

TERAPIAS DEL COMPORTAMIENTO

AUTORA: CAROLINA LUNA



San Marcos

Introducción.....	3
Terapias del comportamiento.....	4
Terapias del comportamiento de primera generación	5
Técnicas para la adquisición o aumento de la conducta	5
Técnicas para la disminución y-o eliminación de la conducta.....	7
Técnicas para el mantenimiento de las conductas	8
Terapias del comportamiento de segunda generación	9
Terapia Racional Emotiva (TRE)	10
Terapia cognitiva de Beck.....	10
Solución de problemas	12
Inoculación del estrés	12
Terapia de desensibilización sistemática o de exposición de John Wolpe	12
Ejercicios de respiración y relajación.....	13
Bibliografía.....	14

El modelo conductual se ha caracterizado porque con el pasar de los años, ha implementado diferentes terapias psicológicas, que si bien tienen un fin en particular, como velar por el bienestar y mejoramiento psicológico de los consultantes, su conceptualización y puesta en práctica en el quehacer profesional, se ha caracterizado por ser diferente; sin embargo, los modelos conductuales han resaltado por ser **empíricamente validados**, lo cual permite su validación y utilización. Dentro del modelo conductual, existen tres grandes grupos, que como se mencionaba anteriormente, si bien son conductuales, se han diferenciado por los lineamientos teóricos que son diferentes, aunque sus objetivos están orientados hacia la modificación conductual. Entre ellos se encuentran las terapias del comportamiento de primera, segunda y tercera generación. A continuación, se explicarán de manera general, los componentes que de cada terapia forman parte; sin embargo, esta información se ampliará en los módulos de profundización de intervención psicológica.



Empíricamente validados

Hace referencia a variables que forman parte de la intervención psicológica, que han sido utilizados y han demostrado ser eficaces, lo cual permite su aplicación y réplica.

Cuando hacemos referencia a las terapias de primera generación, es porque están ubicadas dentro del tratamiento clásico de conducta que se apoya en el cambio directo del comportamiento a través del manejo de contingencias, con técnicas fundamentadas en la investigación básica sobre la administración de estas (Luciano y Valdivia, 2006a). El manejo de contingencias está mediado por la aplicación de estrategias netamente conductuales, lo cual implica que los procesos cognitivos, no entren en esta primera generación. Ahora bien, este tipo de terapia ha tenido éxito en la utilización de sus técnicas y procedimientos aplicados a diferentes problemas psicológicos. En relación con lo anterior, algunos autores de los principios conductuales refirieron que necesitaban ir “más allá” del condicionamiento clásico y operante, centrándose en los procesos humanos cognitivos (Bandura, 1968, citado en Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis, 2006). Debemos tener en cuenta que el manejo de contingencias implica implementar estrategias que puedan aumentar, mantener y/o disminuir conductas, bien sea problemáticas o en el caso de incrementar, serían las que se consideren apropiadas dependiendo de la situación. A raíz de esta contextualización, son varias las estrategias que forman parte de las terapias de primera generación y se explicarán a continuación:

Terapias del comportamiento



Terapias del comportamiento de primera generación

Técnicas para la adquisición o aumento de la conducta

- Reforzamiento positivo: es la presentación de una consecuencia que tiene un valor positivo, frente a la presentación de una conducta determinada que se considera adecuada. La aplicación de dicha consecuencia positiva, en cierta medida aumentará la probabilidad de ocurrencia de efectuar la conducta, porque además está siendo reforzada. Frente a ello, existen tres tipos de reforzadores que forman parte del reforzamiento positivo:
 - Reforzador material: hace referencia a la presentación de un objeto, bien sea material o en alimento, que resulta agradable para el individuo quien lleva a cabo una acción determinada y esta es reforzada.
 - Reforzador social: es la presentación de una consecuencia social (abrazos, caricias, verbalizaciones), que muestran aprobación por parte de personas significativas o de terceros a las personas quienes son reforzadas socialmente. Es importante tener en cuenta que en caso de que se produzca una conducta inadecuada, este reforzador no debería implementarse de manera contraria, por ejemplo: mencionar: "ya no te quiero, me decepcionaste", entre otras, ya que entraría a jugar parte, un componente afectivo, que es independiente a la implementación de este tipo de reforzamiento. También es importante resaltar, que a mayor vínculo con la persona quien emite el reforzamiento, habrá mayor posibilidad de incrementar la conducta adecuada.
 - Reforzador de actividades: es la realización de actividades de ocio, recreación, entretenimiento, que resultan agradables para los individuos quienes son reforzados de esta manera. Rescatando que el modelo conductual privilegia el enfoque ideográfico y siguiendo por esa misma línea, se deben tener en cuenta las actividades de ocio y entretenimiento que para el individuo son importantes; por ejemplo, usualmente puede confundirse con que a varios miembros de la familia les gusta ir a jugar fútbol los fines de semana, y se plantea como posible actividad; sin embargo, a dos personas miembros de la familia, dicha actividad no les genera el mismo agrado que a los demás. Entonces la actividad de disfrute familiar no los beneficiará de la misma forma.

Como dato importante que complementa la descripción del uso del reforzamiento, es importante tener en cuenta que, para que la aplicación de los reforzadores positivos sea consistente y se mantengan a través del tiempo, deberán efectuarse inmediatamente, una vez se produzca la presentación de la conducta adecuada. Así mismo, en el momento de la aplicación de los reforzadores, deberá hacerse implementando un reforzador que bien puede ser material, social o de actividades, ya que se está reforzando una sola conducta y por tanto con un solo reforzador será suficiente. Para que su implementación sea efectiva, este se realizará de manera inmediata a la conducta realizada, lo que quiere

decir que debe ser **contingente**: entre menos tiempo transcurra entre la presentación de la conducta apropiada y la implementación de la consecuencia (refuerzo) mayor será la posibilidad de aumentar la conducta deseada.



Contingente

Es la ley de dependencia entre la conducta y su consecuencia. Se dice que es contingente cuando seguido a una conducta, la presentación de la consecuencia es inmediata. A mayor contingencia, mayor probabilidad de producir la conducta.

- **Reforzamiento negativo:** es la eliminación de un estímulo que resulta desagradable para el individuo, una vez se efectúe la conducta deseada. Al igual que en los reforzadores positivos, debe ser contingente su aplicación. En este caso un ejemplo puede ser que, al emitir la conducta deseada, el individuo pueda evitar hacer algo desagradable, arreglar la cocina que está desorganizada por ejemplo, ya que su conducta apropiada generó ese tipo de consecuencia. A continuación en la tabla se puede observar mejor las diferencias entre reforzadores y castigos y revisar su especificidad.

Aumento y mantenimiento de conducta	Disminución y mantenimiento de conducta
<p>Reforzador positivo</p> <p>Presentación de una consecuencia positiva frente a la ocurrencia de una conducta determinada que se considera adecuada.</p>	<p>Castigo positivo</p> <p>Adición de una consecuencia que resulta desagradable para el individuo, una vez emite una conducta indeseada.</p>
<p>Reforzador negativo:</p> <p>Eliminación de un estímulo que resulta desagradable para el individuo, una vez se efectúa la conducta deseada.</p>	<p>Castigo negativo</p> <p>Es la supresión de un estímulo que resulta altamente agradable para el individuo, se elimina una vez se emite una conducta indeseada.</p>

Tabla 1. Uso de reforzadores y castigos como parte de la modificación conductual
Fuente: propia

- **Aproximaciones sucesivas:** esta estrategia consiste en reforzar de manera permanente las respuestas emitidas por un consultante, que se aproximen a la conducta deseada. Se extinguirán por sí solas aquellas que no correspondan al repertorio de comportamiento, sí y solo sí se refuerzan aquellas que formen parte de dicho repertorio. Esta estrategia es bastante útil cuando se trata de hacer entrenamientos en temas puntuales: habilidades sociales, de comunicación y actividades que representen el desarrollo de repertorios específicos.

Técnicas para la disminución y/o eliminación de la conducta

- **Extinción:** este procedimiento consiste en eliminar el reforzador que está manteniendo la realización de una conducta que resulta inadecuada por parte del individuo. Es de gran utilidad en este caso, poder discriminar cuál es la conducta que deberá dejar de reforzarse y ser cuidadoso en la elección de la misma para no extinguir una conducta apropiada. Cabe señalar que cuando se implementa esta estrategia y como es una conducta que venía siendo reforzada, al dejar de serlo, la conducta aumentará debido a que el individuo no se encuentra habituado a dicha contingencia, pero a la postre del tiempo y con el uso continuo de esta estrategia, la conducta indeseada normalizará la situación y dichas conductas se decrementarán.



Figura 1.
Fuente: propia

- **Reforzamiento de conductas incompatibles:** la aplicación de esta estrategia busca disminuir y/o eliminar conductas inapropiadas. Se utiliza cuando el reforzador que mantiene la conducta inadecuada se resiste a la extinción, estrategia explicada en el párrafo anterior. Básicamente, consiste en la administración de consecuencias (reforzadores positivos) a aquellas conductas que resultan opuestas a las que se desean eliminar y no efectuar consecuencias a aquellas que desean eliminarse. Por ejemplo, si se desea disminuir una conducta inapropiada (gritar), en vez de intentar extinguirla porque seguramente no ha funcionado esa estrategia, entonces reforzaré la conducta opuesta (por ejemplo, cantar). Si se refuerza incompatible a la de gritar, probablemente esta última se extinga por sí sola ya que representa mayor valor en término de administración de consecuencia, la conducta de cantar.

- **Tiempo fuera de reforzamiento:** esta estrategia busca por medio de su implementación, sacar del contexto en que se encuentra la persona (que además resulta reforzante para la realización de las conductas inadecuadas) y trasladarlo a un espacio que no resulte reforzante para él, es decir que sea neutro de estímulos. Para llevar a cabo este procedimiento, se debe anticipar esta consecuencia y explicar el porqué de su aplicación, en caso de presentarse la conducta indeseada de manera persistente. Para que la aplicación sea efectiva, en el momento de su ejecución no debe haber estímulos que puedan entorpecer la implementación. Ahora bien, al ser una técnica altamente eficaz, se sugiere que el tiempo de duración de la misma corresponda a un minuto a razón de año del individuo. Esta estrategia es efectiva con población infantil; sin embargo, se sugiere intentar otras estrategias vistas ya que usualmente los adultos la implementan como una forma de castigo y aún hoy día, se presenta confusión en su aplicación.
- **Castigo negativo:** es la eliminación de una consecuencia (en este caso positiva), que resulta altamente atractiva para la persona, quien emite la conducta indeseada.
- **Castigo positivo:** es la adición de una consecuencia (en este caso algo desagradable para el individuo), frente a la emisión de una conducta indeseada.

Técnicas para el mantenimiento de las conductas

- **Reforzamiento intermitente:** es un proceso mediante el cual una vez se adquieren y/o desarrollan las conductas deseadas y buscan mantenerse a lo largo del tiempo. Consiste en presentar un reforzador positivo de manera discontinua (en ocasiones si y otras veces no se presenta), cuando se efectúen conductas adecuadas. En esta estrategia se debe revisar frente a cada cuánto tiempo de presentar la respuesta deseada (por ejemplo, durante 10 minutos), se administra el reforzador, o si sería frente al número de respuestas, independientemente del tiempo. Dependiendo de la elección, se administra el reforzador.

En relación con lo anteriormente mencionado y teniendo en cuenta que las estrategias respecto al manejo de contingencias, forman parte del modelo conductual, especialmente de las terapias de primera generación, su uso hoy día permanece vigente y, dependiendo del tipo de caso clínico atendido y sus particularidades, se pueden trabajar estas estrategias. Sin embargo, también pueden acompañarse de otras estrategias dentro del mismo modelo conductual, que podrían ser aquellas que forman parte de segunda generación o las llamadas de tercera generación. A continuación, se abordarán las terapias de segunda generación para que podamos establecer sus características y diferencias existentes, y así mismo, las estrategias que de ellas forman parte.

Terapias del comportamiento de segunda generación

Las terapias de segunda generación, llamadas también cognitivo-conductuales, buscan alterar los llamados procesos internos o eventos privados, que desde su perspectiva explican de manera causal el comportamiento; es decir, interviniendo sobre las creencias, pensamientos, esquemas mentales, ideas, se generan modificaciones en la conducta problema. La intervención entonces está dirigida a la modificación de eventos cognitivos para alterar las acciones de la persona que presenta trastornos psicológicos (Luciano y Valdivia, 2006).

Las terapias cognitivo-conductuales están apoyadas básicamente en la aplicación de los principios de los procesos cognitivos sobre la adquisición, el mantenimiento y la modificación de la conducta. Si revisamos el título en el que se hace referencia al comportamiento, es en estas terapias de segunda generación, donde tiene mayor peso el componente cognitivo que el conductual. Las creencias en la terapia cognitivo-conductual se encuentran relacionadas y tiene en cuenta dos supuestos:

1. Las cogniciones afectan el comportamiento (actuar de acuerdo a las creencias), es decir que primero se encuentran las cogniciones y posterior a ellas, el comportamiento. Una de las diferencias con las terapias de primera generación es que, en estas últimas, el comportamiento incluye el elemento cognitivo.
2. El efecto que producen dichas creencias en las emociones. Al estar ubicadas de manera independiente, así como las cogniciones repercuten en la ejecución de una conducta, así mismo sería respecto al área emocional.

Ahora bien, el modelo cognitivo no tiene un autor en particular; sin embargo, lo que realmente tuvo influencia en el desarrollo de esta segunda generación, fue el **simposio de Hixon** en 1948, que da cabida al componente cognitivo, como respuesta a nuevas teorías planteadas en función de la elaboración y procesamiento de la información. Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en la implementación de las terapias de primera generación frente a diferentes problemáticas psicológicas, se concluía que se estaba dejando de lado el elemento cognitivo. A raíz de lo anterior, se sugiere abarcar el componente cognitivo y es así que surgen las terapias cognitivo-conductuales. Las terapias utilizadas para ese entonces, representaban mayor costo que beneficio (tiempo, menos eficacia). El enfoque psicoanalítico tenía gran fuerza en su utilización; sin embargo, se quedaba corto en su eficacia y en su desarrollo poco estructurado de las sesiones; de hecho, dos de los autores psicoanalíticos representativos de la época (Albert Ellis y Aaron Beck), fueron dos de los principales exponentes de este modelo cognitivo tal y como veremos a continuación:



Simposio de Hixon

Evento llevado a cabo en 1948 cuya finalidad fue relacionar el estudio del sistema nervioso y la conducta. Se hace énfasis en la analogía computador y cerebro, dando origen al modelo cognitivo y generando un enfoque mediacional, en el que los eventos cognitivos producían el comportamiento.

Terapia Racional Emotiva (TRE)

Albert Ellis desarrolló la Terapia Racional Emotiva (TRE) teniendo en cuenta los canales de respuesta incluyendo la parte cognitiva; sin embargo, el elemento novedoso se centraba en la postura terapéutica (se esperaba que fuera más directiva) que implicaba mayor participación del terapeuta en sesión (a diferencia del modelo psicoanalítico, en el que la postura terapéutica se centra en ser un agente pasivo) e implementación de técnicas dirigidas a la modificación de creencias.

Ellis quien propone un ABC que busca interpretar de manera lógica y coherente los comportamientos mediados por la cognición. Si se sigue el orden coherente del planteamiento de Ellis con el ABC de la conducta, se puede observar que B siempre estará en medio de AC. En este caso A traduce por sus siglas en inglés evento activador (*activating event*), que representa un acontecimiento activador o situación ocurrida. Pueden ocurrir a nivel externo o interno (lo que incluye además eventos cómo recordar). Posteriormente, el elemento B representa el sistema de creencias (*belief system*). Este ítem abarca los conceptos que hacen parte de la cognición o eventos privados: pensamientos, creencias, recuerdos, imágenes, esquemas, normas, valores, ideas. Posteriormente y como consecuencia de los dos anteriores, se encuentra el ítem C, que corresponde a la reacción frente al *activating event* (A). Las respuestas que forman parte de dicha reacción, pueden ser emocionales, cognitivas o conductuales.

La idea con la implementación de la TRE, es identificar en un consultante cuáles son aquellas creencias que resultan contraproducentes según las situaciones experimentadas, y explicarle según el esquema mencionado, cómo funcionan nuestras creencias en las conductas que se realizan y viceversa. Lo anterior busca dar origen a nuevos esquemas de pensamientos alrededor de dichas situaciones, y todo ello, conlleva a que el individuo sea más funcional frente a su propia problemática.

Terapia cognitiva de Beck

Por otra parte, Aaron Beck (1979), un profesional en el campo de la psiquiatría, profundizó sus estudios en los trastornos del estado de ánimo, principalmente en la depresión. Este autor, propone la terapia de la triada cognitiva, que consiste en evaluar e intervenir en tres aspectos que resultan fundamentales para el clínico: uno de ellos es la visión de sí mismo, la visión del mundo u la visión del futuro. Beck considera que los esquemas mentales son patrones cognitivos que se encuentran estables en las personas y gracias a ellos, constituyen la base de las interpretaciones de lo que ocurre alrededor en la vida de los consultantes. Para Beck, una persona que presente una alteración en su estado del ánimo, especialmente asociado a la tristeza, ha estado expuesta a lo largo de su historia,

a diferentes experiencias de índole negativa, lo que genera como consecuencia, la forma en la que actúa frente a determinados eventos.

Creencias	Pensamientos
Son el resultado entre un esquema mental y la realidad que vive un individuo.	Se definen por su carácter impuesto, y aparecen en el fluir del pensamiento normal, aunque ayudan a condicionar el curso del mismo.
<p>Creencias nucleares: se relacionan con ideas arraigadas de difícil modificación y que, dan sentido a la identidad. Ejemplo: soy mujer.</p> <p>Creencias periféricas: se relacionan con aspectos secundarios de la persona y tienen mayor probabilidad de cambio.</p>	Los pensamientos automáticos son fugaces, aparecen y se entienden como la manifestación de las creencias.

Tabla 2. Terapia cognitiva de Beck
Fuente: propia

Si revisamos la tabla con detenimiento, los pensamientos automáticos identificados juegan un papel crucial ya que dependen en gran parte las técnicas terapéuticas que se van a utilizar en la terapia. Dichas técnicas están dirigidas a alterar el sistema de creencias que presenta un individuo. En este sentido los pensamientos automáticos, son el resultado de la interacción entre los diferentes sistemas de creencias. Estos pensamientos automáticos tienen como característica, que el individuo considera que son reales (tener en cuenta subjetividad de la interpretación del consultante) pese a que la interpretación real no lo sea, razón por la cual, la evaluación psicológica debe ir orientada a detectar todo el sistema de creencias alrededor de la problemática en particular.



¡Recordemos que!

Para aplicar las terapias de reestructuración cognitiva, se debe tener en cuenta que, durante la sesión de evaluación psicológica, identificaremos los esquemas de pensamiento que tiene la persona respecto a sí mismo y sus vivencias, respecto al mundo en general y respecto al futuro. Luego revisaremos la relación existente entre el problema identificado y dichos esquemas de pensamiento. Es a partir de esta identificación y propuesta de plan de tratamiento desde el modelo cognitivo-conductual, que el individuo reconsiderará sus ideas (aquellas que sean las que influyen negativamente sobre el problema identificado) y posteriormente se irá revisando la puesta en práctica del modelo cognitivo. Acá cabe señalar que, independientemente de elegir la TRE de Ellis o la terapia cognitiva de Beck, son los componentes que se derivan de cada una, los que generarán el efecto en el comportamiento del individuo, que explica todo el modelo cognitivo y cómo la situación del consultante se ajusta a la teoría planteada desde este componente.

Teniendo en cuenta lo explicado anteriormente, dentro del marco de las terapias del modelo cognitivo-conductual, existen otras estrategias que de ellas forman parte:

Solución de problemas

Busca realizar básicamente un proceso en el que se enseña a los consultantes, a desarrollar la habilidad que necesitan y en la cual presentan una posible dificultad, para resolver los problemas de manera adecuada. El objetivo principal de la utilización de ésta técnica, es que los individuos aprendan por medio de la enseñanza del terapeuta, a alcanzar soluciones que resulten pertinentes a los problemas identificados. Sus objetivos específicos abarcan ayudar a las personas a reconocer un problema en el momento en que comienza a presentarse, elegir las estrategias que podrían llevarse a cabo, facilitar una amplia gama de posibles respuestas adecuadas a la situación, y establecer un procedimiento para escoger la respuesta más adecuada según el problema que se haya presentado. La técnica de solución de problemas contiene cinco componentes, que incluyen una serie de pasos para efectuar de manera adecuada, la escogencia de la solución que el individuo considere conveniente. (D'Zurilla, 1993; D'Zurilla y Nezu, 1982, 1999). Al respecto, las principales características y su implementación, serán abordados en el módulo de profundización de la intervención clínica.

Inoculación del estrés

Esta terapia surge como una de las terapias de afrontamiento, con el fin de enseñar a los pacientes a hacerle frente a las situaciones que resultan de difícil manejo y generan malestar, y que así mismo, constituyen parte de la cotidianidad. Las principales características de estas terapias son: el objetivo de la inoculación del estrés es que intenta entrenar comportamientos que resulten adaptativos y prevenir por medio de las respuestas que se emitan, situaciones estresantes para el consultante. En caso de elegir esta estrategia terapéutica, el psicólogo debe tener en cuenta cuáles son las características del paciente, ya que algunos seguramente presenten mayores habilidades que otros y aquellos que presenten algunas dificultades en el establecimiento de habilidades puntuales, también tendrán que ser entrenadas.

Terapia de desensibilización sistemática o de exposición de John Wolpe

Es una terapia que se utiliza principalmente, en el manejo de problemas relacionados con la ansiedad y parte del entrenamiento, consiste en pedirle al individuo que se relaje profundamente (para ello con otras técnicas que ya veremos a continuación) y que imagine varias escenas que le provoquen los mayores niveles de respuestas fisiológicas (relacionadas a la ansiedad). El objetivo de dicha aplicación, supone que la presentación repetida en la imaginación de estas escenas, puestas en la consulta psicológica, producen

disminución del malestar y debilitamiento paulatino de las respuestas fisiológicas que se encuentran elevadas.

Ejercicios de respiración y relajación

Estos ejercicios fueron creados por el médico Edmund Jacobson en 1929. El objetivo de la realización de los ejercicios de respiración y relajación es la reducción de la tensión corporal y la ansiedad que experimenta. Para que esto se lleve a cabo de manera satisfactoria, hay que indagar sobre experiencias negativas respecto a estos ejercicios ya que según exista un evento negativo en el sistema de creencias, afectará de manera significativa (y negativamente) el ejercicio. Se busca disminuir malestar en diferentes zonas corporales en las que se incluyen zonas musculares, dolores corporales, y respuestas fisiológicas elevadas. Respecto a la relajación progresiva, consiste en generar inicialmente una respiración de manera profunda (cuando se inspira el aire, se debe contener por algunos segundos), tensando los músculos del cuerpo, y posteriormente, cuando se realiza el proceso de expiración, se suelta el aire contenido al igual que se relajan los músculos tensados (según la zona trabajada). Para cada zona del cuerpo existen ejercicios puntuales que pueden beneficiar el proceso terapéutico, de hecho, las estrategias enseñadas en sesión constituyen la puesta en práctica en casa.

Cómo hemos podido observar con la descripción de las técnicas que componen el modelo cognitivo-conductual, se busca una considerable reducción del malestar, llevando a cabo la puesta en práctica de las estrategias enseñadas en consulta. Cabe señalar que esta amplia gama busca reducir el malestar con estrategias que si bien son efectivas, buscan controlar el que los consultantes se sientan mal, lo cual constituye, la razón principal de la creación de las terapias de tercera generación, que si bien siguen siendo parte del modelo conductual, deja de lado el elemento cognitivo porque no lo considera como un ente independiente, sino al contrario, lo acoge como parte de la conducta y así mismo, lo resalta como elemento principal de éstas terapias.

BIBLIOGRAFÍA

- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Brouwer.
- Callaghan, G. M., Gregg, J. A., Marx, B. P., Kohlenberg, B. S., & Gifford, E. (2004). FACT: The Utility of an Integration of Functional Analytic Psychotherapy and Acceptance and Commitment Therapy to Alleviate Human Suffering. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(3), 195.
- D'Zurilla, T. J., & Nezu, A. M. (1999). *Problem-solving therapy: A social competence approach to clinical intervention*. Springer Publishing Company.
- Fernández Parra, A., & Ferro García, R. (2006). Psicoterapia analítico-funciona: una aproximación contextual funcional al tratamiento psicológico= Functional analytic psychotherapy: a functional-contextual approach to psychological treatment.
- Labrador, F., Cruzado, J. y Muñoz, M. (1993). *Manual de Técnicas y Terapia de Conducta*. Madrid. Pirámide.
- Labrador, F. J., Echeburúa, E., & Becoña, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos*. Madrid: Dykinson.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44(1), 1-25.
- Luciano Soriano, M. C., & Valdivia Salas, M. S. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del psicólogo*, 27(2).
- Páez, M., Gutiérrez, O., Valdivia, S. & Luciano, C. (2006). Terapia de Aceptación y Compromiso y la importancia de los valores personales en el contexto de la terapia psicológica. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6, (1), 1-20.



www.usanmarcos.ac.cr

San José, Costa Rica