

Trastornos de ansiedad desde una perspectiva de la Terapia de Aceptación y Compromiso: Un estudio de reflexión

Parra Bolaños, Nicolás^{1(*)}; Picardo, Breno Omar²; Velásquez, Luis Alfonso³; Londoño, William Alonso⁴

¹Asociación Educar para el Desarrollo Humano, Laboratorio de Neurociencias y Educación, Buenos Aires, Argentina.

²Consultorio Clínico Privado, Arequipa, Perú.

³CEMPED, Medellín, Colombia.

⁴Universidad de Antioquia, Medellín, Antioquia.

RESUMEN

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), es reconocida desde hace más de tres décadas como una de las más relevantes terapias basadas en la evidencia, por lo que ocupa un lugar privilegiado dentro de las llamadas terapias de tercera generación o tercera ola. El propósito de este artículo, más que hacer un meta-análisis estadístico o hacer un estudio clínico, es hacer un ejercicio de carácter reflexivo, puesto que los alcances de la Terapia de Aceptación y Compromiso se han extendido no solo a los ámbitos clínicos, experimentales y psicoterapéuticos, sino que han tenido un profundo impacto en la literatura científica de las terapias conductuales, cognitivas y contextualistas. El abordaje de los trastornos de ansiedad desde la Terapia de Aceptación y Compromiso ha demostrado una sólida y muy fuerte calidad en los datos obtenidos, por lo que es de las terapias con mayor efectividad para tratar la ansiedad, exhibiéndose como uno de los más eficaces tratamientos para toda la amplia gama de problemáticas que rodean a la ansiedad y trastornos asociados.

Palabras clave: Terapia de Aceptación y Compromiso. Reflexión. Clínica. Psicología. Ansiedad.

Anxiety disorders from an Acceptance and Commitment Therapy perspective: A reflective study

ABSTRACT

Acceptance and Commitment Therapy (ACT) has been recognized for more than three decades as one of the most relevant evidence-based therapies, which is why it occupies a privileged place within the so-called third generation or third wave therapies. The purpose of this article, more than doing a statistical meta-analysis or doing a clinical study, is to carry out a reflective exercise, since the scope of Acceptance and Commitment Therapy has been extended not only to clinical, experimental, and psychotherapeutic, but have had a profound impact on the scientific literature of behavioral, cognitive and contextual therapies. The approach to anxiety disorders from the Acceptance and Commitment Therapy has shown a solid and very strong quality in the data obtained, which is why it is one of the most effective therapies to treat anxiety, exhibiting itself as one of the most effective treatments. for the entire wide range of problems surrounding anxiety and associated disorders.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy. Reflection. Clinic. Psychology. Anxiety.

Recibido: 19/01/2022 Aceptado: 30/01/2022
Correspondencia: (*) nicolasparra@asociacioneducar.com

1. INTRODUCCIÓN

Dentro de la diversidad de dificultades que experimentan las personas, se encuentran los llamados “trastornos de ansiedad” y que según el DSM-V se entienden que “son aquellos que comparten características de miedo y ansiedad excesivos, así como alteraciones conductuales asociadas”. Estos problemas psicológicos se han intentado abordar efectivamente mediante diversas intervenciones psicoterapéuticas, entre ellas, las primeras terapias conductuales tuvieron bastante éxito; sin embargo, pese haber tenido evidencia de eficacia en muchos casos, el grupo de personas no tratadas efectivamente fue significativo y esto instigó a los clínicos de la época a buscar explicaciones y procedimientos más eficaces (Bluett, Homan, Morrison, Levin & Twohig, 2014).

Es así que se hallaron respuestas en las propuestas e intervenciones que ponían su atención en el cambio de las cogniciones, ya que se suponía o sospechaba que la intervención en estas cogniciones (fenómenos no muy bien abordados por las anteriores terapias conductuales) eran la clave para obtener mejores resultados en la psicoterapia. Así fueron emergiendo las terapias cognitivo-conductuales, las cuales tuvieron una notable evidencia de eficacia; son uno de los modelos terapéuticos con más respaldo empírico. Sin embargo, pese su grado notable de eficacia, aún quedaba un significativo grupo de personas que no tuvieron “mejoras esperables” después de asistir a intervenciones cognitivo-conductuales (Hasheminasab, Kheiroddin, Aliloo & Fakhari, 2015).

Entre los años 80 y 2000 se fueron desarrollando un conjunto de psicoterapias que se caracterizaban y diferenciaban de otras por tener aspectos en común: caracterizar los problemas psicológicos como problemas humanos y no como enfermedades, filosofía más contextual que mecanicista, estrategias enfocadas en el desenredamiento verbal (dejar de estar bajo control de los pensamientos o creencias) y la realización de acciones que modifiquen o influyan en la vida de la persona, consideración del contexto histórico y actual para dar sentido a las vivencias de la personas (incluidos los problemas psicológicos), métodos experienciales, bases teóricas del Análisis

Conductual, abordar temas humanos y afines a la psicología (sentido de vida, valores, espiritualidad, entre otros) (Eilenberg, Fink, Jensen, Rief & Frosthholm, 2016).

De ese modo se entienden como un nuevo conjunto de psicoterapias y son llamadas Terapias Contextuales o Terapias Conductuales de Tercera Generación (entendiendo que la primera generación son las clásicas terapias conductuales y la segunda generación son las terapias cognitivo-conductuales) por Steven Hayes. Una de esas terapias contextuales se llama Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y a continuación expon-dremos brevemente algunas de sus características (Twohig & Levin, 2017).

2. MARCO TEÓRICO

Hacer ACT es una intervención que se basa filosóficamente en el contextualismo-funcional y este es una precisión o clarificación del conductismo radical. A nivel básico ACT se sustenta en el Análisis Conductual, especialmente en los avances del área de la cognición y el lenguaje humano; la Teoría de los Marcos Relacionales. Estos avances permitieron entender cómo las cogniciones influían en el resto de acciones y reacciones humanas y cómo su influencia podría ser mayor que las experiencias previas de aprendizaje; así, las personas podrían terminar actuando según lo que estas cogniciones señalaran, ignorando las consecuencias o efectos de sus actos en su vida a corto o largo plazo. Uno de esos patrones de acción es el evitar y escapar (controlar) las experiencias internas privadas que la persona entienda como “negativas” o “malas”; esto es llamado Evitación Experiencial (EE). (Dindo, Van Liew & Arch, 2017).

La EE no es un patrón de acción perjudicial en esencia; sin embargo, debido a la notable influencia de las reglas y/o cogniciones en el resto de conductas humanas y la asimilación de las ideas y reglas culturalmente establecidas que indican controlar o eliminar las experiencias internas “negativas” (entre otras reglas), las personas

terminan realizando estas acciones (EE) pese el costo mayor que conllevan: la pérdida de la calidad de vida y el desarrollo de problemas psicológicos (por resumir). Es aquí cuando hablamos de un Trastorno de Evitación Experiencial y se ha detectado que este proceso está presente en muchos casos de sufrimiento y angustia personal; subyace a diferentes diagnósticos psicopatológicos y así se va entendiendo como un transdiagnóstico (Malmir, Jafari, Ramezanzadeh & Heydari, 2017).

Por lo tanto, ACT intenta ayudar a las personas a dejar de seguir tan exhaustivamente las reglas de control de las experiencias internas para que así puedan elegir realizar otras acciones que le sean más provechosas o valiosas; es ayudar a las personas a que sean más flexibles y menos rígidas (apegadas a acciones poco útiles). (Heydari, Masafi, Jafari, Saadat & Shahyad, 2018).

Los elementos o focos de intervención para conseguir este resultado (flexibilidad psicológica) fueron presentados en un modelo visual llamado Hexaflex, un hexágono en cuyos vértices se describía un proceso (seis procesos en total): Aceptación, Defusión, Momento presente, Yo-Contexto, Acciones comprometidas y Valores. La utilidad de este modelo está en facilitar la comunicación y comprensión de la intervención a los colegas de psicología, no de describir procesos diferenciales e independientes o procesos explicativos en términos bajos; por el contrario, los elementos están interrelacionados y son términos medios (Eilenberg, Hoffmann, Jensen & Frostholm, 2017).

Si nos referimos al Momento Presente consideramos el tomar contacto con todos los estímulos o eventos que están sucediendo en el momento actual. Eso implica contactar con experiencias internas y externas a la persona. Es dirigir nuestra atención deliberadamente y enfocarla en uno o varios estímulos que estén presentes. Esto nos ayuda a que podamos ir notando cuando estamos contactando y siguiendo las reglas del control de los pensamientos y emociones internas desagradables (Chong, Mak, Leung, Lam & Loke, 2019).

Cuando hablamos de Yo-Contexto, nos referimos a esta experiencia interna permanente o constante

desde la cual notamos todo lo que sucede (incluidos los pensamientos y emociones) y que también a veces es llamada como la perspectiva. Es otro yo, en el sentido de ser un aspecto propio, individual o característico de uno mismo y que es distinto al autoconcepto que podemos tener de nosotros mismos. De esa forma, notar esta experiencia provoca distancia o diferenciarse entre uno mismo y su autoconcepto, de manera que es más viable dejar de seguir el autoconcepto que uno tenga y que en casos de problemas psicológicos suelen ser rígidos, autocríticos y sesgados, lo cual no contribuye a un funcionamiento más eficaz y satisfactorio de la persona (Hughes, Clark, Colclough, Dale & McMillan, 2017).

El proceso llamado Defusión hace alusión al desprendimiento o desenganche del control o alta influencia de las experiencias internas. Es notar que estas experiencias internas (p. ej. los pensamientos) tienen sus propias características, entre las que incluyen ser eventos dinámicos, temporales, más o menos incontrolables y que tienen una influencia limitada en nuestros actos; que aún en su presencia es posible realizar acciones que no estén en coherencia con lo que impulsan a hacer las mismas. Simplemente es notar que solo son pensamientos, emociones o sentimientos, no inminentes eventos a obedecer (González-Fernández, Fernández-Rodríguez, Paz-Caballero & Pérez-Álvarez, 2018).

Al hablar de la Aceptación nos referimos a el hecho de dar espacio a lo que sucede o lo que puede suceder, y eso incluye a las experiencias internas aversivas; es un acto, una elección a estar dispuesto a experimentar y dejar estar el tiempo que estén presentes, sin intentar controlar, sin rechazo, sin apuro; simplemente es contactar y dejar estar con aquellas experiencias internas que nos desagradan. Esto se realiza especialmente con eventos que son difíciles o imposibles de controlar o que al hacerlo se pague un alto costo y, por lo tanto, una respuesta más útil sea la aceptación de las mismas. Esto no significa una especie de "resignación", denotando pasividad, muy por el contrario, este acto está al servicio de realizar algo valioso para uno mismo (Hancock, Swain, Hainsworth, Dixon, Koo & Munro, 2018).

Los valores son entendidos no como reglas o directrices morales, legales o éticas. Nuestros actos denotan alguna cualidad que puede ser o no valorada o significativa para nosotros; así, si nosotros elegimos actuar al servicio de alguna cualidad estamos actuando siguiendo nuestros valores (nótese una mayor diferenciación de los valores legales, morales, etc.). Un valor no es una evaluación, no es un objetivo alcanzable, no es el seguimiento de una regla social impuesta, no es complacer a los demás, no es un sentimiento, sino, es una dirección de vida, un rumbo que dirige la forma de actuar en la vida que elegimos y que fortalece cualquier acto que esté al servicio de esta dirección vital. Así, ACT ayuda a las personas a contactar con eventos presentes más o menos desagradables y restarles control únicamente para que puedan elegir actuar según sus valores; es decir, los valores dignifican o dan sentido a los procedimientos de empleados en ACT (Pankowski, Adler, Andersson, Lindefors & Svanborg, 2017).

3. METODOLOGÍA

Cuando nos referimos a las Acciones Comprometidas, estamos hablando de todas las acciones que estén al servicio de nuestros valores o direcciones valiosas. Estos actos no son efectivos porque consigan logros o premios, sino por reflejar lo que valoramos. En más de una ocasión se elegirá actuar no de acuerdo a los valores, pero parte de actuar de forma comprometida es notar este desvío y elegir nuevamente actuar valiosamente, aunque esto pase muchas veces (Arch & Mitchell, 2016).

Las acciones comprometidas implican exponerse a eventos aversivos especialmente y en aprender habilidades o patrones de acción nuevos (p. ejemplo, habilidades sociales, activación, organización, entre otros), cualquier competencia que ayude a seguir los valores. Y conforme se establecen y practican acciones comprometidas, se desarrollan patrones de acción cada vez más amplios. Cada uno de estos actos generan algún premio o castigo, pero de cualquier modo están al servicio de lo que valoramos y eso provoca satisfacción (Davoudi, Omid, Sehat & Sepehrmanesh, 2017).

En el proceso de intervención se desarrollan estos procesos que van fomentando lo entendido como Flexibilidad Psicológica. El criterio de éxito de la intervención no es la disminución o control de las experiencias internas negativas o desagradables, sino, desarrollar y crear una vida caracterizada por actuar en servicio a lo que valoramos. Sin embargo, es verdad que es posible que algunas experiencias internas negativas se reducirán y sobretodo los estados crónicos de sufrimiento desaparecerán; esto ocurre, aunque no es lo que se busca (Hoffmann, Rask, Hedman-Lagerlöf, Ljótsson & Frostholm, 2018).

En el marco de los problemas con la ansiedad o trastornos de ansiedad, se ha utilizado ACT para ayudar a las personas a abandonar los intentos frecuentes de eliminar las experiencias de temor y ansiedad a fines de reinsertarlas en los carriles valiosos de sus vidas que muchas veces han sido abandonados o ni siquiera se conocen por vivir continuamente luchando contra estas experiencias internas “desagradables”; se busca el abandono de las estrategias de control junto con la pérdida de energía, tiempo y otros recursos, para reorientarla en acciones más valiosas y llenas de significado (Herbert, Malaktaris, Dochat, Thomas, Wetherell & Afari, 2019).

Además, como se mencionaba, con el tiempo las sensaciones de temor y ansiedad pueden ir disminuyendo, pero también es posible que eso no ocurra y, que incluso, aparezcan nuevas experiencias internas aversivas en otras situaciones que puedan ser más o menos intensas; sin embargo, para ese momento la persona ya ha desarrollado la Flexibilidad Psicológica y le será más viable abordar estas experiencias con mayor eficacia, sin perder su dirección vital (Pohar & Argáez, 2017).

Hay autores que han desarrollado una aproximación contextual de los trastornos de la ansiedad, integrando los aportes clásicos del condicionamiento pavloviano, operante, la TMR, la regulación emocional y otros aspectos. Ellos retoman el aprendizaje del miedo desde los modelos del condicionamiento clásico y operantes, además, señalan que debido a la capacidad verbal/cognitiva humana podemos expandir notablemente la canti-

dad de estímulos relacionados con miedo o ansiedad; también, la misma capacidad verbal/cognitiva establece formas de comportamientos repetitivos o rígidos para afrontar estas emociones, lo que conlleva a un efecto rebote o a consecuencias problemáticas a corto o largo plazo, facilitando así experimentar más ansiedad o miedo y provocando retomar nuevamente estas estrategias de afrontamiento poco útiles estableciendo así un bucle de acciones con efectos contraproducentes constantemente (Dober, Mikocka-Walus, Evans, Beswick, Emerson & Olive, 2021; Rauwenhoff, Peeters, Bol & Van Heugten, 2019).

Entonces, diversos autores argumentan que hay emociones que no necesitan ser controladas, que no se pueden controlar o que hacerlo implica un gran costo, pero las estrategias de afrontamiento rígidas de control van provocando los efectos ya mencionados. Además, cuando estas acciones rígidas están dadas en un contexto donde se compiten con otras posibles acciones más provechosas, útiles o satisfactorias (valoradas) es cuando empezamos a ver que hay un problema psicológico; es decir, (por ejemplo) no hay un problema psicológico al intentar evitar acercarse a los perros (simplemente te desagradan y los evitas), a menos que rechaces muchos trabajos en atención en veterinaria solo por evitar sentir esas emociones. Esta aproximación ayuda mucho a entender, con mayor precisión, a las personas que puedan diagnosticarse con algún trastorno de ansiedad y también para aplicar ACT (Fernández-Rodríguez, González-Fernández, Coto-Lesmes & Pedrosa, 2021; Majumdar & Morris, 2019).

Por otro lado, la aproximación contextual se aleja notablemente del modelo biomédico aplicado a la psicología clínica. Por años se han entendido a los trastornos de ansiedad como un tipo de alteraciones o enfermedades de la mente o el cerebro (u otro tipo de condición médica) en donde los síntomas que refiere el cliente demuestran, en conjunto, la existencia o presencia de alguna alteración, daño o anormalidad en el funcionamiento o estructura del organismo; es decir, se entienden como síntomas de algún tipo de patología (psicopatología) (Witlox, Kraaij, Garnefski, de Waal, Smit, Hoenkamp, 2018).

Así mismo, se fueron “hallando” variaciones de estos problemas, que finalmente fueron descritos como subtipos o trastornos diferenciados; con el paso de los años, aparentemente se “identifican o descubren” más variaciones dando a lugar que cada vez se integren más diagnósticos en los manuales de diagnóstico clínico psicológico (DSM y CIE). Estos manuales ayudaron a la comunicación entre profesionales principalmente. No habría problema alguno con este modelo, a decir verdad, sino fuera que carece de validez la mayoría o todos los trastornos descritos; es decir, los trastornos que describen y clasifican no son realmente lo que señalan ser o no se tiene claro que son (validez de constructo), tampoco sirven para orientar plenamente el tratamiento o saber el curso del trastorno (validez predictiva), ni para ser diferenciados unos de otros plenamente (validez de contenido, la comorbilidad es alta, más del 50%) (Sewart, Niles, Burklund, Saxbe, Lieberman & Craske, 2019).

Además, este modelo biomédico es viable que: dirija la intervención psicológica a hallar diagnósticos descriptivos más que a encontrar las variables causales de o los problemas que aquejan a la persona; que ayude a descontextualizar el problema psicológico y así sean entendidos y evaluados por su apariencia y no por el rol que desempeña en la vida del cliente; fomente el estigma y la idea socialmente compartida de que un problema psicológico es una especie de enfermedad y que su aparición requiere un tratamiento que quite el malestar, el sufrimiento o alguna emoción o sentimiento desagradable (los síntomas y lo que sea que lo cause), y esto terminaría siendo contraproducente, pues fomenta la evitación experiencial y el bucle de control-aparición de experiencias internas aversivas y el descuido de las áreas de vida de la persona (Toghiani, Ghasemi & Samouei, 2019).

No es curioso que este modelo prevalezca en la actualidad, debido a que las Terapias Cognitivo Conductuales (las de segunda generación) lo han asimilado de alguna manera, solo que con premisas y teorías más cognitivas. Simplemente, se puede reemplazar la alteración, anormalidad o daño biológico por anormalidad cognitiva; es decir, el procesamiento de la información o la estructura cognitiva están funcionando de una manera que

altera a la persona o la ayuda a que actúe problemáticamente. Por lo tanto, es necesario reparar esa alteración a través de cualquier procedimiento (especialmente procedimientos cognitivos) para que la persona deje de sufrir (deje de mostrar síntomas) y además esto demostraría que el funcionamiento interno se reestabilizó (se curó). Es notable ver la similitud lógica entre las intervenciones médicas y cognitivas-conductuales para los problemas psicológicos (Kelson, Rollin, Ridout & Campbell, 2019).

4. RESULTADOS Y/O DISCUSIÓN

Con el desarrollo de las terapias contextuales, se planteó un giro al entendimiento de los problemas psicológicos. Se concibieron no como entidades o alteraciones internas de la persona, sino como formas de actuar que cobran sentido o se entienden en consideración de su contexto (o del contexto en el que suceden); formas de comportarse que las personas desarrollan, no por alteradas o perturbadas a nivel cognitivo o biológico, sino porque las condiciones de vida en que se han desarrollado y viven actualmente estas personas conllevan a que se comporten así; es una perspectiva más contextual y menos patologizante o estigmatizante (Clarke, Osborne & Baranoff, 2020).

Lo anterior implica que el tratamiento no tiene como objetivo reparar o curar a la persona, pues la persona no está rota, dañada o funcionando mal (como si fuese un tipo artefacto defectuoso), sino, en ayudar a que la persona vaya comportándose para vivir de acuerdo con sus objetivos o direcciones valiosas personales, y esto implica el desarrollo o la adquisición de habilidades psicológicas. Estas habilidades se establecen al alterar los contextos que mantienen los comportamientos problemáticos reduciendo su control y establecer y fortalecer los contextos que provocan comportamientos más útiles o las habilidades señaladas. Para saber cuándo un comportamiento es problemático o útil se considera las consecuencias de los mismos en relación con lo que busca o desea la persona en su vida (Smith, Smith & Dymond, 2020).

Las relaciones entre el contexto (todo lo que rodea una conducta, sentimiento o pensamiento) y la conducta, sentimiento o pensamiento, son entendidas desde las teorías del aprendizaje, las cuales detallan los procesos que acontecen para establecer estas relaciones y, sobre todo, indican cómo favorecer o provocar estos procesos. Así, se hace viable el poder influir en la persona desde un marco teórico-empírico, lo que provee un mayor grado de eficacia y eficiencia en la intervención. Aunque el modelo conductual tuvo sus inicios y estableció altas expectativas en los años 50, la investigación estaba en curso y aún no se tenía un mayor entendimiento y explicación del lenguaje y la cognición (A-Tjak, Morina, Boendermaker, Topper & Emmelkamp, 2020).

Esto conllevó al abandono de este enfoque por una gran parte de la comunidad académica de la psicología. Sin embargo, las investigaciones no pararon y, hoy en día, se cuenta con una teoría del lenguaje y la cognición humana desde este enfoque, entre otros avances, los cuales en conjunto permitieron el desarrollo de estas terapias contextuales y el surgimiento del modelo contextual. Cabe mencionar que algunas terapias contextuales no necesariamente tienen estas bases conductuales-contextuales, pero sus propias teorías bases son muy afines (Apolinário-Hagen, Drüge & Fritsche, 2020).

5. CONCLUSIONES

Todas estas intervenciones conductuales-contextuales están estableciendo altas expectativas en la comunidad académica aplicada y las investigaciones empíricas dan sustento de ello. Sin embargo, no existen ninguna panacea, pero la evidencia de eficacia es consistente y notable, sin mencionar que si consideramos otros criterios de eficacia (además de los de reducción de síntomas, como el desarrollo de una vida más satisfactoria y la realización de actividades valiosas) la evidencia es mayor (Ruiz, Peña-Vargas, Ramírez, Suárez-Falcón, García-Martín, García-Beltrán, 2020).

ACT es un abordaje moderno para todos los problemas psicológicos en donde la persona se ve enredada y sumamente controlada por su capacidad verbal o cognitiva, provocando que tienda a buscar

Ciencia Contextual-Conductual (ACBS) (Coto-Lesmes, Fernández-Rodríguez & González-Fernández, 2020).

indiscriminadamente la manera de sentirse “bien” aunque el precio vital sea alto. Y esto incluye a los trastornos de ansiedad especialmente, ya que todos los trastornos de ansiedad se caracterizan por intentar evitar o controlar alguna experiencia de temor o ansiedad. Para que esto haya sido posible de entender, la investigación básica en la que se soporta ACT tuvo que progresar notablemente, y este conocimiento sirve para sofisticar el trabajo psicoterapéutico; es decir, sabiendo cómo suceden estos acontecimientos es más probable poder hacer una intervención más precisa, eficaz o eficiente, y las bases teóricas-empíricas de ACT ayudan con ello (Ruiz, Luciano, Flórez, Suárez-Falcón & Cardona-Betancourt, 2020).

Otros aspectos que aporta ACT para la intervención de los problemas de la ansiedad es que cambia la imagen que se tiene de estos problemas psicológicos, quitándole las atribuciones de disfuncionalidad biológica o cognitiva, para verlos como circunstancias o formas de vida en donde la persona se encuentra atascada (y no por gusto o placer) sino porque su historia de vida y contexto actual la empujan a actuar de esa manera. Y también, ayuda a dirigir la intervención a cambiar estos contextos que atascan o enredan a la persona para que pueda realizar acciones que le son más valiosas y se reincorpore a la senda vital personal. ACT, realmente da un enfoque sumamente humano y no patologizante de los trastornos de ansiedad (Hoffmann, Rask, Hedman-Lagerlöf, Jensen & Frostholm, 2021).

La evidencia de efectividad que ACT ha ido acumulando a lo largo de los años ha sido favorable y actualmente es copiosa. Aun así, no podemos afirmar que es la panacea y que todo ya se ha descubierto y hecho; siempre hay casos donde la intervención no funciona como lo esperado o se percibe que el proceso pudo haber sido más eficiente y eficaz. Esto, en vez de desalentar el uso de ACT, incentiva la investigación y el establecimiento de esfuerzos para mejorar esta intervención. Además, el modelo descrito es muy prometededor para tratar no solo problemas de ansiedad, sino cualquier problema psicológico en donde exista un notable enredamiento verbal. Todos estos aspectos facilitaron con el tiempo al establecimiento y desarrollo de una comunidad de psicólogos que se dedicaran no solo a la clínica, sino a la investigación de los procesos y características de ACT y otros temas afines, la Asociación para la

REFERENCIAS

- Apolinário-Hagen, J., Drüge, M., & Fritsche, L. (2020). Cognitive Behavioral Therapy, Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Acceptance Commitment Therapy for Anxiety Disorders: Integrating Traditional with Digital Treatment Approaches. *Advances in experimental medicine and biology*, 1191, 291–329. https://doi.org/10.1007/978-981-32-9705-0_17
- Arch, J. J., & Mitchell, J. L. (2016). An Acceptance and Commitment Therapy (ACT) group intervention for cancer survivors experiencing anxiety at re-entry. *Psycho-oncology*, 25(5), 610–615. <https://doi.org/10.1002/pon.3890>
- A-Tjak, J., Morina, N., Boendermaker, W. J., Topper, M., & Emmelkamp, P. (2020). Explicit and implicit attachment and the outcomes of acceptance and commitment therapy and cognitive behavioral therapy for depression. *BMC psychiatry*, 20(1), 155. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02547-7>
- Bluett, E. J., Homan, K. J., Morrison, K. L., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2014). Acceptance and commitment therapy for anxiety and OCD spectrum disorders: an empirical review. *Journal of anxiety disorders*, 28(6), 612–624. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.06.008>
- Chong, Y. Y., Mak, Y. W., Leung, S. P., Lam, S. Y., & Loke, A. Y. (2019). Acceptance and Commitment Therapy for Parental Management of Childhood Asthma: An RCT. *Pediatrics*, 143(2), e20181723. <https://doi.org/10.1542/peds.2018-1723>
- Clarke, L. K., Osborne, M. S., & Baranoff, J. A. (2020). Examining a Group Acceptance and Commitment Therapy Intervention for Music Performance Anxiety in Student Vocalists. *Frontiers in psychology*, 11, 1127. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01127>
- Coto-Lesmes, R., Fernández-Rodríguez, C., & González-Fernández, S. (2020). Acceptance and Commitment Therapy in group format for anxiety and depression. A systematic review. *Journal of affective disorders*, 263, 107–120. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.154>
- Davoudi, M., Omid, A., Sehat, M., & Sepehrmanesh, Z. (2017). The Effects of Acceptance and Commitment Therapy on Man Smokers' Comorbid Depression and Anxiety Symptoms and Smoking Cessation: A Randomized Controlled Trial. *Addiction & health*, 9(3), 129–138.
- Dindo, L., Van Liew, J. R., & Arch, J. J. (2017). Acceptance and Commitment Therapy: A Transdiagnostic Behavioral Intervention for Mental Health and Medical Conditions. *Neurotherapeutics : the journal of the American Society for Experimental NeuroTherapeutics*, 14(3), 546–553. <https://doi.org/10.1007/s13311-017-0521-3>
- Dober, M., Mikocka-Walus, A., Evans, S., Beswick, L., Emerson, C., & Olive, L. (2021). Perspectives on an Acceptance and Commitment Therapy (ACT) based program for patients with inflammatory bowel disease and comorbid anxiety and/or depressive symptoms. *Psychotherapy research : journal of the Society for Psychotherapy Research*, 31(5), 668–681. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1813915>
- Eilenberg, T., Fink, P., Jensen, J. S., Rief, W., & Frostholm, L. (2016). Acceptance and commitment group therapy (ACT-G) for health anxiety: a randomized controlled trial. *Psychological medicine*, 46(1), 103–115. <https://doi.org/10.1017/S0033291715001579>
- Eilenberg, T., Hoffmann, D., Jensen, J. S., & Frostholm, L. (2017). Intervening variables in group-based acceptance and commitment therapy for severe health anxiety. *Behaviour research and therapy*, 92, 24–31. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.01.009>
- Fernández-Rodríguez, C., González-Fernández, S., Coto-Lesmes, R., & Pedrosa, I. (2021). Behavioral Activation and Acceptance and Commitment Therapy in the Treatment of Anxiety and Depression in Cancer Survivors: A Randomized Clinical Trial. *Behavior modification*, 45(5), 822–859. <https://doi.org/10.1177/0145445520916441>
- González-Fernández, S., Fernández-Rodríguez, C., Paz-Caballero, M. D., & Pérez-Álvarez, M. (2018). Treating anxiety and depression of cancer survivors: Behavioral activation versus acceptance and commitment therapy. *Psicothema*, 30(1), 14–20. <https://doi.org/10.7334/psicothema2017.396>

- Hancock, K. M., Swain, J., Hainsworth, C. J., Dixon, A. L., Koo, S., & Munro, K. (2018). Acceptance and Commitment Therapy versus Cognitive Behavior Therapy for Children With Anxiety: Outcomes of a Randomized Controlled Trial. *Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 47(2), 296–311. <https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1110822>
- Hasheminasab, M., Babapour Kheiroddin, J., Mahmood Aliloo, M., & Fakhari, A. (2015). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) For Generalized Anxiety Disorder. *Iranian journal of public health*, 44(5), 718–719.
- Herbert, M. S., Malaktaris, A. L., Dochat, C., Thomas, M. L., Wetherell, J. L., & Afari, N. (2019). Acceptance and Commitment Therapy for Chronic Pain: Does Post-traumatic Stress Disorder Influence Treatment Outcomes?. *Pain medicine (Malden, Mass.)*, 20(9), 1728–1736. <https://doi.org/10.1093/pm/pny272>
- Heydari, M., Masafi, S., Jafari, M., Saadat, S. H., & Shahyad, S. (2018). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Anxiety and Depression of Razi Psychiatric Center Staff. *Open access Macedonian journal of medical sciences*, 6(2), 410–415. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2018.064>
- Hoffmann, D., Rask, C. U., Hedman-Lagerlöf, E., Jensen, J. S., & Frosthölm, L. (2021). Efficacy of internet-delivered acceptance and commitment therapy for severe health anxiety: results from a randomized, controlled trial. *Psychological medicine*, 51(15), 2685–2695. <https://doi.org/10.1017/S0033291720001312>
- Hoffmann, D., Rask, C. U., Hedman-Lagerlöf, E., Ljótsson, B., & Frosthölm, L. (2018). Development and Feasibility Testing of Internet-Delivered Acceptance and Commitment Therapy for Severe Health Anxiety: Pilot Study. *JMIR mental health*, 5(2), e28. <https://doi.org/10.2196/mental.9198>
- Hughes, L. S., Clark, J., Colclough, J. A., Dale, E., & McMillan, D. (2017). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for Chronic Pain: A Systematic Review and Meta-Analyses. *The Clinical journal of pain*, 33(6), 552–568. <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000425>
- Kelson, J., Rollin, A., Ridout, B., & Campbell, A. (2019). Internet-Delivered Acceptance and Commitment Therapy for Anxiety Treatment: Systematic Review. *Journal of medical Internet research*, 21(1), e12530. <https://doi.org/10.2196/12530>
- Majumdar, S., & Morris, R. (2019). Brief group-based acceptance and commitment therapy for stroke survivors. *The British journal of clinical psychology*, 58(1), 70–90. <https://doi.org/10.1111/bjc.12198>
- Malmir, T., Jafari, H., Ramezanzadeh, Z., & Heydari, J. (2017). Determining the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Life Expectancy and Anxiety Among Bereaved Patients. *Materia socio-medica*, 29(4), 242–246. <https://doi.org/10.5455/msm.2017.29.242-246>
- Pankowski, S., Adler, M., Andersson, G., Lindefors, N., & Svanborg, C. (2017). Group acceptance and commitment therapy (ACT) for bipolar disorder and co-existing anxiety - an open pilot study. *Cognitive behaviour therapy*, 46(2), 114–128. <https://doi.org/10.1080/16506073.2016.1231218>
- Pohar, R., & Argáez, C. (2017). Acceptance and Commitment Therapy for Post-Traumatic Stress Disorder, Anxiety, and Depression: A Review of Clinical Effectiveness. *Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health*.
- Rauwenhoff, J., Peeters, F., Bol, Y., & Van Heugten, C. (2019). The BrainACT study: acceptance and commitment therapy for depressive and anxiety symptoms following acquired brain injury: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 20(1), 773. <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3952-9>
- Ruiz, F. J., Luciano, C., Flórez, C. L., Suárez-Falcón, J. C., & Cardona-Betancourt, V. (2020). A Multiple-Baseline Evaluation of Acceptance and Commitment Therapy Focused on Repetitive Negative Thinking for Comorbid Generalized Anxiety Disorder and Depression. *Frontiers in psychology*, 11, 356. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00356>

Ruiz, F. J., Peña-Vargas, A., Ramírez, E. S., Suárez-Falcón, J. C., García-Martín, M. B., García-Beltrán, D. M., Henao, Á. M., Monroy-Cifuentes, A., & Sánchez, P. D. (2020). Efficacy of a two-session repetitive negative thinking-focused acceptance and commitment therapy (ACT) protocol for depression and generalized anxiety disorder: A randomized waitlist control trial. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 57(3), 444–456. <https://doi.org/10.1037/pst0000273>

Sewart, A. R., Niles, A. N., Burklund, L. J., Saxbe, D. E., Lieberman, M. D., & Craske, M. G. (2019). Examining Positive and Negative Affect as Outcomes and Moderators of Cognitive-Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Therapy for Social Anxiety Disorder. *Behavior therapy*, 50(6), 1112–1124. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2019.07.001>

Smith, B. M., Smith, G. S., & Dymond, S. (2020). Relapse of anxiety-related fear and avoidance: Conceptual analysis of treatment with acceptance and commitment therapy. *Journal of the experimental analysis of behavior*, 113(1), 87–104. <https://doi.org/10.1002/jeab.573>

Toghiani, Z., Ghasemi, F., & Samouei, R. (2019). The effectiveness of acceptance and commitment group therapy on social anxiety in female dormitory residents in Isfahan university of medical sciences. *Journal of education and health promotion*, 8, 41. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_111_18

Twohig, M. P., & Levin, M. E. (2017). Acceptance and Commitment Therapy as a Treatment for Anxiety and Depression: A Review. *The Psychiatric clinics of North America*, 40(4), 751–770. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.08.009>

Witlox, M., Kraaij, V., Garnefski, N., de Waal, M., Smit, F., Hoencamp, E., Gussekloo, J., Bohlmeijer, E. T., & Spinhoven, P. (2018). An Internet-based Acceptance and Commitment Therapy intervention for older adults with anxiety complaints: study protocol for a cluster randomized controlled trial. *Trials*, 19(1), 502. <https://doi.org/10.1186/s13063-018-2731-3>