principal: Nicole Elizabeth Vaca Gavilanes.

Datos de localización del investigador principal: nvacag@stud.usfq.edu.ec.

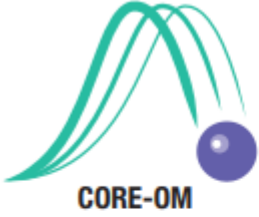
Coinvestigadores: No aplica.

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO
Introducción
Este formulario incluye un resumen del propósito de este estudio. Usted puede hacer todas las preguntas que quiera para entender claramente su participación y despejar sus dudas. Para participar puede tomarse el tiempo que necesite para consultar con su familia y/o amigos si desea participar o no. Usted ha sido invitado a participar en una investigación sobre la eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso en estudiantes universitarios entre 18 a 25 años con un Trastorno de Adaptación de tipo Depresivo porque cumple con los requisitos para esta investigación.
Propósito del estudio
El propósito de este estudio es comprobar la eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso en estudiantes universitarios entre 18 a 25 años con un Trastorno de Adaptación de tipo Depresivo. La muestra será de 24 estudiantes sin importar su género.
Descripción de los procedimientos
La muestra de 24 estudiantes será dividida aleatoriamente en dos grupos de doce personas, el primer grupo (grupo control) recibirá la terapia estándar de la clínica, mientras que el segundo grupo (grupo experimental) recibirá Terapia de Aceptación y Compromiso. Ambos grupos serán evaluados con las mismas herramientas pre y post tratamiento. Cada individuo de ambos grupos recibirá 50 minutos de terapia, durante 12 sesiones.

Riesgos y beneficios	
No existen riesgos físicos o emocionales a corto o largo plazo. Entre algunos beneficios se encuentran el poder enfrentar situaciones que están siendo evitadas debido al trastorno de adaptación de tipo depresivo, adquirir técnicas y habilidades que permitan mayor flexibilidad psicológica y mayor tolerancia emocional. A nivel individual y comunitario se podrá evidenciar en el desempeño de la persona y a nivel educativo se comprobará con el desempeño académico.	
Confidencialidad de los datos	
Para nosotros es muy importante mantener su privacidad, por lo cual aplicaremos las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad ni tenga acceso a sus datos personales: 1) La información que nos proporcione se identificará con un código que reemplazará su nombre y se guardará en un lugar seguro donde solo el investigador tendrá acceso. 2) Su nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones. 3) El Comité de Bioética de la USFQ podrá tener acceso a sus datos en caso de que surgieran problemas en cuando a la seguridad y confidencialidad de la información o de la ética en el estudio.	
Derechos y opciones del participante	
Usted puede decidir no participar y si decide no participar solo debe decírselo al investigador principal. Además, aunque decida participar puede retirarse del estudio cuando lo desee. Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.	
Información de contacto	
Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0984128754 que pertenece a Nicole Vaca, o envíe un correo electrónico a nvacag@estud.usfq.edu.ec	
Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. Iván Sisa, presidente del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la USFQ, al siguiente correo electrónico: comitebioetica@usfq.edu.ec	
Consentimiento informado <i>(Es responsabilidad del investigador verificar que los participantes tengan un nivel de comprensión lectora adecuado para entender este documento. En caso de que no lo tuvieran el documento debe ser leído y explicado frente a un testigo, que corroborará con su firma que lo que se dice de manera oral es lo mismo que dice el documento escrito)</i>	
Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.	
Firma del participante	Fecha
Firma del testigo <i>(si aplica)</i>	Fecha
Nombre del investigador que obtiene el consentimiento informado	
Firma del investigador	Fecha

ANEXO C: HERRAMIENTAS PARA LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN

CORE – OM para hombres



Código del centro:

Código del cliente

Nombre o código del psicoterapeuta

Fecha

A A A A M M D D

Edad

Hombre

Mujer

Fase actual

S Selección

R Derivación

A Evaluación

F Primera sesión de terapia

P Pre-terapia

D Durante terapia

L Última sesión de terapia

X Seguimiento 1

Y Seguimiento 2

Episodio de terapia

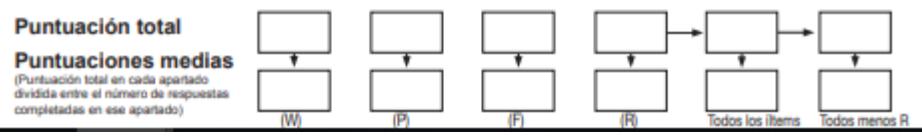
IMPORTANTE. POR FAVOR LEA ESTO ANTES DE EMPEZAR EL TEST.
 A continuación encontrará 34 frases. Lea cada frase y piense con qué frecuencia usted se ha sentido así **durante los últimos siete días.**
 Después marque la casilla que mejor lo refleje.

Durante los últimos siete días...	Nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre o casi siempre	Indeterminado
1 Me he sentido muy solo y aislado	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
2 Me he sentido tenso, ansioso o nervioso	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
3 He sentido que tenía a alguien en quien apoyarme cuando lo he necesitado	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
4 Me he sentido bien conmigo mismo	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> W
5 Me he sentido totalmente sin energía ni entusiasmo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
6 He sido violento físicamente hacia los demás	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
7 Me he sentido capaz de afrontar las cosas cuando han ido mal	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
8 He tenido molestias, dolores y otros problemas físicos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
9 He pensado en hacerme daño a mí mismo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
10 Me ha costado mucho hablar con la gente	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
11 La tensión y la ansiedad me han impedido hacer cosas importantes	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
12 Me he sentido satisfecho con las cosas que he hecho	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
13 Me han inquietado pensamientos y sentimientos no deseados	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
14 He tenido ganas de llorar	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> W

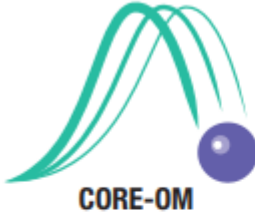
Durante los últimos siete días...

	Nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre o casi siempre	NO RESPONDO
15 He sentido pánico o terror	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
16 He hecho planes para acabar con mi vida	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
17 Me he sentido agobiado por mis problemas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> W
18 He tenido dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
19 He sentido afecto o cariño por alguien	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
20 Me ha sido imposible dejar a un lado mis problemas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
21 He sido capaz de hacer la mayoría de las cosas que tenía que hacer	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
22 He amenazado o intimidado a otra persona	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
23 Me he sentido desesperado o sin esperanza	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
24 He pensado que sería mejor que estuviera muerto	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
25 Me he sentido criticado por los demás	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
26 He pensado que no tengo amigos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
27 Me he sentido infeliz	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
28 Me han angustiado imágenes o recuerdos no deseados	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
29 Me he sentido irritable cuando estaba con otras personas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
30 He pensado que yo tengo la culpa de mis problemas y dificultades	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
31 Me he sentido optimista sobre mi futuro	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> W
32 He conseguido las cosas que quería	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
33 Me he sentido humillado o avergonzado por otras personas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
34 Me he hecho daño físicamente o he puesto en peligro mi salud	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R

GRACIAS POR COMPLETAR ESTE CUESTIONARIO



CORE – OM para mujeres



Código del centro:

Código del cliente

Nombre o código del psicoterapeuta

Fecha

A A A A M M D D

Edad

Mujer
Hombre

Fase actual
S Selección
R Derivación
A Evaluación
F Primera sesión de terapia
P Pre-terapia
D Durante terapia
L Última sesión de terapia
X Seguimiento 1
Y Seguimiento 2

Fase

Episodio de terapia

IMPORTANTE. POR FAVOR LEA ESTO ANTES DE EMPEZAR EL TEST.
A continuación encontrará 34 frases. Lea cada frase y piense con qué frecuencia usted se ha sentido así **durante los últimos siete días**.
Después marque la casilla que mejor lo refleje.

Durante los últimos siete días...	<i>Nunca</i>	<i>Muy pocas veces</i>	<i>Algunas veces</i>	<i>Muchas veces</i>	<i>Siempre o casi siempre</i>	<i>Indeterminado</i>
1 Me he sentido muy sola y aislada	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
2 Me he sentido tensa, ansiosa o nerviosa	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
3 He sentido que tenía a alguien en quien apoyarme cuando lo he necesitado	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
4 Me he sentido bien conmigo misma	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> W
5 Me he sentido totalmente sin energía ni entusiasmo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
6 He sido violenta físicamente hacia los demás	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
7 Me he sentido capaz de afrontar las cosas cuando han ido mal	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
8 He tenido molestias, dolores y otros problemas físicos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
9 He pensado en hacerme daño a mí misma	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
10 Me ha costado mucho hablar con la gente	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
11 La tensión y la ansiedad me han impedido hacer cosas importantes	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
12 Me he sentido satisfecha con las cosas que he hecho	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
13 Me han inquietado pensamientos y sentimientos no deseados	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
14 He tenido ganas de llorar	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> W

Durante los últimos siete días...

	Nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre o casi siempre	INDEFINIZIONE
15 He sentido pánico o terror	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
16 He hecho planes para acabar con mi vida	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
17 Me he sentido agobiada por mis problemas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> W
18 He tenido dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormida	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
19 He sentido afecto o cariño por alguien	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
20 Me ha sido imposible dejar a un lado mis problemas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
21 He sido capaz de hacer la mayoría de las cosas que tenía que hacer	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
22 He amenazado o intimidado a otra persona	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
23 Me he sentido desesperada o sin esperanza	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
24 He pensado que sería mejor que estuviera muerta	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
25 Me he sentido criticada por los demás	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
26 He pensado que no tengo amigos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
27 Me he sentido infeliz	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
28 Me han angustiado imágenes o recuerdos no deseados	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
29 Me he sentido irritable cuando estaba con otras personas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
30 He pensado que yo tengo la culpa de mis problemas y dificultades	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
31 Me he sentido optimista sobre mi futuro	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> W
32 He conseguido las cosas que quería	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
33 Me he sentido humillada o avergonzada por otras personas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
34 Me he hecho daño físicamente o he puesto en peligro mi salud	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R

GRACIAS POR COMPLETAR ESTE CUESTIONARIO

Puntuación total	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Puntuaciones medias <small>(Puntuación total en cada apartado dividida entre el número de respuestas completadas en ese apartado)</small>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	(W)	(P)	(F)	(R)	Todos los ítems	Todos menos R

Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ)

Sexo: _____ Edad: _____ Fecha: _____

A continuación encontrará una serie de frases. Valore en qué grado son aplicables a usted. No hay contestaciones buenas o malas, ni preguntas con truco; unas serán más verdad en su caso y otras menos. Tome el tiempo que necesite y trate de responder a todas las preguntas. Use la escala siguiente (ponga el número que crea aplicable a su caso en la raya que está a la izquierda de cada frase):

1 -----	2 -----	3 -----	4 -----	5 -----	6 -----	7 -----
nunca	muy raramente	raramente	a veces	con frecuencia	casi siempre	siempre
verdad	verdad	verdad	verdad	verdad	verdad	verdad

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

Los ítems 1, 4, 5 y 6 suman de forma inversa; esto es, una puntuación de 7 en el ítem 1 equivale a 1 punto.