



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

“INTERVENCIÓN BASADA EN TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO EN
ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS CON SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA Y DEPRESIVA”

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
ANGÉLICA GONZÁLEZ DÍAZ

TUTOR PRINCIPAL: DRA. ANGÉLICA RIVEROS ROSAS
FACULTAD DE CONTADURIA Y ADMINISTRACIÓN

MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR:

DRA. BLANCA ELIZABETH JIMÉNEZ CRUZ/ FACULTAD DE CONTADURIA Y
ADMINISTRACIÓN

DRA. NANCY CABALLERO SUÁREZ /INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES
RESPIRATORIAS

DRA. CARMEN LIZETTE GÁLVEZ HERNÁNDEZ/INSTITUTO NACIONAL DE
CANCEROLOGÍA

MTRA. KARLA SUÁREZ RODRÍGUEZ/ FACULTAD DE PSICOLOGÍA

CIUDAD DE MÉXICO, SEPTIEMBRE, 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

A mis padres, por su apoyo incondicional, por siempre estar y confiar en mi aun cuando yo no lo he hecho. Por su inmenso amor y entrega. Muchas gracias.

A mis hermanos, porque con su ejemplo me motivan, porque cada uno a su manera me inspira a crecer. Por todo su apoyo en los momentos más oportunos.

A Daniel, por darme “el empujón” que necesitaba para terminar, por acompañarme en este proceso final y enseñarme a persistir. Por impulsarme con su ejemplo a mejorar y por darme la paz y estabilidad que necesitaba. Por ser la mejor compañía.

A mi tía Ara, Dany y Andrés, por su alegría y amor siempre. Son de las personas que más me importan en la vida.

Al abuelo Rafa, el mejor ejemplo de resiliencia que conozco, por enseñarme con su ejemplo lo que es vivir una vida comprometida y a disfrutar.

A la doctora Angélica Riveros, por su guía, sus sugerencias y correcciones acertadas, ha sido una gran maestra y apoyo durante el proceso.

A la Doctora Elizabeth Jiménez, Doctora Lizette Gálvez, Doctora Nancy Caballero y Maestra Karla Suárez por sus oportunas correcciones y su disposición a aportar a la mejora de este trabajo.

A Karina Solís por su apoyo siempre, sus ganas de ayudar, sin su apoyo no hubiera sido posible este trabajo.

A Ana Lety, por ser mi mejor amiga por tantos años, validarme en los momentos difíciles y escucharme siempre.

ÍNDICE

Resumen	VI
Abstract.....	VII
Capítulo 1. Reporte de Actividades Realizadas en COE-FCA.....	1
1.1 Descripción de la Sede	1
1.2 Descripción de las Actividades del Centro de Orientación Educativa	2
1.2.1 Atención psicológica individual.	2
1.2.2. Atención psicológica grupal.	2
1.2.3 Talleres.	3
1.2.4 Programa alumno-alumno	4
1.2.5 Formación y actualización de personal	4
1.3 Plan de Actividades del Residente	4
1.4 Productividad.....	6
1.5 Habilidades aprendidas, Áreas de oportunidad y Sugerencias	25
Capítulo 2. Sintomatología Ansiosa y Depresiva.....	27
2.1 Introducción.....	27
2.1.1 Prevalencia ansiedad y depresión	27
2.1.2 Definición de ansiedad.	28
2.1.3 Definición de depresión.....	28
2. 1.4 Comorbilidad ansiedad y depresión	28
2.2 Comportamiento de evitación en Ansiedad y Depresión	29
2.3 Condiciones que facilitan Trastornos del Estado de Ánimo.....	30
2.4 Consecuencias de la Ansiedad y la Depresión en aspectos personales, profesionales, académicos y familiares	33
Capítulo 3. Estudiantes Universitarios	38

3.1 Características y Dificultades en Estudiantes Universitarios	38
3.2 Particularidades de los Estudiantes de Contaduría y Administración	39
Capítulo 4. Terapia de Aceptación y Compromiso	43
4.1 Fundamentos Teóricos de la Terapia de Aceptación y Compromiso.....	43
4.2 La Terapia de Aceptación y Compromiso.....	44
4.2.1 Antecedentes generales de la Terapia de Aceptación y Compromiso.....	49
4.2.2 Antecedentes Terapia Aceptación y Compromiso en Estudiantes universitarios. .	53
Capítulo 5: Intervención Basada en Terapia de Aceptación y Compromiso en Estudiantes Universitarios con Sintomatología Ansiosa y /o Depresiva.....	57
5.1 Justificación	57
5.2 Propósito.....	59
5.3 Método.....	60
5.3.1 Objetivos específicos.....	60
5.3.2 Participantes	60
5.3.2.1 Criterios de inclusión.....	60
5.3.2.2 Criterios de exclusión.	61
5.3.3 Definición de Variables	61
5.3.3.1 Variable independiente.....	61
5.3.3.2 Variables dependientes.....	66
5.3.4 Diseño de investigación.....	67
5.3. 5 Instrumentos.	67
5.4 Procedimiento.....	68
5.5 Resultados.....	69
5. 6 Discusión	91
5. 7 Conclusiones.....	96

5.8 Referencias	98
Anexos	111
Anexo A: Inventario de depresión de Beck.....	112
Anexo B: Inventario de ansiedad de Beck.....	115
Anexo C: AAQ-II.....	117
Anexo D: Manual de aplicación Intervención.....	118

Resumen

En el presente trabajo se presenta el reporte del protocolo de investigación aplicado y el manual del terapeuta para la aplicación de éste, realizados en el Centro de Orientación Educativa de la Facultad de Contaduría y Administración dentro del programa de Residencia en Medicina Conductual, Maestría en Psicología de la UNAM. Se ha visto que la ansiedad y la depresión en estudiantes universitarios tienen un impacto negativo en diferentes áreas: escolar, laboral, social, familiar. Por tal razón, es importante la implementación de intervenciones dirigidas a la prevención o al manejo de la sintomatología tanto depresiva como ansiosa. Se buscó evaluar los cambios de una intervención basada en Terapia de Aceptación y Compromiso en estudiantes universitarios de la Facultad de Contaduría y Administración en la sintomatología ansiosa, depresiva y la evitación de la experiencia; así como proporcionar estrategias de prevención de trastornos mentales más graves, ya que dicha población no se considera clínica.; se realizó un caso único AB con seguimiento a un mes, participaron 7 estudiantes, se aplicó una intervención manualizada de 9 módulos. Se encontraron reducciones significativas en ansiedad y depresión, con mayor impacto en la sintomatología depresiva; en la evitación de la experiencia, de forma general no se reflejaron diferencias significativas; sin embargo, se observó una mayor ejecución de conductas relacionadas a las metas de los estudiantes, así como una disminución de la evitación experiencial de la medición inicial a la final, lo cual podría significar que aún falta información para afirmar estadísticamente que la intervención tuvo efecto positivo en dicha variable. De forma general se cumple el propósito de brindar estrategias para el manejo de sintomatología ansiosa y depresiva, y de ayudar a los estudiantes a la ejecución de conductas relacionadas a sus metas.

Palabras clave: Ansiedad, Depresión, Terapia de Aceptación y Compromiso.

Abstract

It is presented below the applied research protocol, as well as the therapist's manual for the application of this, carried out in the Educational Guidance Center of the School of Accounting and Administration in the Residency program in Behavioral Medicine, Master's Degree in Psychology of UNAM. It has been seen that anxiety and depression in university students have a negative impact in school, work, social and family. For this reason, it is important to implement tasks aimed at the prevention or management of both depressive and anxious symptoms. It was evaluated the changes of an intervention of Acceptance and Commitment Therapy at the university students of the Faculty of Accounting and Administration in the anxious and depressive symptomatology and the experiential avoidance; as well as providing prevention strategies for mental disorders since this population is not considered clinical. An AB single case was carried out with one-month follow-up, participation of 7 students, a manualized intervention of 9 modules was applied. Significant reductions in anxiety and depression were found, with a greater impact on depressive symptomatology; in experiential avoidance, in general, no significant differences were reflected; however, it is considered a greater performance of behaviors related to the students goals, as well as a decrease in the experiential avoidance of the initial measurement at the end, which may mean that there is still no information to statistically affirm that the intervention has positive effect on mentioned variable. In general, the purpose is fulfilled, providing strategies for the management of symptoms, anxiety and depression, as well as help for students and the execution of behaviors related to their goals.

Key words: Anxiety, Depression, Acceptance and Commitment Therapy.

Capítulo 1. Reporte de Actividades Realizadas en COE-FCA

1.1 Descripción de la Sede

El Centro de Orientación Educativa de la Facultad de Contaduría y Administración (COEFCA) de la Universidad Nacional Autónoma de México pertenece a la Secretaría de Relaciones y Extensión Universitaria. Tiene como finalidad brindar atención oportuna a los estudiantes que presenten problemáticas de índole psicológico que puedan interferir con el desempeño académico; así como canalizar aquellos casos que requieran atención especializada con el fin de que cada alumno reciba el tratamiento adecuado, además de proporcionar herramientas o estrategias para la mejora del desempeño académico. Los servicios anteriormente mencionados tienen como objetivo brindar una atención integral al alumno. La Secretaría de Relaciones y Extensión universitaria a la que pertenece el COEFCA cuenta con diferentes áreas, las cuales se muestran a continuación:

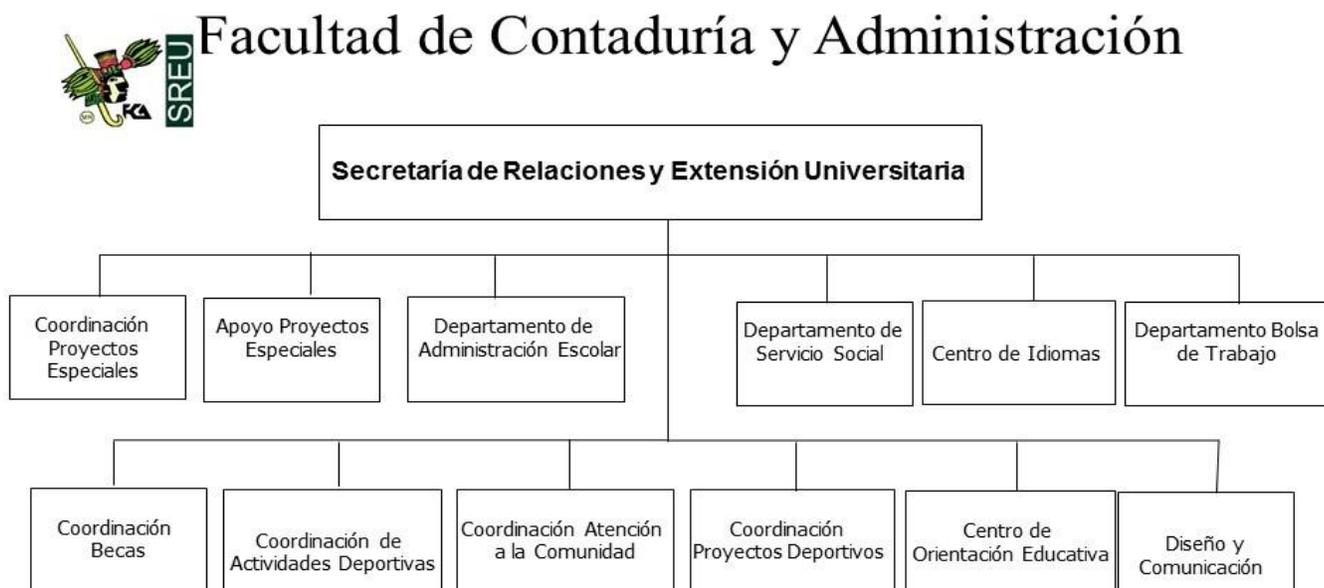


Figura 1. Departamentos de la Secretaría de Relaciones y Extensión Universitaria (SREU).

1.2 Descripción de las Actividades del Centro de Orientación Educativa

1.2.1 Atención psicológica individual. El COEFCA tiene un grupo de psicólogos, estudiantes de maestría y doctorado, que ofrecen atención individualizada a alumnos de Contaduría, Administración e Informática que lo requieran, mediante la supervisión de la coordinadora del centro. El enfoque de la atención psicológica es Cognitivo-Conductual.

Cabe señalar que existen diferentes tipos de modalidades de atención. La más común es la atención semanal, que radica en citar al usuario una vez a la semana, acordar metas de trabajo y asignar tareas; también se brinda atención ante situaciones de crisis, que generalmente consiste en una sola sesión y un seguimiento telefónico o presencial (dependiendo del caso). En este caso se proporciona contención emocional y se realizan acciones encaminadas a preservar la seguridad del estudiante, como canalización o contacto con la familia.

En los casos que no se le puede brindar la atención requerida al alumno, ya que presenta alguna problemática que requiere un tratamiento especializado, se realiza una canalización. La cual reside en evaluar por parte del equipo del COEFCA, posteriormente se realiza una carta para referir al usuario a una institución donde se le atienda adecuadamente. Se cuenta con un directorio de instituciones de atención especializada, las más comunes son de índole psiquiátrica. Estas instituciones son contactadas previamente vía telefónica para asegurar su pertinencia y el procedimiento de atención, también se procura hacer un seguimiento con el usuario acerca de la atención recibida y de la eficacia.

1.2.2. Atención psicológica grupal. Ocasionalmente, se realiza esta forma de atención cuando varios usuarios se podrían beneficiar de una intervención similar y de la interacción con

usuarios con problemas similares. Un ejemplo es la atención grupal de control de las emociones y asertividad.

1.2.3 Talleres. EL COEFCA regularmente ofrece talleres abiertos a todos los estudiantes de la facultad, aproximadamente cada tres meses. Además, se encarga de la creación y diseño de nuevos talleres dependiendo las necesidades de la población estudiantil. A continuación, se describen los talleres que se ofrecen:

Control de emociones. Tiene como finalidad que los estudiantes conozcan en qué consisten las emociones, cómo les afectan y de qué manera pueden expresarlas y regularlas eficazmente.

Habilidades de interacción. Tiene como objetivo favorecer la interacción las relaciones personales, escolares y profesionales de los estudiantes, por medio de aspectos emocionales, asertividad, liderazgo, así como brindar herramientas que ayuden a mejorar la resolución de problemas en las relaciones.

Autoestima y asertividad. Proporcionar a los participantes una serie de actividades que propicien el análisis, la reflexión, la expresión de pensamientos y sentimientos, para favorecer el autoconocimiento, la autoaceptación y autovaloración positiva, así como modelar conductas asertivas que refuercen su autoestima y el establecimiento de límites.

Hábitos de estudio. Tiene como finalidad brindar herramientas que ayuden a los estudiantes a mejorar el desempeño académico, a través de la comprensión de situaciones comportamentales que impactan en el estudio como sus hábitos de sueño, sobre y sub-activación, el papel de las emociones y cansancio, alimentación, así como estrategias que ayuden a fortalecer

aspectos relacionados al aprovechamiento escolar: toma de apuntes, estrategias de estudio, mantenimiento de la atención, entre otros.

1.2.4 Programa alumno-alumno. Este programa no lo realiza el equipo de psicólogos, sino estudiantes de las carreras que se imparten en la Facultad, es decir, alumnos de Contaduría, Administración e Informática. Tiene como finalidad proporcionar asesoría a estudiantes que presentan dificultades en aspectos específicos de diferentes materias, es por ello por lo que se convoca a estudiantes que presentan facilidad en determinadas materias y de esta forma se realiza una asesoría personalizada a aquellos alumnos que lo requieran, tanto para la preparación de exámenes como de trabajos a entregar. Los alumnos que brindan la asesoría se comprometen a asistir un número determinado de horas semanalmente, y se les entrega una constancia con valor curricular. Las asesorías más comunes son sobre contabilidad, estadística, matemáticas financieras y costos.

1.2.5 Formación y actualización de personal. Para brindar una atención adecuada en el COEFCA existe una constante actualización en cuanto a la formación profesional. Debido a que en el COEFCA se forman psicólogos clínicos bajo el enfoque cognitivo-conductual, se hace énfasis en la supervisión de casos. Se realiza un seminario donde se supervisan casos, se revisa y actualiza material, así como se elabora material psicoeducativo y de divulgación.

1.3 Plan de Actividades del Residente

Los residentes de Medicina Conductual tienen un horario de 9:00 a 15:00 horas, de lunes a viernes, dentro de las actividades que realizan como residente de la maestría, se encuentran las siguientes:

1. Fase de entrenamiento. Consiste, en primer lugar, en el análisis de lecturas vinculadas a la relación terapéutica, el establecimiento de metas, conceptualización de casos, reestructuración cognitiva y un análisis acerca de las razones personales para querer desarrollar esta actividad. Esta fase se lleva a cabo en el primer semestre de residencia; ya que se ha realizado el análisis de las lecturas, entonces el residente comienza a participar en las sesiones de intervención psicológica. A continuación, se explicará de qué manera se lleva dicho proceso.

Posteriormente, se adquieren y desarrollan habilidades terapéuticas a través de la observación, es decir un terapeuta experto realiza la sesión y el residente observa las destrezas y las estrategias de intervención, para después discutir al final de la sesión, las decisiones tomadas. Cuando el residente adquiere cierta experiencia, entonces realiza las intervenciones de forma individual con la supervisión de la coordinadora del centro de apoyo psicológico.

2. Protocolo de investigación. En primer lugar, se realiza una base de datos de los usuarios atendidos para analizar el motivo principal de consulta y de abandono, el número de sesiones a las que acudieron, así como la satisfacción con el servicio. Con base a los datos obtenidos, se observan las principales demandas del centro de servicios psicológicos y al determinar las necesidades de los estudiantes, se diseña un protocolo de intervención basado en éstas.

3. Actividades cotidianas del residente. En seguida se enlistan aquellas actividades que se realizan en la residencia de Medicina Conductual:

- Brindar información sobre los servicios que ofrece el centro de apoyo psicológico.
- Atención psicológica individual.

- Atención psicológica grupal en problemáticas específicas (por ejemplo, control emociones).
- Intervención en crisis.
- Canalizaciones a centros especializados.
- Programa alumno-alumno.
- Impartición de talleres.
- Seminario una vez a la semana para revisión de material, actualización y supervisión de casos.

1.4 Productividad

La residencia se llevó a cabo de enero de 2014 a julio de 2015, en total se atendieron 239 alumnos, 133 mujeres (55.6%) y 106 (44.3%) fueron hombres. Los estudiantes fueron atendidos por un total de cuatro psicólogos. La distribución de los estudiantes atendidos según la carrera a la que pertenecen se describe en la figura 2, la mayoría de los estudiantes atendidos fueron de Administración, seguido por Contaduría, es importante mencionar que de siete estudiantes atendidos no se cuenta con este tipo de información, aunque se sabe que eran de sistema escolarizado.

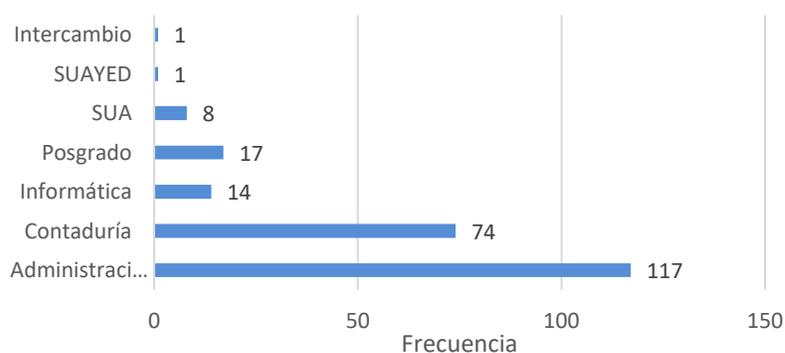


Figura 2. Distribución de usuarios por carrera.

Del total de usuarios inscritos a nivel licenciatura del sistema escolarizado, la mayoría fueron alumnos de segundo semestre (en total 33 alumnos), cabe destacar que las siguientes dos frecuencias más altas correspondieron a primer semestre y a noveno, que en realidad es un semestre adicional al del plan de estudios; también se tomó en cuenta a los siete usuarios que no se tiene información de la carrera que cursaban pero que eran pertenecientes al sistema escolarizado (sin información).

Tabla 1

Frecuencia de estudiantes atendidos por semestre

Semestre	Frecuencia (%)
1	27 (12.7%)
2	33 (15.5%)
3	13 (6.1%)
4	21 (9.9%)
5	21 (9.9%)
6	22 (10.3%)
7	19 (8.9%)
8	27 (12.7%)
9	13 (6.1%)
Pasantes	4 (1.8%)
Sin información	12 (5.6%)
Total	212 (99.5%)

El total de estudiantes que asistieron a talleres en el periodo de la residencia en Medicina Conductual, fueron 367 asistentes, 280 fueron mujeres (76.29%) y 87 hombres (23.70 %). En el semestre 2014-2, de enero de 2014 a mayo de 2014 asistieron 119 alumnos: 103 mujeres (86.55%) y 16 hombres (13.44 %). Durante el semestre 2015-1 (de agosto a noviembre de 2014), el total de

estudiantes que asistieron a talleres fueron 144. De los cuales fueron 103 mujeres (71.52 %) y 41 hombres (28.47%).

Se observó mayor interés y participación de las mujeres y mayor afluencia en el tema de Autoestima y Asertividad. El taller de hábitos de estudio fue de reciente creación, no se ofertó al momento que se reporta. En el semestre que comprende de enero a mayo de 2015, último en el que se realizó la residencia (2015-2), asistieron 104 alumnos. 74 (71.15 %) fueron mujeres y 30 (28.84 %), hombres. En ese semestre se abrió un nuevo taller: esquemas emocionales.

Tabla 2

Asistencia a talleres durante Residencia: mayo de 2014 a mayo de 2015.

Periodo	Control de emociones		Habilidades de interacción		Autoestima y Asertividad		Esquemas emocionales	
	H	M	H	M	H	M	H	M
Semestre 2014-2								
Apertura	5	20	3	3	0	20	N/A	
Intermedio	0	20	0	6	0	20	N/A	
Cierre	4	6	N/I		4	8	N/A	
Semestre 2015-1								
Apertura	4	7	2	10	2	6	N/A	
Intermedio	3	12	4	9	9	20	N/A	
Cierre	5	13	7	11	5	15	N/A	
Semestre 2015-2								
Apertura	4	14	1	8	5	9	N/A	
Intermedio	5	12	5	3	3	5	N/A	
Cierre	2	4	2	6	1	11	2	2

Nota: H= Hombre; M= Mujer; N/I = No hubo inscripciones; N/A = No aplica.

A continuación, se abordará la productividad específica del residente. En primer lugar, se asignaron casos; posteriormente, se realizó una evaluación inicial de cada caso a través de los Inventarios de Beck (BAI /BDI), y otros pertinentes a características particulares del caso como enojo, afrontamiento, etc. Después se establecían metas de terapia, para emplear diferentes técnicas basadas en la terapia cognitivo-conductual. Dichas técnicas fueron principalmente reestructuración cognitiva, respiración diagramática, resolución de problemas, activación conductual, así como técnicas basadas en la terapia de aceptación y compromiso como aceptación y defusión, por ejemplo.

El residente del Medicina conductual atendió un total de 39 usuarios, se describen las características de éstos a continuación. El 64.1 % (25) fueron mujeres, mientras que el 35.9 % (14), hombres. Se muestra la distribución de acuerdo con la carrera que estudiaban los usuarios atendidos. De la carrera de Administración fueron el 66.5%, mientras que el 33.5% pertenecían a Contaduría, la residente no atendió a ningún usuario perteneciente a la carrera de informática.

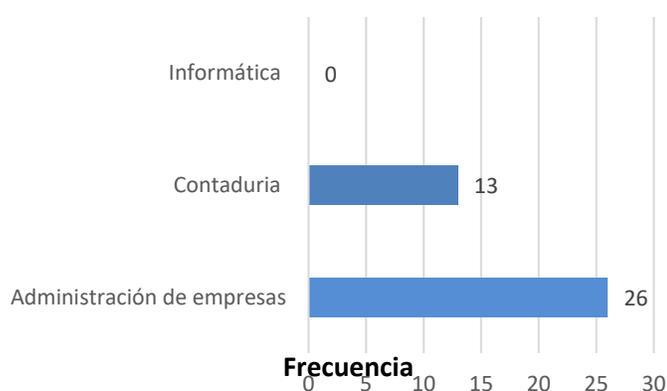


Figura 3. Distribución usuarios atendidos por carrera.

En seguida se describen los motivos por los que los usuarios solicitaron apoyo psicológico.

Cada estudiante podía manifestar más de un motivo de consulta (ver tabla 3).

Tabla 3

Frecuencia de estudiantes según el motivo de consulta

Motivo de consulta	Frecuencia
Problemas del espectro ansioso	12
Problemas del espectro depresivo	10
Control de emociones	8
Autoestima	7
Problemas familiares	6
Relación de pareja	6
Problemas escolares	4
Duelo por ruptura	2
Trastornos de alimentación	2
Dependencia emocional	1
Intervención en crisis	1
Habilidades sociales	1
Problemas de conducta (robo)	1
Procrastinación	1

Se emplearon diferentes protocolos, así como técnicas de la terapia cognitivo –conductual para abordar la problemática de cada usuario. Se enlistan y presenta una breve descripción, así como un ejemplo de cómo se aplicaron a la población del COEFCA:

Entrevista inicial. En tanto que los problemas del usuario tienen origen en experiencias desadaptativas de aprendizaje, se recaban datos para realizar un análisis funcional de las conductas. Después se diseñan algunas indicaciones sobre la intervención a seguir, según las hipótesis planteadas (Perpiña, 2012).

En el COEFCA, en el formato de entrevista inicial, se exploró la situación problemática, condiciones bajo las que nota mejora y empeora, así como la atención recibida con anterioridad. También se incluyó el familiograma y principales relaciones sociales del usuario, antecedentes heredofamiliares de riesgo psicológico y de la salud física. Durante la entrevista inicial se establecieron las principales razones para solicitar apoyo y se realizaba psicoeducación sobre el modelo educativo del Centro, fundamentado en estrategias cognitivo-conductuales, que se dirigen a preservar su seguridad y favorecer su desarrollo en aquellos aspectos que el usuario(a) consideraba relevantes en su vida y alcance de sus metas.

Reestructuración cognitiva. Identificación y cuestionamiento de pensamientos desadaptativos, de tal forma que sean sustituidos por otros más apropiados, se reduzca la perturbación emocional y/o conductual. Los pensamientos son considerados como hipótesis y de forma colaborativa, se recogen datos para determinar la validez. El terapeuta formula una serie de preguntas y diseña experimentos conductuales (Clark, 1989).

En el COEFCA, en primer lugar, se enseñó el modelo del determinismo recíproco, de tal forma que se identifique la relación entre situación, pensamiento, emoción, conducta. Se brindaba información general sobre pensamientos automáticos, interpretación personal (sesgos) y a través de auto registros, se detectaban pensamientos automáticos problemáticos, los cuales posteriormente se debatían. Una vez identificados, se identificaban las creencias intermedias con una serie de preguntas, para finalmente poder examinar las creencias centrales.

Entrenamiento autoinstruccional de Meichenbaum. Tiene como finalidad enseñar al usuario a modificar o sustituir el diálogo interno desadaptativo que pueden presentarse antes, durante o después de enfrentarse a una determinada situación (Olivares, Maciá, Alcázar y

Olivares-Olivares, 2014). En el COEFCA, se les brindaban autorregistros para que pusieran en práctica las autoinstrucciones, con el fin de identificar los pensamientos desadaptativos y, posteriormente, que ellos aprendieran a sustituirlos por autoinstrucciones que les ayudaran a lograr ciertos objetivos.

Protocolo de aceptación y compromiso. Incrementar la aceptación de un rango de experiencias subjetivas, ya sean pensamientos, creencias, sensaciones corporales y sentimientos, en un esfuerzo por promover el cambio de comportamiento que conduzca a una mejoría en la calidad de vida (Forman, Herbert, Moitra, Yeomans y Geller, 2007).

En algunos usuarios se aplicó el protocolo de aceptación y compromiso a través del manual para el terapeuta (protocolo de investigación), incluye la utilización de estrategias de aceptación, defusión, atención al momento presente, yo como contexto, valores y comprometerse con la acción.

Técnicas de relajación. Es un proceso de aprendizaje gradual en reducción de la activación para afrontar mejor diversas situaciones. Tiene como finalidad disminuir la respuesta general ante el estrés (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Se aplicaba la respiración diagramática, un moldeamiento y modelamiento de la técnica; después lo repetían varias veces hasta que el terapeuta notaba que lo habían adquirido y confirmaban el efecto positivo; además lo practicaban en casa. También se aplicaba la relajación muscular progresiva cefalocaudal, se les daban instrucciones para tensar y relajar diferentes grupos de músculos; posteriormente se les pedía que lo practicaran en casa.

Psicoeducación. Tiene como objetivo que comprendan mejor la condición que presentan, la acepten y sigan el tratamiento. Se proporciona información sobre el padecimiento, sobre las

estrategias para resolver problemas que apoyen al usuario a mejorar su adherencia terapéutica y calidad de vida (Fresán et al., 2011).

En el COEFCA se brindaba información, por ejemplo, sobre el funcionamiento la terapia cognitivo conductual, los pensamientos automáticos, las emociones y su función, también sobre asertividad, estilos de comunicación, sus ventajas y desventajas.

Asertividad. Entrenar a los usuarios a utilizar conductas que protegen sus derechos mientras respetan los de los otros (Leahy y Holland, 2000). Se mostraban los diferentes estilos de comunicación: agresivo, pasivo (las desventajas) y asertivo (las consecuencias positivas). Se buscaba que identificaran su propio estilo en diferentes situaciones, con diferentes personas. Posteriormente, se brindaban reglas básicas de lenguaje para desarrollar estilo asertivo y se les pedía que lo practicaran de tarea.

Solución de problemas. Intervención centrada en aumentar la capacidad de afrontamiento ante estresores. Conlleva modificar factores cognitivos que afectan de forma negativa en la orientación del problema o en la visión general de los problemas y en la autoevaluación de las habilidades para resolverlos (Nezu, Nezu y Lombardo, 2006).

En el COEFCA, se utilizaba dicha intervención cuando los usuarios tenían dudas de carrera, es decir, si salirse o continuar; cuando tenían una situación conflictiva con la pareja o con familiares. La persona identificaba alternativas de solución a la problemática actual a través de una serie de pasos.

Balance decisional. Ante la motivación de abandonar un tipo de conducta, se anotan sus contrapartes. Una tiene que ver con los beneficios percibidos de un curso particular de acciones;

el otro con los costes percibidos de un curso de acción alternativo. Se sopesan los beneficios y los costos de un cambio en su comportamiento (Miller y Rollnick, 1999).

Se aplicaba dicha estrategia cuando un alumno se encontraba ambivalente entre dos alternativas; un ejemplo: dejar o no la carrera.

Activación conductual para la depresión. Tiene como finalidad la activación de formas específicas. Aumentar la acción y el compromiso con ciertas conductas importantes para permitir que estén en contacto con recompensas positivas del entorno (Martell, Dimidjian y Herman-Dunn, 2010).

Se realizaba una lista de reforzadores de los patrones de conducta actual; después se planteaban metas en términos conductuales, y se creaba un plan de acciones para modificar la conducta del usuario, mediante un conjunto de reforzadores, que el usuario identificaba como situaciones que antes disfrutaba, por ejemplo: salir con los amigos, hacer ejercicio.

Aceptación de emociones. Estar dispuesto a experimentar de forma activa y consciente los eventos de la historia personal, sin intentos de cambiar su frecuencia o su forma, especialmente cuando hacerlo podría causar daños psicológicos (Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis, 2006).

Cuando existía un miedo a la emoción y evitarla resultaría contraproducente (por ejemplo, evitación la emoción de ansiedad cada vez que se estudia), se empleaba la aceptación de la emoción; es decir, se fomentaba que los usuarios pudieran notar la temporalidad de la emoción, para aceptarla y acercarse a sus objetivos.

Técnicas de Exposición. Sitúa al individuo en contacto con el estímulo temido con la finalidad de provocar la habituación al estímulo, de extinguir la respuesta de miedo y de proveer oportunidades para establecer nuevas asociaciones; es decir, para facilitar un nuevo aprendizaje en relación con el estímulo temido (Ruiz et al., 2012).

Cuando un usuario presentaba algún tipo de fobia, se empleaban técnicas de exposición. Se realizaba una jerarquización de las situaciones temidas; gradualmente se iba a exponiendo al usuario a dichas situaciones, generalmente la exposición era de forma escrita; es decir, relataban una situación temida que se escribía y una y otra vez, hasta que respondía de forma controlada a dichos estímulos. Se mostraba una calificación para la reacción de ansiedad de 0 al 100. Posteriormente se empleaban técnicas de relajación.

Técnicas de hábitos de estudio. Pautas concretas de intervención para limitar la frustración ante las tareas complejas que conducen su abandono, al aburrimiento durante las clases; finalmente, al fracaso escolar. Implica: organización y planificación, reducir distracciones, reestructuración cognitiva (Safren et al., 2005).

Se brindaba apoyo a través de registros que favorecían la planificación de actividades. Se identificaban obstáculos externos (lugar para estudiar) como internos (emociones difíciles); se buscaban alternativas para enfrentar dichos obstáculos, y, en algunos casos, creencias irracionales que pudieran presentar y afectar sus estudios.

Conductas incompatibles. Procedimiento para reducir conductas o eliminarlas, evitando su reforzamiento; en cambio se reforzaban conductas alternativas, incompatibles con la conducta no deseada (Ruiz et al., 2012).

En algunos casos era importante hacer un plan para identificar acciones alternativas. Se determinaba una conducta problemática y las incompatibles que impedían que realizara la conducta perjudicial.

Habilidades sociales. Combinación de procedimientos dirigidos a incrementar la capacidad para implicarse apropiadamente en las relaciones interpersonales de forma socialmente apropiada (Caballo, 2005). Si presentaban dificultades para relacionarse con los demás, se realizaba un modelado, ensayo de conducta o ciertas instrucciones que favorecían el acercamiento social.

En seguida, se muestra en una tabla la frecuencia de la utilización de cada técnica, la más frecuente fue reestructuración cognitiva y las menos: conductas incompatibles, habilidades sociales e intervención en crisis; 10 usuarios solo tuvieron entrevista inicial ya que no regresaron a la segunda sesión.

Tabla 4

Frecuencia de técnicas empleadas.

Técnica empleada	Frecuencia
Reestructuración cognitiva	15 (19.2%)
Entrevista inicial	10 (12.8 %)
Autoinstrucciones	9 (11.5 %)
Técnicas de relajación	8 (10.2 %)
Asertividad	6 (7.6%)
Psicoeducación	6 (7.6 %)
Protocolo aceptación y compromiso	4 (5.1 %)
Solución de problemas	4 (5.1 %)
Aceptación de emociones	3 (3.8 %)
Activación conductual	3 (3.8%)
Balance decisional	3 (3.8 %)
Exposición	2 (2.5%)
Hábitos de estudio	2 (2.5%)
Conductas incompatibles	1 (1.2%)
Habilidades sociales	1 (1.2%)
Intervención en crisis	1 (1.2%)

Se muestra la frecuencia del número total de sesiones a las que asistieron los usuarios (ver tabla 5). El motivo más común de abandono de tratamiento fue que comenzaban a trabajar mientras estudiaban; otros reportaron mucha carga escolar, se realizaron cuatro canalizaciones, ya que la problemática requería atención de una institución más especializada.

Tabla 5

Frecuencia de estudiantes atendidos según el número de sesiones.

Número de sesiones	Frecuencia
24	1
21	1
19	1
13	4
12	3
11	1
10	2
9	1
7	1
6	4
5	1
4	4
3	3
2	1 (incluye 1 canalización)
1	11 (incluye 3 canalizaciones)

Del total de usuarios atendidos por la residente, se analizaron los cambios en las sintomatología ansiosa y depresiva; primero, de los usuarios que no terminaron el tratamiento y, después, de los que fueron dados de alta. La moda en el número de sesiones por usuario fue 1, mientras el rango es de 23 sesiones.

El análisis de los usuarios que no terminaron el tratamiento se dividió en tres grupos: los que acudieron a una única sesión, a un total de 2 a 5 sesiones, y a 6 o más sesiones. La residente atendió a 11 estudiantes que acudieron por una única vez. Tres de ellos fueron canalizados a instituciones especializadas, uno acudió por una situación de crisis, los siete restantes sólo

acudieron una vez. Del total de usuarios que asistieron únicamente a una sesión, se contó con medición inicial de sintomatología ansiosa y depresiva de seis, no se pudo realizar la medición del usuario que llegó en situación de crisis, ni de los tres casos canalizados. Únicamente se realizó la entrevista inicial por falta de tiempo de un usuario más, se acordó que la evaluación de la sintomatología se realizaría en la segunda sesión, pero éste no asistió.

De los siete usuarios que acudieron a una sola sesión, dejaron de asistir por lo siguiente; una de ellas tenía que cuidar a un familiar enfermo; un usuario asistió para tomar una decisión laboral; otra reportó que comenzó a trabajar y no tenía tiempo para continuar, por lo que se abordó el problema más relevante al momento. Los cuatro usuarios restantes no contestaron el correo electrónico, ni las llamadas para conocer el motivo de abandono de tratamiento.

En la tabla 6 se muestra la evaluación inicial de la sintomatología ansiosa y depresiva, que se midió con los Inventarios de Beck, así como la frecuencia y el criterio de diagnóstico. Basado en los parámetros para población mexicana de acuerdo con Jurado et al. (1998) para la sintomatología depresiva; la ansiosa se tomó la normalización para población mexicana de Robles, Varela, Jurado y Páez (2001).

Tabla 6

Frecuencia de puntuaciones BAI y BDI usuarios que acudieron una vez.

Criterios diagnósticos	Frecuencia	
	BAI	BDI
Mínimo	0	1
Leve	2	1
Moderado	2	1
Grave	2	3

Es importante resaltar que los dos usuarios con sintomatología grave en ansiedad dejaron de asistir a la segunda sesión y no respondieron a la llamada para conocer el motivo; respecto a los síntomas de depresión grave, dos usuarios no respondieron la llamada de seguimiento y una más se hizo cargo de un familiar enfermo y le era imposible asistir. Por esta razón no se pudo determinar si los usuarios con síntomas graves estaban presentando una situación transitoria o requerían algún tipo de atención especializada: una canalización.

En la tabla 7 se muestra la frecuencia de las puntuaciones de ansiedad y depresión de los usuarios que acudieron de 2 a 5, se muestra una mayor incidencia en ansiedad grave y en depresión moderada.

Tabla 7

Frecuencia de puntuaciones BAI Y BDI: usuarios acudieron 2 a 5 veces.

Criterios diagnósticos	Frecuencia	
	BAI	BDI
Mínimo	1	1
Leve	2	1
Moderado	1	4
Grave	3	1(C)

Nota: C= Canalización.

Un usuario respondió (el correo de seguimiento) que el servicio de atención psicológica le brindó herramientas útiles y por cuestiones laborales no pudo seguir asistiendo; éste, no envió los inventarios de medición final, a pesar de que se le recordó en varias ocasiones; el usuario puntuó en sintomatología ansiosa grave en la medición inicial y reportó mejoría gracias a las habilidades adquiridas. Por otro lado, en la segunda sesión, se canalizó a una institución especializada a una usuaria con sintomatología ansiosa y depresiva grave, se determinó que su condición requería

otro tipo de tratamiento. Los demás no respondieron el correo electrónico de seguimiento para saber el motivo de abandono. La usuaria con sintomatología grave en depresión fue canalizada.

De los usuarios que interrumpieron tratamiento en la quinta sesión o antes, solo se tiene medición post-test de una usuaria (figura 4 y 5) , la estudiante asistió a 4 sesiones de tratamiento. Se puede observar que disminuyeron los síntomas depresivos de 17 a 12 puntos (de moderado a leve). (Ver figura 4).

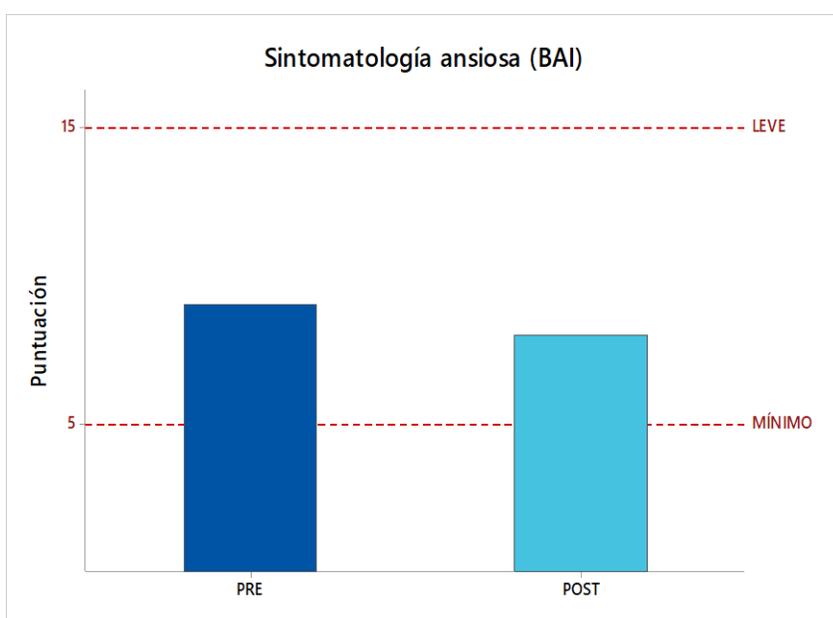


Figura 4. Cambios en sintomatología depresiva usuaria que asiste a 5 o menos sesiones.

En cuanto a los síntomas de ansiedad de la usuaria mencionada, se observó un ligero cambio, de 9 puntos a 8 puntos ubicándose dentro de los parámetros de sintomatología leve en medición pre y post. (Ver figura 5).

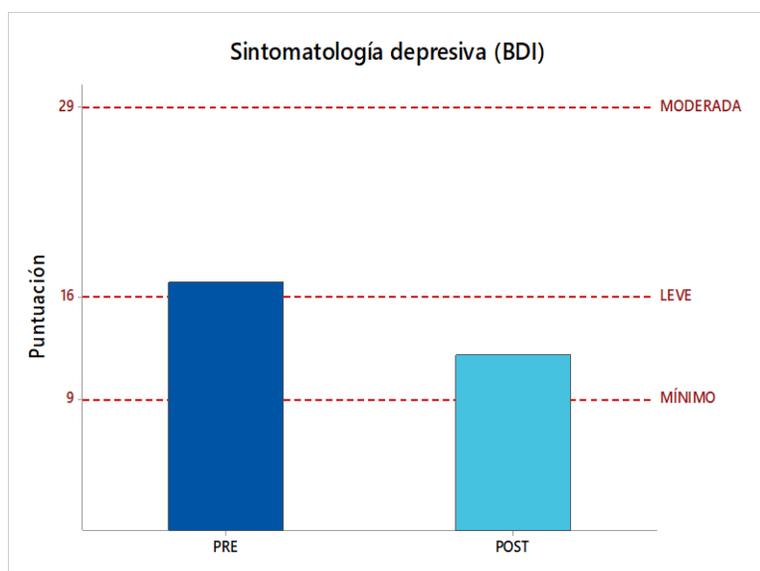


Figura 5. Cambios en sintomatología ansiosa de usuaria con 5 o menos sesiones.

La estudiante reportó que abandonó el tratamiento por trabajo y los horarios del empleo se traslaparon con los de la atención psicológica. Menciona que el servicio de apoyo psicológico le pareció bueno y le brindó nuevas herramientas para relacionarse mejor con familiares y amigos. Fueron 9 estudiantes que asistieron a un total de seis o más sesiones, pero no fueron dados de alta. En la tabla 8 se muestra frecuencia y criterio diagnóstico para ansiedad y depresión de la medición inicial. Existió una mayor incidencia de ansiedad y depresión moderada.

Tabla 8

Frecuencia de puntuaciones BAI Y BDI: usuarios acudieron 6 o más sesiones.

Criterios diagnósticos	Frecuencia	
	BAI	BDI
Mínimo	0	0
Leve	2	3
Moderado	7	6
Grave	0	0

Se cuenta con medición intermedia de tres usuarios, no propiamente son altas. Se observan en las figuras 6 y 7 respectivamente, los cambios en sintomatología ansiosa, así como depresiva durante el tratamiento de dichos estudiantes; se mencionan las razones de abandono de tratamiento.

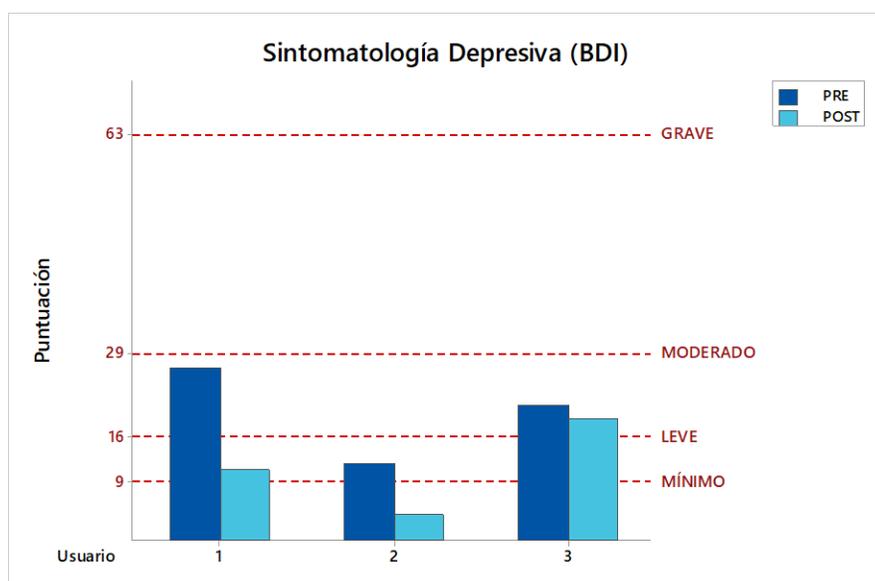


Figura 6. Cambios en usuarios con 6 o más sesiones en sintomatología depresiva.

En la figura 6 se pueden apreciar los cambios de los usuarios con 6 o más sesiones y mediciones intermedias en sintomatología depresiva. El primer usuario presentó una puntuación inicial de 27 (sintomatología moderada), los síntomas disminuyeron en la medición final, puntuando 11 puntos (sintomatología leve). El segundo usuario presentó una medición inicial de 12 puntos, considerado puntuación leve, en la medición final disminuyó a la puntuación mínima (4 puntos). El último usuario al inicio del tratamiento obtuvo 21 puntos (moderado) de depresión; al final tuvo 19 puntos, esto es, sintomatología moderada.

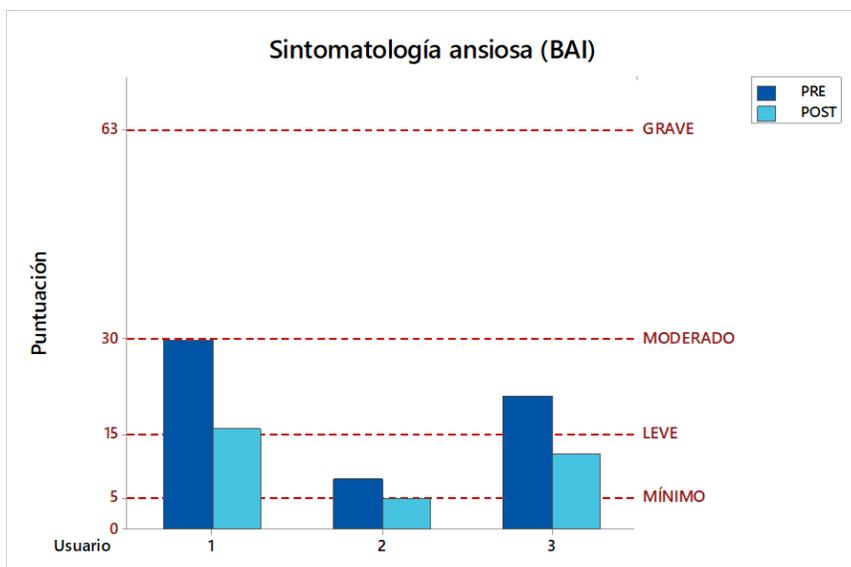


Figura 7. Cambios en sintomatología ansiosa de usuarios con 6 o más sesiones.

Respecto a los cambios en síntomas de ansiedad de los usuarios que asistieron a 6 o más sesiones, se encontró que el primero, al inicio del tratamiento presentó síntomas graves (30 puntos) y en la última medición presentó 16 puntos (síntomas moderados). El segundo usuario en la medición inicial presentó 8 puntos en ansiedad, que según el criterio diagnóstico es sintomatología leve; en la medición intermedia presentó síntomas leves (5 puntos). El tercero, en la medición inicial, puntuó con síntomas moderados (21 puntos), y en intermedia puntuó con 12 puntos, reflejando síntomas leves de ansiedad (ver figura 7). Los motivos de abandono se deben a que dos terminaron la carrera; el tercero tuvo un cambio de carrera. Los tres usuarios comentaron que el servicio fue útil y les ayudó en el momento que lo tomaron.

En las siguientes gráficas se analizaron los cambios en las mediciones iniciales y finales de los estudiantes que fueron altas (ver figura 8). La usuaria número 3 en la medición final tuvo una puntuación de 22 puntos en ansiedad (moderado), reportó ser víctima de 3 asaltos, en los últimos 3 meses al momento de la medición final, expresó no sentirse segura en la zona en la que vive.

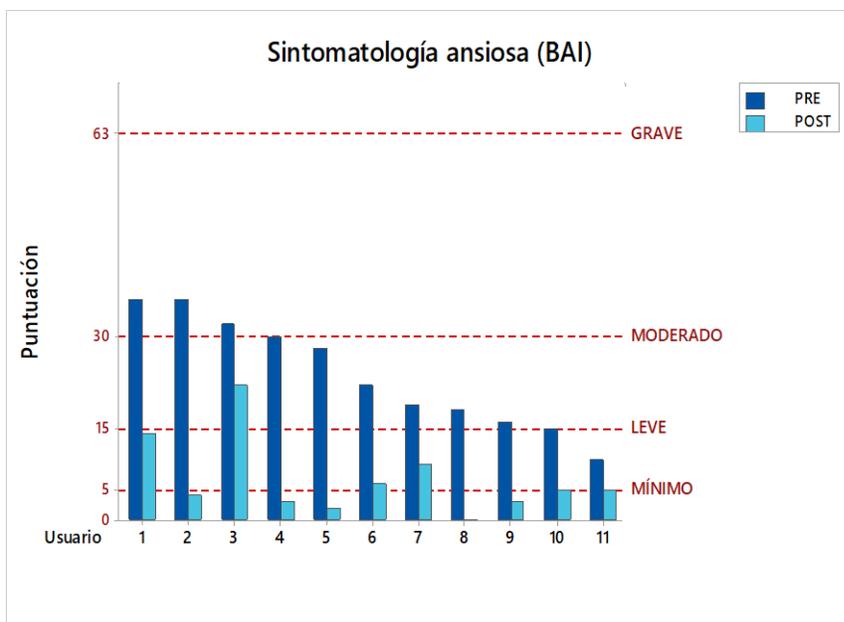


Figura 8. Cambios en sintomatología ansiosa de usuarios que finalizan tratamiento.

En la figura 9 se reflejan los cambios en síntomas de depresión de los usuarios que fueron altas, en todos los casos existieron cambios favorables en la reducción de síntomas de ansiedad y depresión.

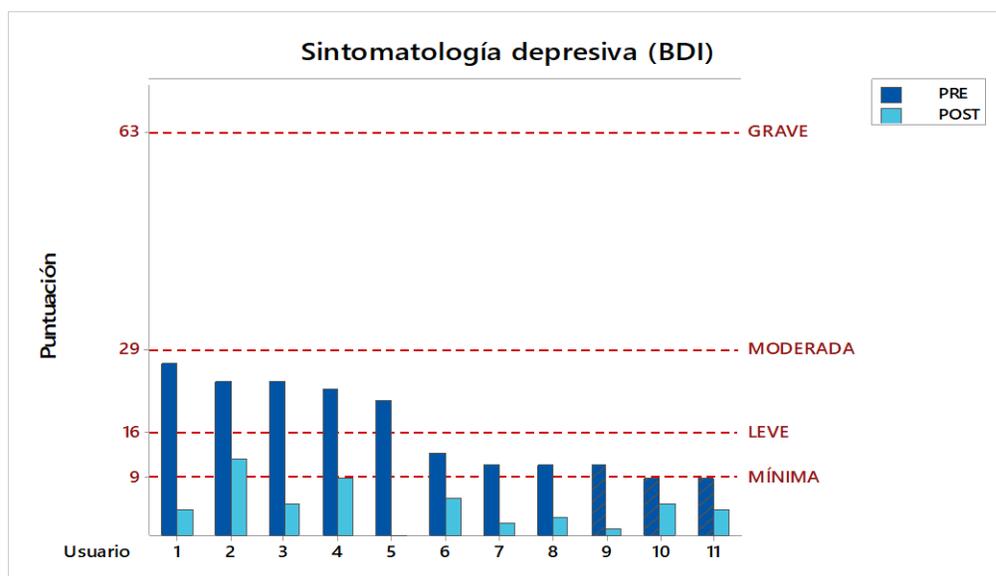


Figura 9. Cambios en sintomatología depresiva de usuarios que finalizan tratamiento.

1.5 Habilidades aprendidas, Áreas de oportunidad y Sugerencias

El área de apoyo psicológico del Centro de Orientación Educativa de la Facultad de Contaduría y Administración (COEFCA) proporcionó las condiciones adecuadas para una formación clínica. Fue una oportunidad para desarrollar habilidades clínicas como conocimientos teóricos que incluyeron evaluación, intervención y seguimiento de los solicitantes del servicio. Además, para fortalecer el conocimiento teórico y la retroalimentación clínica, a través de los seminarios donde se supervisaba el ejercicio clínico.

Algunas de las habilidades clínicas desarrolladas fueron realizar una entrevista inicial adecuada, parafrasear, sintetizar, utilizar tono de voz adecuado. En la evaluación: aplicar técnicas adecuadas dependiendo el caso. Los conocimientos teóricos adquiridos incluyeron la revisión de la teoría en exposiciones en los seminarios realizados de forma semanal, a través de lecturas de artículos y libros basados en evidencia.

A través de la práctica y la supervisión clínica se favoreció la capacidad de detectar las necesidades de los usuarios, y de esta forma desarrollar una intervención adecuada para cada caso, con base en la Terapia Cognitivo Conductual.

El COEFCA es un espacio que permitió poner en práctica estrategias de intervención encaminadas a la prevención de la enfermedad, ya que la mayoría carece de enfermedad; por lo que es fue una excelente oportunidad para abordar intervenciones preventivas y dirigidas a la mejora de la calidad de vida. Por ejemplo, mejorar hábitos de estudio o relaciones sociales y académicas. Los estudiantes del COEFCA comúnmente inician la vida laboral tempranamente, requiriendo combinar estudio y trabajo, por lo cual es una gran oportunidad para aplicar

estrategias de manejo de las emociones, manejo del tiempo, y todos los efectos derivados de laborar en esa etapa de la vida.

Por otro lado, la realización de talleres permitió el desarrollo de habilidades de manejo de grupos. Así como detectar cuando un caso requiere de canalización o de atención especializada, por ejemplo, una intervención de índole psiquiátrico o educativa.

EL COEFCA permitió la creación e innovación de diferentes proyectos que cubren necesidades observadas de los estudiantes de dicha Facultad; es decir, es un espacio para la creación de nuevos talleres y la realización de material de apoyo para los estudiantes.

Entre las áreas de oportunidad se encontró que cada vez existe una mayor demanda de los estudiantes; por lo cual sería de gran utilidad realizar terapias grupales, según la problemática, para que el tiempo de lista de espera disminuya.

Otra área de oportunidad es hacer énfasis en el seguimiento de alumnos que han sido canalizados a otras áreas, que, si bien es uno de los objetivos del centro, muchas veces por falta de tiempo no se pudo llevar a cabo.

Capítulo 2. Sintomatología Ansiosa y Depresiva

2.1 Introducción

2.1.1 Prevalencia ansiedad y depresión. En México, según la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica del año 2002 al 2003, los trastornos más frecuentes fueron los de ansiedad; 14.3% de la población mexicana los presentó al menos alguna vez en su vida, mientras que los afectivos de índole depresivo fueron presentados en 9.1% al menos una vez en la vida (Medina-Mora et al., 2003).

Muchos de los trastornos mentales presentan su primera aparición en la adultez temprana, justo cuando muchos jóvenes realizan sus estudios universitarios. En un estudio de Kessler, Berglund, Demler, Jin y Walters (2005) cuya finalidad fue estimar la prevalencia y edad por trastorno mental, se encontró que de las personas que cumplen los criterios para un trastorno mental, la mitad de éstas, presentan la primera aparición a los 14 años, en la adolescencia, y tres cuartos de los casos a los 24 años.

Blanco et al. (2008) evaluaron la prevalencia de los trastornos mentales por 12 meses en estudiantes universitarios, encontraron que casi el 50% tuvo un trastorno mental en el último año. Los trastornos por el uso de alcohol fueron los más comunes con un 20.37 %, mientras que los trastornos de ansiedad tuvieron una prevalencia de 11.94 %; la prevalencia para cualquier trastorno del estado de ánimo (depresión) fue de 10.62%. En otro estudio realizado en 625 estudiantes universitarios colombianos, existió una prevalencia del 49.8% para la depresión, y del 58.1 % para ansiedad (Amézquita, González y Zuluaga, 2003). Es importante mencionar que, aunque en la Facultad de Contaduría y Administración son poco comunes los casos relacionados a problemas por el consumo de alcohol, de entre 1496 estudiantes de primer ingreso, el 6.9% (103 casos) refirieron ingerir más de dos copas en días de clases, de éstos, cuatro refirieron tomar

6 o más. En otro estudio con estudiantes de primer ingreso (24921 estudiantes) de licenciatura en la UNAM con la finalidad de evaluar la prevalencia del consumo dañino y riesgoso del alcohol, se encontró que es un problema frecuente, especialmente entre los hombres de 20 a 25 años (Díaz et al., 2008).

2.1.2 Definición de ansiedad. La sintomatología ansiosa se refiere a un estado emocional displacentero, de miedo o aprehensión en ausencia de un peligro o amenaza identificable, caracterizado por una variedad de síntomas somáticos, como temblor, hipertensión muscular, hiperventilación, sudoración, palpitaciones, etc. En sentido cognitivo se manifiesta aprehensión e inquietud, hipervigilancia y otros síntomas relacionados con la alteración de la alerta, tales como distractibilidad, pérdida de concentración e insomnio (Farré, Laceras y Casas, 2001).

2.1.3 Definición de depresión. La sintomatología depresiva se refiere a la pérdida de afecto positivo. Se manifiesta en un rango de síntomas que incluyen alteraciones de sueño, ausencia de autocuidado, pobre concentración, ansiedad, y pérdida de interés en experiencias diarias (National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE, 2009).

2. 1.4 Comorbilidad ansiedad y depresión. En cuanto a la comorbilidad, la relación entre depresión y ansiedad ha sido tema de controversia desde hace tiempo; algunos síntomas se traslapan por lo que el diagnóstico, la investigación y el tratamiento son particularmente difíciles al presentarse combinados. La comorbilidad entre la ansiedad y depresión son condiciones altamente prevalentes (Gorman, 1996).

Ambos trastornos co-ocurren en tasas altas, el 69% de jóvenes con ansiedad puede ser diagnosticados con depresión y alrededor del 75% con depresión cumplen los criterios de un

trastorno de ansiedad (Angold, Costello y Erkanli, 1999). En otro estudio donde se estimó la prevalencia y la correlación de diversos problemas de salud mental en estudiantes universitarios estadounidenses, participaron un total de 14, 175 alumnos. Se encontró lo siguiente: 17.3% reportó síntomas de depresión (9% depresión mayor y 8% menos severo); 9 % presentó un trastorno de ansiedad (4.1 % trastorno de pánico, 7.0 % trastorno de ansiedad generalizada). En cuanto a la co-ocurrencia se encontró, que de los estudiantes que tenían un diagnóstico principal de depresión mayor, el 39.5 % cumplían los criterios para un trastorno de ansiedad generalizada; los estudiantes que cumplieron los criterios para un diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada como diagnóstico principal, el 50.7 % también presentaron síntomas positivos para depresión mayor (Eisenberg, Hunt y Speer, 2013).

2.2 Comportamiento de evitación en Ansiedad y Depresión

En la depresión y ansiedad es común el comportamiento de evitación como una forma de limitar la exposición a situaciones que generen o empeoren el malestar. La terapia de aceptación y compromiso sostiene que el problema fundamental en la depresión es la evitación experiencial, es decir, estar renuente de permanecer en contacto con experiencias particulares, se acompaña de intentos de escapar o evitar estas experiencias (Hayes y Gifford, 1997). También postula que el proceso verbal con relación a esas experiencias juega un rol significativo e indirecto, a través del uso de términos que engloban la experiencia y su posición en ella como algo insoportable, terrible o denigrante, entre otras, promoviendo la evitación experiencial (Kanter y Baruch, 2006).

La ansiedad comparte similitudes funcionales con la depresión. Los individuos que reportan niveles altos de ansiedad responden con una frecuencia alta al reforzamiento negativo, en donde la conducta de evitación es común (Hayes, Wilson, Gifford, Follete y Strosahl, 1996). El repertorio de evitación que reportan las personas con ansiedad o depresión puede tener

consecuencias negativas en el bienestar como dormir y comer demasiado, pensamientos rumiativos, consumo de alcohol, entre otros (Kanter y Baruch, 2006).

Un ejemplo de una conducta de evitación es que un estudiante con ansiedad social evite la interacción social con sus compañeros, pues esta situación le provoca emociones y pensamientos aversivos, y ocupa comportamientos que provocan un alivio inmediato, como permanecer callado, no hacer contacto visual o retirarse, en lugar de comportamientos que podrían causar incomodidad a corto plazo pero pueden ser de ayuda clínica a largo plazo, como iniciar y mantener conversaciones o participar en una clase (Herrnstein, 1961).

Cuando las personas tienen un nivel bajo de refuerzo positivo o un nivel alto de castigo, la depresión es más probable. Bajo tales condiciones, las personas pueden descubrir que sus acciones no dan como resultado nada deseable, o pueden aprender, en cambio, a centrarse en cómo evitar un entorno punitivo o librarse de él. En efecto, las personas aprenden a retirarse de actividades que solían ser reforzantes y dejan de comprometerse, esto puede mantener a la persona en la depresión (Martell et al., 2010).

Las conductas que adoptan, como las rumiaciones negativas sobre su malestar, la huida o la evitación de las experiencias aversivas, y los intentos de evitar el dolor emocional sirven para reducir el contacto con los potenciales reforzadores del entorno. Por ejemplo, un usuario con depresión podría pasar horas durmiendo en el día en lugar de aceptar salir con sus amigos (Martell et al., 2010).

2.3 Condiciones que facilitan Trastornos del Estado de Ánimo

En un estudio donde se describen los patrones de una salud mental pobre y depresión en estudiantes, se encontró que uno de los factores de riesgo para desarrollar dicha problemática es

el nivel socioeconómico bajo (Weitzman,2004). Lo cual es consistente con los hallazgos de Arrivillaga, Cortés, Goicochea y Lozano (2003) en cuanto a la relación entre nivel de depresión y las características sociodemográficas. Reportaron que, a mayor nivel de depresión, menor estrato socioeconómico al que pertenecen los jóvenes.

Se ha asociado que los antecedentes familiares juegan un papel importante en el desarrollo de depresión en estudiantes. Los parentescos de padre, madre, hermanos y tíos son los más vinculados a dicho trastorno. Los estudiantes que presentaron un episodio depresivo en el pasado tienen más posibilidad de desarrollar depresión en un futuro; los eventos críticos que sobresalen en los seis meses previos al desarrollo de la depresión y que los estudiantes perciben como asociados a la sintomatología depresiva son inestabilidad económica, diagnóstico de enfermedad grave, muerte de un ser querido y separación de los padres (Arrivillaga et al., 2003).

A los estudiantes universitarios que presentan indicadores de pérdida de apoyo social como terminar una relación de pareja, estar divorciado o separado, se les ha relacionado con un mayor riesgo de aparición de trastornos mentales; es por esto por lo que las relaciones sociales en esta etapa pueden tener gran influencia en la vida de los jóvenes en cuanto a la salud mental (Blanco et al., 2008). Se ha evidenciado que el papel del apoyo social en esta etapa de la vida puede impactar de forma positiva. Por ejemplo, en un estudio realizado a 120 estudiantes universitarios, se evaluó si los comportamientos de apoyo social disponibles para el estudiante tenían relación con problemas psicológicos (ansiedad, depresión y estrés). Se encontró que, en las tres dimensiones evaluadas, a mayor apoyo social, menor problema psicológico (Safree y Adawiah, 2010). Estos hallazgos son consistentes con lo reportado por Kugbey, Osei-Boadi y Akpene (2015), quienes encontraron que el soporte social influye positivamente para los estudiantes, debido a que éste tiene una función protectora para los resultados escolares negativos y los

desafíos asociados. Por otro lado, existe evidencia de que los estudiantes que percibían contar con apoyo social, es decir la creencia de que la ayuda está disponible si así lo necesitaban, utilizaban estrategias de afrontamiento como aceptación, visión positiva de los problemas, reestructuración positiva y, a su vez, se asociaban a menos síntomas de ansiedad y depresión (Calvete y Connor-Smith, 2006).

Aquellos estudiantes que presentaban estresores de la vida diaria se encontraban en una situación de riesgo para el desarrollo de trastornos mentales. De acuerdo con esto, cuentan con menos estrategias para lidiar con experiencias estresantes (por ejemplo, una decepción amorosa) en comparación con los adultos. Esto los coloca en una situación vulnerable, en cuanto a los efectos de los estresores en su vida (Blanco et al., 2008).

En un estudio realizado en estudiantes colombianos, cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de la ansiedad, depresión y comportamiento suicida, así como la relación con el ambiente universitario y con factores desencadenantes de la ansiedad y la depresión, se encontró que las condiciones que facilitaron tanto la sintomatología ansiosa como depresiva en general, fueron las siguientes: pérdidas afectivas que se relacionan con ruptura de relaciones en el noviazgo, la muerte y distanciamiento de algún familiar, las dificultades académicas, económicas y de salud como los problemas gastrointestinales, cuadros gripales y lesiones osteo-musculares (Amézquita et al., 2003).

En el mismo estudio, se encontró que los factores del ambiente universitario que los estudiantes consideraron como precipitantes de depresión y ansiedad fueron dificultades en las relaciones con los docentes, con compañeros de estudio y con directivos académicos, además de las evaluaciones y responsabilidades académicas (Amézquita et al., 2000).

También son factores de riesgo para el desarrollo de trastornos del estado de ánimo, el tipo de relaciones familiares, es decir si establecen una buena o mala relación familiar, así como la dificultad para entender lecturas, la dificultad para adaptarse a la vida universitaria, el tener que resolver problemas de forma independiente, el creerse o no capaces de resolver problemas por sí mismos, así como las experiencias de vida negativas y la satisfacción con la carrera son factores precipitantes para el desarrollo de ansiedad, ya sea como rasgo o como estado (Ozen, Ercan, Irgil y Sigirli, 2010).

Por otro lado, en un estudio realizado en estudiantes turcos, se evidenció que aquellos estudiantes que estaban satisfechos con su educación presentaron una menor depresión, ansiedad y estrés, en comparación con aquellos que no se sentían satisfechos; además que los estudiantes que provenían de familias con escasos recursos económicos presentan un mayor nivel de depresión y estrés que aquellos que provienen de familias con recursos económicos de moderados a buenos, lo cual es consistente con estudios mencionados anteriormente (Bayram y Bilgel, 2008).

2.4 Consecuencias de la Ansiedad y la Depresión en aspectos personales, profesionales, académicos y familiares

La sintomatología ansiosa y/o depresiva en los estudiantes universitarios se ha asociado a ciertos aspectos que podrían repercutir de forma negativa en las decisiones personales, profesionales, académicas y familiares de éstos. La ansiedad como la depresión pueden afectar en diversos ámbitos de la vida de los estudiantes; a continuación, se describen algunas de las consecuencias más comunes relacionadas a dicha sintomatología.

En términos generales, la importancia de la salud mental en estudiantes universitarios ha sido evidenciada por estudios que sugieren que los trastornos mentales afectan el aprovechamiento escolar. Por ejemplo, King, Meehan, Trim y Chassin (2006) encontraron que el uso de sustancias obstaculiza el desempeño académico, la selección de carrera y en el éxito en la universidad. Se evidenció que los estudiantes que abusan de sustancias tenían mayor riesgo de no obtener un título universitario, además influye en la aparición de conductas problemáticas que reducen el desempeño académico.

La ansiedad puede incrementar la aparición de conductas adictivas, las cuales son dañinas para la salud y deterioran las relaciones sociales. Por ejemplo, Valentier, Mounts y Deacon (2004) en un estudio realizado a 399 estudiantes de primer año de universidad encontraron que los estudiantes que tenían ataques de pánico eran más propensos a consumir sedantes, estimulantes, opiáceos, entre otras drogas, en comparación con aquellos que no los reportaban, lo cual confirma cómo la ansiedad puede favorecer e incrementar el consumo de sustancias.

Por otro lado, la sintomatología ansiosa también afecta el desempeño de los estudiantes. En un estudio realizado en la Ciudad de México, cuya finalidad fue explorar la relación existente entre ansiedad y rendimiento académico a nivel universitario, se empleó un procedimiento conductual para medir la ansiedad. Como resultado se encontró que los alumnos con promedios más bajos presentan un indicador más elevado de ansiedad (Hernández-Pozo, Coronado, Araujo y Cerezo, 2008). Lo que evidencia la necesidad de atender de forma temprana y oportuna a estudiantes que presenten niveles elevados de sintomatología ansiosa.

Las actividades universitarias implican modificaciones en el funcionamiento de los estudiantes que también son estresantes por sí mismas. En un estudio realizado en 632 estudiantes

universitarios chilenos con objetivo de dimensionar la frecuencia de problemas relacionados a la salud mental, se reportó que la sintomatología relacionada al estrés académico fue una problemática observada frecuentemente. La alta prevalencia de sintomatología ansiosa entre los estudiantes es uno de los aspectos que más se destaca; se pueden relacionar los niveles elevados de ansiedad somática con problemas asociados al estrés académico, al sentirse agotados “mentalmente” y agobiados e incapaces de responder adecuadamente a las exigencias de la vida universitaria (Cova et al., 2007). De igual forma, en un estudio realizado en países europeos hay evidencia de que los niveles de estrés están negativamente correlacionados con las formas positivas de afrontamiento, los niveles de apoyo social, la autoestima y la satisfacción de la universidad. Lo que significa que los alumnos con altos niveles de estrés presentaron estilos de afrontamiento negativos, menos apoyo social, bajo autoestima y una menor satisfacción en la universidad en comparación con los de menores niveles de estrés (Lyrakos, 2012).

La depresión también muestra una afectación importante en el funcionamiento estudiantil. En un estudio con estudiantes de licenciatura, se encontró que aquellos diagnosticados con depresión reportaron significativamente mayor cantidad de clases perdidas, así como de exámenes no presentados. También encontraron que reprobaron mayor cantidad de cursos, en comparación con aquellos que no presentaban dicho diagnóstico. Por otra parte, este sector reportó perderse mayor cantidad de actividades sociales (Hysenbegasi, Hass y Rowland, 2005)

En otros trabajos se explora la relación entre la sintomatología depresiva y sus consecuencias en estudiantes. Arrivillaga et al. (2003) encontraron que los jóvenes que tienen algún nivel de depresión presentan una relación directamente proporcional con su consumo de alcohol. Por otro lado, encontraron relación entre las dificultades académicas y la depresión, sobre todo si ésta es severa. Lo cual coincide con los hallazgos de Aalto-Setälä, Marrtunen, Tuulio-Henriksson,

Poikolainen y Lönnqvist (2001) quienes encontraron que la depresión en esta etapa de la vida puede conducir a una acumulación de consecuencias negativas como el consumo exagerado de alcohol e impactar en la carrera universitaria, en las relaciones sociales y en las limitaciones que tendrá en la vida adulta.

Con la finalidad de investigar el cumplimiento adecuado y el desempeño en el trabajo en personas que presentan los criterios de un trastorno de ansiedad o de depresión, en comparación con trabajadores que no cubren los criterios diagnósticos, se realizó un estudio en trabajadores australianos, en el que se encontró que tanto la depresión como los trastornos de ansiedad afectan el desempeño laboral; específicamente la depresión en los hombres se asoció con una reducción de la mano de obra del 46,4 %, mientras la participación de las mujeres fue del 28,6%. La ansiedad en los hombres afectó la tasa de actividad con una disminución del 27.8% en comparación con hombres sanos; en las mujeres se redujo el 24,2%. En cuanto al desempeño del trabajo, se encontró que la depresión producía una mayor incapacidad comparada con la ansiedad (Waghorn y Chant, 2006).

El nivel de deterioro general en el trabajo, en el hogar o en actividades escolares de personas con depresión mayor es comparable o mayor al asociado con otras condiciones crónicas. Por ejemplo, el promedio de los días que permanecieron en cama las personas con depresión es significativamente mayor, que para aquellas que tienen hipertensión, diabetes, problemas gastrointestinales, angina de pecho y problemas de espalda o artritis (Wells et al., 1989).

Sin embargo, en un estudio realizado en trabajadores canadienses, tuvo como resultado que las personas que presentan algún trastorno mental son más propensas a presentarse a trabajar que las que presentan alguna enfermedad física, aunque requirieron un mayor esfuerzo para funcionar adecuadamente. Las personas con depresión (trastornos afectivos) fueron las más propensas a desperdiciar horas de trabajo o a requerir de esfuerzo extra en comparación con otros trastornos

mentales (Dewa y Lin, 2000). Además, en un estudio realizado a trabajadores estadounidenses existió evidencia de que los trabajadores que presentaban depresión reportaron una tasa significativamente mayor de productividad pérdida del 81 %, que se explica por la reducción en el desempeño (Stewart, Ricci, Chee, Hanh y Morganstein, 2003).

Capítulo 3. Estudiantes Universitarios

3.1 Características y Dificultades en Estudiantes Universitarios

A continuación, se muestra evidencia sobre los desafíos propios de los estudiantes universitarios, lo cual refleja la necesidad de brindar intervenciones apropiadas a esta etapa.

Para muchas personas la edad adulta se caracteriza por la búsqueda de mayores oportunidades educativas y de empleo, del desarrollo de las relaciones personales, y, para algunos, de la paternidad. Todas estas circunstancias que ofrecen oportunidades para el crecimiento también pueden resultar en estrés y precipitar la aparición o la recurrencia de los trastornos mentales (Blanco et al., 2008).

Los estudiantes universitarios deben enfrentarse a una serie de cambios en su ajuste psicológico y social. Por ejemplo, Mattanah, Hancock y Brand (2004) mencionan que la entrada a la universidad es una etapa de transición a la edad adulta, donde se desarrolla en gran medida la individualización y separación de los padres. Algunos estudiantes podrían presentar dificultades para ajustarse a este cambio, que significa pasar más tiempo en la escuela y menos en casa.

Además, durante las primeras semanas y meses de universidad, los estudiantes se deben enfrentar a varios retos, incluyendo: el desarrollo de una nueva red social; mantener el ritmo de trabajo en un ambiente con más autonomía, y la negociación con ciertos factores de riesgos del ambiente escolar, como alcohol, conductas sexuales de riesgo, drogas (Rice, FitzGerald, Whaley y Gibbs, 1995).

Muchos de los trastornos mentales presentan su primera aparición en la adultez temprana, justo cuando muchos jóvenes realizan sus estudios universitarios. En un estudio de Kessler et al. (2005) cuya finalidad fue estimar la prevalencia y edad por trastorno mental, se encontró que la

mitad aparecen en la adolescencia, a los 14 años, y a la edad de 24 años incrementa un 25 % de casos.

Como se menciona anteriormente, en el inicio de la edad adulta, cuando muchos jóvenes comienzan la universidad puede ser una oportunidad para el desarrollo positivo de habilidades, como la independencia. Sin embargo, en algunos jóvenes existe el riesgo de que enfrenten dificultades, que, de no contar con las habilidades psicológicas necesarias, podrían complicarse y precipitar la aparición de una enfermedad mental.

3.2 Particularidades de los Estudiantes de Contaduría y Administración

Se realizó un estudio cuyo propósito fue identificar los factores que influyen sobre la salud mental y su relevancia en el desempeño académico en estudiantes de Contaduría y Administración de la UNAM. Participaron 249 estudiantes. Se observaron altos niveles de intolerancia y rigidez, relacionados con comportamientos que denotan incapacidad para adaptarse a personas distintas (Riveros, Rubio, Candelario, Mangín, 2013).

En un estudio realizado a estudiantes ingleses, cuyo objetivo fue investigar las percepciones sobre las habilidades que los estudiantes de Contaduría consideran importantes tener como parte de su desarrollo profesional, se encontró que las áreas percibidas como importantes desarrollar fueron: capacidad de análisis, evaluación crítica, manejo del tiempo, habilidades de resolución de problemas, además mencionan la importancia de las habilidades interpersonales, referente a motivación y liderazgo (Towers -Clark, 2015).

Un estudio australiano dirigido a estudiantes de la carrera de Contaduría para identificar las actitudes hacia su profesión y explorar las diferencias entre estos y estudiantes de intercambio (también de Contaduría). Se encontró que los estudiantes tienen una actitud positiva hacia la

profesión en general, y existieron diferencias significativas con los estudiantes internacionales. Los factores explorados fueron motivación intrínseca, percepción del trabajo como contador, prestigio de la profesión y grupos de referencia (es decir si sus decisiones para estudiar fueron influenciadas por alguien más). Mientras que los estudiantes australianos mostraron una mayor motivación intrínseca, los extranjeros percibieron el trabajo como monótono y repetitivo. Ambos creen que es una profesión prestigiosa. Por último, no se mostró que los padres tuvieron influencia en la elección de la carrera (Jackling, Lange, Phillips y Sewell, 2012).

En un estudio realizado en Qatar con el propósito de investigar como los estudiantes y profesionales de negocios (Contaduría y Administración) perciben la profesión de contaduría, se encontró que ambos grupos reportaron una imagen bastante positiva sobre la profesión, siendo la ética el aspecto más valorado. Cabe señalar que la apertura y la apariencia se perciben como un aspecto que les falta desarrollar (Hammami y Hossain, 2010).

Un estudio realizado en Hong Kong para examinar la influencia de los factores que influyen en la decisión de estudiar Contaduría ya sea a nivel licenciatura o especialidad, encontró que los padres influyen de manera significativa a dicha decisión. El segundo factor fue la motivación intrínseca. El género no influyó en la decisión (Law y Yuen, 2011).

Un estudio con estudiantes sudafricanos de primer año de Contaduría tuvo el propósito de obtener información sobre los factores de mayor influencia en la decisión de dejar de estudiar o continuar los estudios de licenciatura. Los resultados mostraron tres factores principales para que los estudiantes no abandonen la carrera: aptitudes para Contaduría, satisfacción en el trabajo y la disponibilidad de empleo. Los factores influyentes para el dejar de estudiar son las aptitudes para la contaduría, los años de educación formal requerida y la satisfacción en el trabajo. La mayor

razón se relaciona con la percepción de dificultad que tienen sobre ésta. Un porcentaje menor (2.6 %) de los estudiantes que abandonaron los estudios reportan que les pareció aburrida (Van Zyl y Villers, 2011).

Se realizó un estudio en contadores públicos de Ontario, Canadá con la finalidad de investigar la relación entre la orientación a la tarea versus orientación a la gente, los rasgos obsesivo-compulsivo, así como personalidad tipo A con la satisfacción en el trabajo y el compromiso con éste. Los resultados sugieren que esta profesión atrae a personas con características: orientación a la tarea (en lugar de a las personas), interesadas en el orden (características de personas obsesivas-compulsivas) y ciertos rasgos de personalidad tipo A, como urgencia del tiempo. A excepción de aquellos en puestos con mandos mayores, quienes mostraron alta satisfacción con su trabajo y compromiso, la mayoría de los contadores en las primeras etapas de trabajo presentaban satisfacción moderada y bajo compromiso con sus trabajos actuales; además buscaban activamente otras alternativas de trabajo. Por otro lado, se observó que están extremadamente involucrados en el trabajo, es decir dedican horas extras y se comprometen a entregar buenos resultados, así como presentan urgencia temporal, es decir prefieren ponerse un límite de tiempo y muestran ser impacientes. También prefieren competir con ellos mismos en lugar de con los demás. Además, tendían a ser obstinados y a estar interesados en acumular, en especial dinero, y a estar preocupados por el desperdicio del tiempo. Los contadores con un rango mayor tenían la intención más baja de cambiar de trabajo; presentaban menos rasgos obsesivos-compulsivos, al ser capaces de dejar cuestiones de trabajo inactivas por un tiempo y poner atención a otras; se relacionan con sus pares, mostrando una orientación no solo a la tarea, sino también en la gente; además, parecían disfrutar las recompensas de un trabajo duro (Schell y DeLuca, 1991).

La literatura sobre los estudiantes de Contaduría y Administración demuestra que su perfil tiene ciertas particularidades que hacen pertinente buscar intervenciones que apoyen en el manejo de complicaciones derivadas. Las cuales son rigidez e intolerancia a lo diferente, rasgos obsesivos-compulsivos y de la personalidad tipo A, que tienen que ver con inflexibilidad (no poder dejar de hacer una tarea y dedicarse a otras cuestiones urgentes) e impaciencia; también su percepción de la necesidad de desarrollar apertura, o ciertas habilidades interpersonales. Es importante mencionar que percibir la carrera como difícil podría favorecer el abandono total de los estudios y que características como las mencionadas comparten el comportamiento de evitación (por ejemplo, de lo nuevo, lo difícil, lo diferente, dificultad, abandono de estudios) como elemento transversal a problemas del comportamiento, que podrían provocar el mantenimiento de la ansiedad y depresión.

Capítulo 4. Terapia de Aceptación y Compromiso

4.1 Fundamentos Teóricos de la Terapia de Aceptación y Compromiso

La Terapia de Aceptación y Compromiso se fundamenta en la Teoría del Marco Relacional, que plantea básicamente que los seres humanos al tener capacidad simbólica, y por medio de ella, pueden establecer marcos de equivalencia entre distintos estímulos y/o los distintos eventos externos o internos, estos pueden ser pensamientos, imágenes, sensaciones, emociones (Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001) y entre éstos se establecen relaciones. Es decir, que la conducta humana está dirigida en gran medida por redes de relaciones mutuas, llamadas marcos relacionales. Tales relaciones permiten aprender sin tener una experiencia directa. Por ejemplo, un gato no tocará dos veces una estufa caliente, pero necesita haberlo hecho una vez para no volverla a tocar. Un niño no necesita tocarla nunca para aprender, verbalmente, que la estufa puede quemar (Hayes, 2012).

Plantea que el aprendizaje del lenguaje origina que las cosas, las palabras, los eventos con los que se interactúa funcionen no a través de características físicas ni por una historia directa de contingencias, sino a través de los marcos de relación en los que se interactúa y de las funciones de estímulo (reforzante, aversiva, discriminativa, motivacional) en la historia del individuo, incluso de forma remota (Wilson y Luciano, 2002).

La teoría del marco de relación sostiene que una persona puede reaccionar “igual que” si estuviera ante el estímulo X (y también “más que” o “menos que” o “en sentido opuesto a”, etc.), una vez producido un aprendizaje operante, se generaliza, vinculando dos o más estímulos de forma arbitraria. Esto quiere decir que existen tres diferentes formas en las que se pueden establecer marcos de relación (Hayes, Gifford y Hayes, 1998):

Vinculación mutua entre dos estímulos relacionados. Las relaciones entre estímulos son bidireccionales, si A entonces B y si B entonces A. (Si María es más joven que Ana, Ana es más vieja que María)

Combinaciones vinculares múltiples. Si A está relacionado con B y B relacionado con C, entonces A está relacionado con C (“Si Ernesto (B) es más alto que Carlos (A) Y Jorge (C) es más alto que Ernesto (B), entonces Jorge (C) es más alto que Carlos (A).

Transformación de las Funciones de los Estímulos. La función que un estímulo tiene para una persona puede transformarse en base a cómo dicho estímulo se relaciona con otro, pueden variar y cambiar de acuerdo con el ajuste al entorno y al historial de interacción de las personas con los estímulos. Si A da miedo y luego se informa que B es más intenso que A, entonces B dará más miedo que A.

Dichos marcos ayudan a comprender por qué las personas exhiben respuestas iguales ante estímulos distintos a los que se expusieron, y cómo muchas reacciones emocionales disfuncionales son controladas por estímulos aparentemente no relacionados, hasta que se descubre la asociación arbitraria con el estímulo original (Rey, 2004).

La Terapia de aceptación y compromiso se organiza como una concreción en el contexto clínico del enfoque contextualista-funcional de los problemas psicológicos (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999). Lo cual quiere decir que para comprender cualquier evento es importante situarlo en su propio contexto (Barraca, 2007).

4.2 La Terapia de Aceptación y Compromiso

En términos generales, la terapia de aceptación y compromiso tiene como objetivo incrementar la aceptación de un rango de experiencias subjetivas, ya sean pensamientos

angustiantes, creencias, sensaciones corporales y sentimientos, en un esfuerzo por promover el cambio de comportamiento que conduzca a una mejoría en la calidad de vida. Uno de sus principios clave se centra en que los intentos por controlar las experiencias subjetivas no deseadas como la ansiedad; por ejemplo, no sólo resultan frecuentemente ineficaces, sino que podrían ser contraproducentes, provocando un aumento del malestar psicológico. Por lo cual, se alienta a los pacientes a estar en contacto con sus experiencias subjetivas sin defensas, mientras se comprometen a realizar conductas en dirección a las metas valoradas (Forman et al., 2007).

En este sentido, la evitación experiencial se refiere al fenómeno que ocurre cuando una persona no está dispuesta a estar en contacto con ciertas experiencias privadas, por lo que se esfuerza por alterar la forma o frecuencia de éstas, así como el contexto que las ocasiona; tales experiencias privadas pueden ser sensaciones corporales, emociones, pensamientos, recuerdos o ciertas tendencias de comportamiento (Hayes et al., 1996). Por ejemplo, una persona que está experimentando ansiedad en un esfuerzo por escapar de dicha emoción podría alterar la forma de ésta, consumiendo alcohol para disminuir la sintomatología ansiosa.

La terapia de aceptación y compromiso es una aproximación sistemática, con el objetivo de reducir la evitación experiencial, consiste en la implementación de una serie de metáforas y ejercicios experienciales para ayudar a la gente a dejar el control rígido de las reglas verbales que causan dicha dificultad, a esto se le llama rigidización y limita la capacidad para tolerar y adaptarse a situaciones o personas que no se ajusten a sus expectativas y reglas. Desde ACT se busca reducir la rigidización derivada de la evitación experiencial, consiste en seis “ejes”; la finalidad de cada uno es incrementar la flexibilidad psicológica (Biglan, Hayes y Pistorello, 2008). Ésta se refiere a la habilidad para contactar con el momento presente, de una forma más consciente y cambiar o persistir en el comportamiento en función de la dirección de los valores

elegidos (Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis, 2006). Cabe señalar que la rigidez es parte del perfil profesional de los estudiantes de Contaduría y Administración, como se ve reflejado en el estudio de Riveros et al. (2013), que se mencionó anteriormente, los estudiantes de Contaduría y Administración de la Universidad Nacional Autónoma de México mostraron niveles altos en intolerancia y rigidez, destacando el malestar generado ante profesores y compañeros que le impiden o retan las reglas que han creado en la rigidización.

El modelo de flexibilidad psicológica que subyace a la terapia de aceptación y compromiso está enfocado en un conjunto de procesos coherentemente relacionados que contribuyen a la adaptabilidad, en oposición al sufrimiento (Hayes et al., 2012). Los procesos que producen flexibilidad psicológica son atención flexible al momento presente, valores elegidos, acciones comprometidas, yo como contexto, defusión cognitiva y aceptación. A continuación, se explica en qué consisten cada uno de los procesos.

La atención flexible en el momento presente se refiere a apreciar las experiencias internas como pensamientos, emociones o sensaciones corporales y los eventos del ambiente tal como están ocurriendo en el momento sin apegarse a evaluaciones o juicios, en oposición a enfocarse a eventos del pasado o del futuro (Twohig, 2012). Tiene como objetivo proporcionar estrategias para estar en contacto con eventos psicológicos y ambientales tal como se presentan (Hayes et al., 2006). Por ejemplo, se le pide a un estudiante que preste toda su atención a la acción de comer, a dicha experiencia, a los sabores, olores, textura, temperatura con la finalidad de que no pase tanto tiempo preocupándose por el futuro o pensando en el pasado y que aprenda a dirigir su atención sólo a lo que está haciendo.

La aceptación se enfoca en reducir los esfuerzos que uno ejerce para controlar o regular ciertas experiencias internas (Twohig, 2012). Es decir, tiene como objetivo mostrar como alternativa a la evitación experiencial estar dispuesto a experimentar activa y conscientemente los eventos de la historia personal, sin intentos de cambiar su frecuencia o su forma, especialmente cuando hacerlo podría causar daños psicológicos (Hayes et al., 2006). Por ejemplo, se alienta al estudiante a que enfrente el miedo y la incertidumbre de estudiar arduamente y ver qué entiende bien y qué le cuesta trabajo, tomar riesgos en relaciones de apoyo, para hablar en público y participar en clase (Boone, 2013).

Los valores elegidos en la terapia de aceptación y compromiso se refieren a elementos de la vida que motivan a comprometerse en ciertas actividades (Twohig, 2012). Tienen como finalidad brindar ejercicios para ayudar a elegir direcciones en la vida en diversos ámbitos que son importantes para los estudiantes (Hayes et al., 2006). Por ejemplo: “Ayudar a otros”, “Dar mi máximo esfuerzo en la escuela”, “Animarse a tener una relación de pareja.” Dichas declaraciones se enmarcan en acciones (Boone, 2013).

Por otro lado, las acciones comprometidas se refieren a la redirección continua del comportamiento con la finalidad de construir patrones de comportamiento más grandes vinculados a un valor (Twohig, 2012). Es decir, tienen como objetivo proporcionar estrategias para el desarrollo de patrones de acción, con el fin de aproximarse a los valores elegidos (Hayes et al., 2006). Por ejemplo, un estudiante con ansiedad social podría inscribirse en una clase donde sabe que tendrá que hacer presentaciones orales, esto con la finalidad de ser más capaz de exponerse a situaciones sociales. O un estudiante con miedo a hablar en público, pero que valora el contacto con los demás, podría comprometerse a asistir a una reunión social con sus compañeros.

Por otro lado, yo como contexto se relaciona con las autoevaluaciones y categorizaciones, es decir con lo que una persona cree ser. Por ejemplo, si una persona que se etiqueta a sí misma como “depresiva”, probablemente se comprometa con comportamientos que continúen manteniendo dicha auto descripción (Twohig, 2012). Por lo cual, el yo como contexto tiene la finalidad de proporcionar estrategias para ser consciente de la propia experiencia sin apegarse a ésta, es decir a ciertas autoconceptualizaciones (Hayes et al., 2006).

La defusión cognitiva tiene como objetivo cambiar las funciones de pensamientos y otros eventos privados, en lugar de tratar de alterar su forma o frecuencia. Cambiar la forma en que se interactúa con o se refiere a los pensamientos mediante la creación de contextos en los que sus funciones inservibles disminuyen (Hayes et al., 2006). En otras palabras, la defusión cognitiva se relaciona con reducir el significado literal de las experiencias internas (Twohig, 2012). Por ejemplo, un estudiante podría estar fusionado al pensamiento de: “Soy incapaz de aprobar cierta materia”, y por lo tanto en vez de estudiar, preferiría realizar otras actividades, las estrategias de defusión cognitiva tienen como objetivo que el estudiante aprenda a través de ejercicios experienciales que los pensamientos son únicamente pensamientos (no son hechos) y puede identificar su funcionalidad sobre la actividad o meta que persigue, si identifica que no es funcional a la meta, puede descartarlo y, de esta forma, reducir el impacto que dichos pensamientos podrían tener en las acciones que emprenda.

En oposición con los procesos que se relacionan con la flexibilidad psicológica, a continuación, se mencionan los seis procesos que contribuyen a la inflexibilidad psicológica: atención inflexible al momento presente, distanciamiento hacia los valores elegidos, la inacción o impulsividad, apego a un yo conceptualizado, fusión cognitiva y la evitación experiencial (Hayes et al., 2012).

La atención inflexible al momento presente se relaciona con estar atento a estímulos pasados y del futuro. Lo problemático es que la atención dirigida a pasado y futuro hace que el consultante se pierda información que está ocurriendo a su alrededor (rumiación), y el distanciamiento de los valores está relacionado con estar desconectado de valores personales o actuaciones inconsistentes con los propios valores (Hayes et al., 2012).

La inacción o impulsividad se refiere a la inhabilidad de actuar en formas efectivas o comprometerse en actos impulsivos o en comportamientos de evitación persistente. El apego a un yo conceptualizado tiene que ver con la identificación del consultante con ciertas conceptualizaciones, como “soy flojo”, “soy incapaz” (Hayes, et al., 2012).

La fusión cognitiva se refiere a “apegarse” a los contenidos de la actividad “mental” (pensamientos, emociones, sensaciones); la evitación de la experiencia se relaciona con comprometerse en esfuerzos para suprimir, controlar o escapar del contenido privado (Hayes et al., 2012).

4.2.1 Antecedentes generales de la Terapia de Aceptación y Compromiso. A

continuación, se presentan los antecedentes con respecto a los efectos en sintomatología depresiva y/o ansiosa empleando dicho modelo de intervención.

Zettle (1986) realizó un estudio con el fin de evaluar la efectividad del distanciamiento comprensivo, componente esencial de la terapia de aceptación y compromiso, concepto con el cual se denominó inicialmente a lo que hoy en día se conoce como defusión cognitiva. El distanciamiento comprensivo buscaba alterar las funciones de los pensamientos negativos provocando un distanciamiento cognitivo; es decir eliminar la respuesta o reacción literal a las palabras, se buscaba que el usuario respondiera a las palabras como estímulos verbales y no de

forma literal al contenido de esas palabras (que las acciones sean independientes a los pensamientos). Por ejemplo, si el usuario tenía el pensamiento de “no podré entender ese tema”, se le pedía que notará que solo era un pensamiento y continuará estudiando. En dicho estudio, se compararon tres condiciones, distanciamiento comprensivo, y dos variantes de la terapia cognitiva: reestructuración cognitiva con distanciamiento (basado en la guía de terapia cognitiva de Beck para la depresión) y solo reestructuración cognitiva. En cada condición, 6 mujeres con depresión recibieron la intervención por 12 semanas y se realizó un seguimiento 2 meses después. Para los propósitos del estudio, no interesaba saber las diferencias entre las dos variantes de la terapia cognitiva, por lo cual para el análisis se unieron en un grupo de terapia cognitiva general y éste se comparó con el grupo de distanciamiento comprensivo. Los resultados mostraron que tanto el grupo de distanciamiento comprensivo como el de reestructuración cognitiva tuvieron mejoras significativas. Sin embargo, en general, el grupo de distanciamiento comprensivo mostró más efectividad en las mediciones, presentando reducciones más marcadas en los niveles de depresión.

En un ensayo controlado aleatorizado, en el que participaron hombres y mujeres con sintomatología depresiva leve a moderada. Se asignaron al azar al grupo con intervención basada en aceptación y compromiso (n=49) y a una lista de espera (n=44), quienes recibieron el tratamiento posteriormente. Los resultados mostraron una reducción significativa en sintomatología depresiva, que se mantuvo tres meses después. También se observaron disminuciones en ansiedad y en fatiga (Bohlmeijer, Fledderus, Rokx y Pieterse, 2011).

En otro estudio se realizaron dos pilotos, con la finalidad de examinar los efectos de una intervención breve basada en los principios de la terapia de aceptación y compromiso en sintomatología depresiva (adolescentes australianos) y estrés en adolescentes suecos. Fue una

intervención manualizada de 8 semanas, que se comparó con un grupo control, donde se brindó la atención usual en ambas escuelas. El estudio australiano, mostró que el grupo de aceptación y compromiso tuvo una mayor disminución de la sintomatología depresiva. En el sueco se reportaron niveles más bajos de estrés en el grupo de aceptación y compromiso. En términos generales, la intervención breve parece ser satisfactoria en la reducción de depresión y estrés en adolescentes (Livheim et al., 2015).

Por otra parte, se realizó un ensayo controlado aleatorizado con la finalidad de probar la eficacia de la terapia de aceptación y compromiso y la terapia cognitiva para la ansiedad y la depresión. Participaron 101 personas que reportaron niveles de ansiedad y depresión de moderados a severos, se asignaron de forma aleatoria a alguno de los tratamientos. En ambos grupos se mostraron mejorías equivalentes, sugiriendo que la terapia de aceptación y compromiso es un tratamiento viable (Forman et al., 2007).

Con adultos, se empleó en un ensayo controlado aleatorizado donde se comparó el efecto de la terapia de aceptación y compromiso con la relajación progresiva en el trastorno obsesivo compulsivo. Participaron 79 adultos asignados al azar. La terapia de aceptación y compromiso produjo cambios más grandes que la relajación progresiva en síntomas obsesivo-compulsivos después del tratamiento y en el seguimiento, también se mostró una mayor disminución de la depresión con el tratamiento basado en la terapia de aceptación y compromiso (Twohig et al., 2010).

En un ensayo controlado aleatorizado se comparó un tratamiento basado en terapia de aceptación y compromiso con la tradicional cognitivo-conductual para trastornos de ansiedad.

Participaron 128 personas asignadas de forma aleatoria a una de las dos condiciones. Ambos tratamientos incluyeron exposición conductual. Las dos intervenciones tuvieron resultados similares, lo que indica que la terapia de aceptación y compromiso es un tratamiento viable para los trastornos de ansiedad (Arch et al., 2012).

Un estudio realizado en 51 australianos (27 % eran estudiantes), que cumplieron los criterios para trastorno de ansiedad generalizada, se comparó una intervención de 6 semanas basada en terapia de aceptación y compromiso con la terapia cognitivo- conductual. Se encontraron mejoras significativas en ambos grupos en los síntomas de ansiedad, depresión y estrés; sin embargo, el grupo de terapia de aceptación y compromiso mostró una reducción más pronunciada en síntomas de preocupación y cambios más rápidos, mientras que en la terapia cognitivo-conductual se presentaron de forma más gradual, es decir, hasta el seguimiento (Avdagic, Morrissey y Boschen, 2014).

Además, en un estudio de tres casos únicos con personas con trastornos de ansiedad, se empleó la terapia de aceptación y compromiso. Los resultados mostraron disminución en evitación experiencial, incremento en aceptación y habilidades de atención plena, en la calidad de vida y reducciones significativas en ansiedad. Todos reportaron mantener los efectos de la terapia después del tratamiento (Eifert et al., 2009).

Se aplicó un protocolo con la finalidad de reducir los síntomas de la fobia social en personas jóvenes en Tehran (18 a 28 años). Se dividieron 16 participantes en un grupo control y el grupo experimental. Los jóvenes en el grupo control no recibieron ningún tratamiento, mientras los participantes del experimental, una intervención de 12 sesiones. Los resultados indican que el

protocolo de aceptación y compromiso fue efectivo, ya que se redujeron los síntomas de ansiedad social de forma significativa (Yadegari, Hashemiyani y Abolmaali, 2014).

En términos generales, se evidenció la efectividad de protocolos basados en la terapia de aceptación y compromiso en tres condiciones: problemas de espectro depresivo, problemas relacionados al espectro ansioso como ansiedad generalizada, trastorno obsesivo compulsivo y personas que presentaban síntomas de ansiedad y depresión en adultos y adolescentes

4.2.2 Antecedentes Terapia Aceptación y Compromiso en Estudiantes universitarios. Se realizó una intervención por internet en estudiantes universitarios con el objetivo de prevenir problemas de salud mental basada en terapia de aceptación y compromiso. Participaron 76 estudiantes asignados aleatoriamente a dos grupos: aceptación y compromiso y una lista de espera, quienes recibieron la intervención posteriormente. Los resultados indican que el programa tuvo aceptabilidad y mejoras significativas, es decir, se presentó un decremento en la sintomatología ansiosa y depresiva en el grupo de aceptación y compromiso (Levin, Pistorello, Seeley y Hayes, 2014).

Muto, Hayes, y Jeffcoat (2011) implementaron una intervención basada en biblioterapia con componentes de la terapia de aceptación y compromiso para estudiantes extranjeros (japoneses) que presentaban malestar psicológico por vivir lejos de su país. Dicho protocolo tuvo la finalidad de mejorar la salud psicológica. Participaron 70 estudiantes, divididos en dos grupos de forma aleatoria: en el tratamiento (35) y en la lista de espera (35). Los estudiantes que recibieron el libro con el programa de aceptación y compromiso mostraron mejora significativa en cuanto a la salud mental en general después de la intervención y en el seguimiento. Los estudiantes que se encontraban moderadamente deprimidos o estresados y los que presentaban ansiedad severa mostraron mejoras, comparados con aquellos que no recibieron el material bibliográfico.

Zettle (2003) comparó la terapia de aceptación compromiso con la desensibilización sistemática en estudiantes con ansiedad a las matemáticas y ansiedad en general. Participaron 24 alumnos, que se dividieron en dos grupos. Los resultados mostraron reducciones estadísticas y clínicas significativas tanto en el grupo de aceptación y compromiso, como en el grupo de desensibilización sistemática, las mejoras se mantuvieron dos meses después en ambos grupos.

Bunting (2010) realizó una tesis doctoral donde evaluó la eficacia de intervención breve basada en valores en estudiantes universitarios. Participaron 68 estudiantes universitarios, se compararon dos grupos: el tratamiento habitual (n=35) y la intervención basada en valores (n=33). Se encontró que los participantes mejoraron en las medidas de salud en general y depresión a través del tiempo. Aunque no existieron diferencias significativas entre ambas intervenciones, este estudio sostiene que una intervención basada en valores en estudiantes universitarios podría ser útil a la salud mental en general, y en la reducción de la depresión.

Se llevó a cabo un estudio en los servicios psicológicos de la Universidad de Sidney. Evaluaron protocolos basados en terapia de aceptación y compromiso y terapia cognitiva basada en mindfulness. Se realizaron de forma grupal con sesiones de dos horas cada semana. Los protocolos estaban dirigidos a estudiantes con estrés, ansiedad y depresión. Se aplicó a 136 estudiantes. No hubo diferencias significativas. Ambos grupos reportaron un decremento en el malestar psicológico en general (Renner y Foley, 2013).

Sobre intervenciones preventivas, al inicio de los estudios universitarios se realizó un programa de primer año de clases cuya finalidad fue prevenir el desarrollo de problemas psicológicos, así como ayudar a los estudiantes a adaptarse a la vida universitaria. Se comparó un protocolo basado en terapia de aceptación y compromiso con un grupo control, que consistió en

brindar información relacionada a manejo del tiempo, toma de decisiones, aprender sobre los recursos del campus, psicoeducación sobre depresión, ansiedad, abuso de sustancias, problemas de relaciones. Participaron 732 alumnos. Los resultados del impacto en la salud mental aún no están disponibles; sin embargo, se encontró que el programa de aceptación y compromiso fue bien recibido y que los estudiantes de este grupo al año de seguimiento reportaron mayor utilidad del programa (Pistorello et al., 2013).

También se han probado intervenciones breves con la finalidad de promover el bienestar psicológico, se realizó una intervención de cinco horas en un solo día basada en aceptación y compromiso. El entrenamiento en bienestar fue evaluado en dos ensayos controlados aleatorizados. En el primer ensayo, con una muestra de 65 estudiantes, en el seguimiento a un mes, existieron mejorías en estrés, ansiedad y depresión. En el segundo ensayo, con una muestra de 71 estudiantes, se midieron los efectos a los dos meses, y se mostraron diferencias significativas, con una mejoría en el grupo de terapia de aceptación y compromiso en estrés, ansiedad y bienestar psicológico (Christodoulou, 2013).

En una intervención breve para estudiantes universitarios se buscó disminuir la procrastinación. Participaron 15 estudiantes en dos programas grupales de una hora y media cada uno, es decir un total de dos sesiones y espaciados por una semana cada uno. Los resultados mostraron que los participantes estuvieron comprometidos y receptivos. Muchos de ellos dieron retroalimentación, indicando que el programa valía la pena. El taller preliminar sugiere que es posible interrumpir el ciclo de procrastinación, ayudando a los estudiantes a conectarse con sus valores y encontrar un sentido a su trabajo, para que puedan reducir, si no eliminar, el problema de la procrastinación (Scent y Boes, 2014).

En conclusión, se ha evidenciado la efectividad de la terapia de aceptación y compromiso aplicada a problemas psicológicos en estudiantes universitarios. Como se menciona en los estudios citados anteriormente, los protocolos basados en Aceptación y compromiso han sido útiles para diferentes condiciones como malestar psicológico general (ansiedad, depresión y estrés), ansiedad para las matemáticas, ansiedad social depresión y salud en general, en la prevención de problemas psicológicos, procrastinación, etc. Además, se ha aplicado con efectividad de forma presencial, a través de internet, de biblioterapia y de forma grupal e individual.

Capítulo 5: Intervención Basada en Terapia de Aceptación y Compromiso en Estudiantes Universitarios con Sintomatología Ansiosa y /o Depresiva

5.1 Justificación

Los problemas de ansiedad y depresión son los más comunes en la población en general en México. Según la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica del año 2002 al 2003, el 14.3% presentó un trastorno de ansiedad y el 9.1 % trastorno afectivo (depresivo) (Medina-Mora et al., 2003). En población universitaria se encontró que los trastornos por ansiedad tuvieron una prevalencia de 11.94 %, mientras que de los de ánimo fueron de 10.62%. (Blanco et al., 2008). Como se ha evidenciado, la sintomatología ansiosa y depresiva en estudiantes universitarios pueden tener diversas consecuencias, si no se detecta e interviene de forma adecuada. Consecuencias como el abuso de sustancias (Valentier, et al., 2004), consumo de alcohol (Arrivillaga et al., 2013), deterioro del desempeño académico (Hernández-Pozo et al., 2008), mayor cantidad de clases perdidas y de cursos reprobados (Hysenbegasi et al., 2005), así como dificultades en las relaciones sociales (Aalto-Setälä et al., 2001).

Es importante señalar que los estudiantes universitarios se encuentran en una etapa de transición del desarrollo vital. El inicio de la edad adulta puede estar acompañado de ciertos desafíos que podrían convertirse estresores y cronificarse: la búsqueda de empleo, el desarrollo de las relaciones sociales (Blanco et al., 2008), la separación de los padres, es decir pasar menos tiempo en casa y más en la escuela (Mattanah., 2004); el desarrollo de una nueva red social, mantener mayor autonomía, estar expuesto a factores de riesgo, como abuso de alcohol o sustancias (Rice et al., 2005). Además, muchos de los trastornos mentales tienen su primera aparición en la adultez temprana, justo cuando muchos se encuentran en estudios universitarios (Kessler et al., 2005).

La terapia de aceptación y compromiso tiene evidencia sobre su efectividad en una gran variedad de problemáticas y en diferentes poblaciones. Los estudios realizados con dicha aproximación en población universitaria son variados. Por ejemplo, en disminuir la sintomatología ansiosa y depresiva a través de una intervención por internet (Levin et al., 2014); Muto et al. (2011) en un programa de biblioterapia basado en terapia de aceptación y compromiso en la salud mental en general; en ansiedad en general y ansiedad por las matemáticas (Zettle, 2003); Bunting (2010) en un protocolo basado en valores en reducción de la sintomatología depresiva, además de una mejoría en la salud mental en general.

Incluso, en un estudio dirigido a disminuir el estrés, ansiedad y depresión, se mostró un decremento general del malestar psicológico en estudiantes australianos (Renner y Foley, 2013). En un programa de prevención de problemas psicológicos, la intervención fue bien recibida, y reportaron una mayor utilidad, en comparación con el grupo control, que consistió en proporcionar información de manejo del tiempo, toma de decisiones, aprender sobre los recursos del campus, psicoeducación sobre depresión, ansiedad, abuso de sustancias, problemas de relaciones (Pistorello et al., 2013). También se observó efectividad en una intervención breve para mejorar el bienestar psicológico, ansiedad y estrés (Christodoulou, 2013). Así como en un protocolo para disminuir la procrastinación (Scent y Boes ,2014); se realizó otro protocolo con la finalidad de reducir los síntomas de la fobia social en personas jóvenes en Tehran (18 a 28 años) (Yadegari et al., 2014).

En conclusión, la terapia de aceptación y compromiso tiene dos finalidades. Por un lado, aceptar las experiencias subjetivas como pensamientos, emociones, sensaciones incómodas en lugar de tratar de modificarlas y, por otro lado, promover que el usuario pueda comprometerse a realizar acciones que lo aproximen a lo que es importante para cada uno (los valores elegidos).

Tiene como objetivo incrementar la flexibilidad psicológica (estar dispuesto a experimentar los eventos privados tal como son, sin intentar alterarlos). La terapia de aceptación y compromiso ha mostrado ser eficaz en diferentes condiciones en estudiantes universitarios.

Esto revela la necesidad de implementar una intervención adecuada a las complicaciones psicológicas propias de la formación universitaria en licenciatura, la cual tendría implicaciones positivas y preventivas en diversos aspectos de la vida como su salud y calidad de vida. Una intervención que brinde a los estudiantes estrategias para disminuir las conductas de evitación y ponerse en contacto con sus aspectos reforzantes, que proporcione estrategias para manejar los síntomas ansiosos y depresivos con el fin de lograr impactos en el ámbito el ámbito personal, profesional o académico. En este sentido, de acuerdo con los antecedentes anteriormente mencionados sobre la Terapia de Aceptación y Compromiso, existe evidencia sobre su efectividad en sintomatología ansiosa y depresiva en población universitaria. El presente trabajo busca aportar más información para el caso de universitarios en profesiones que se caracterizan por su rigidez, como es el caso de la contaduría y la administración, y en el contexto de una universidad pública en México.

5.2 Propósito

Evaluar la efectividad de la Terapia de aceptación y compromiso, en estudiantes universitarios con sintomatología ansiosa y depresiva, con el fin de brindar evidencia en población de estudiantes universitarios.

Proporcionar estrategias de prevención en el desarrollo de trastornos mentales más graves y físicos consecuencia del estrés cronificado, ya que dicha población no se considera clínica.

5.3 Método

5.3.1 Objetivos específicos. a) Evaluar los cambios en sintomatología ansiosa, depresiva y evitación experiencial al emplear una intervención basada en terapia de aceptación y compromiso, en la medición inicial, final y al momento del seguimiento y b) a través de una intervención basada en la terapia de aceptación y compromiso, proporcionar a los estudiantes universitarios, estrategias para manejar la sintomatología ansiosa y depresiva e identificar cambios en las conductas de evitación en las metas personales”.

5.3.2 Participantes. Participaron siete estudiantes de la Facultad de Contaduría y Administración inscritos al semestre en curso, cuyas características sociodemográficas se muestran a continuación (ver tabla 9).

5.3.2.1 Criterios de inclusión. Estudiantes que soliciten el servicio de apoyo psicológico en el Centro de Orientación Educativa de la Facultad de Contaduría y Administración, quienes presenten sintomatología ansiosa y depresiva, ya sea leve, moderada o grave según los criterios diagnóstico del Inventario de ansiedad de Beck, estandarizado en México por Robles, Varela, Jurado y Páez (2001) y del Inventario de depresión de Beck, estandarizado por Jurado, Villegaz, Méndez, Rodríguez, Loperena y Varela (1998).

Se muestran los puntos de corte para población mexicana:

Tabla 10

Criterios diagnósticos para población mexicana: BAI y BDI

Sintomatología	BDI	BAI
	Puntuación cruda	
Mínimo	0-9	0-5
Leve	10-16	6-15
Moderado	17-29	16-30
Grave	30-63	31-63

Nota: BDI= Inventario de depresión de Beck, BAI= Inventario de ansiedad de Beck.

5.3.2.2 Criterios de exclusión. Estudiantes que no pertenezcan a la Facultad de Contaduría y Administración o se encuentren bajo tratamiento psiquiátrico o psicológico.

5.3.3 Definición de Variables

5.3.3.1 Variable independiente.

Definición conceptual: La terapia de aceptación y compromiso tiene como objetivo incrementar la aceptación de un rango de experiencias subjetivas, ya sean pensamientos angustiantes, creencias, sensaciones corporales y sentimientos, en un esfuerzo por promover el cambio de comportamiento que conduzca a una mejoría en la calidad de vida; se alienta a los pacientes a estar en contacto con sus experiencias subjetivas sin defensas, mientras se comprometen a realizar conductas en dirección a las metas valoradas (Forman et al., 2007).

Definición operacional: Protocolo de intervención manualizada basado en la terapia de aceptación y compromiso, consiste en 7 módulos. Se creó un manual para el terapeuta (anexo A) El tiempo de administración dependió del criterio de cambio que se estableció como evidencia del alcance del objetivo, antes de pasar al siguiente contenido, de manera que se pudieran personalizar y atender las condiciones de cada participante. Los módulos se describen a continuación (el manual y cada ejercicio se presentan como anexos):

Tabla 11

Descripción protocolo Intervención Terapia de Aceptación y Compromiso.

MODULO	SESION	COMPONENTE OBJETIVO	ESTRATEGIAS UTILIZADAS	CRITERIO DE CAMBIO
Entrevista inicial	1	Conocer el motivo de principal de consulta, así como los aspectos principales que mantienen el problema, establecer las metas, introducir sobre el modelo de aceptación y compromiso.	1. Conceptualización de caso (Harris, 2009). 2. Entrevista inicial (Harris, 2009). 3. Presentación modelo de Aceptación y compromiso (Harris, 2009). 4. Medición inicial	
1. Desesperanza creativa.	2	Descubrir la falta de funcionalidad de evitar y controlar sentimientos y pensamientos, así como como las consecuencias de tratar de hacerlo (Hayes et al., 2012).	1. El control es el problema (Boone, 2013): a) Registro estrategias de afrontamiento (modificado de Hayes y Smith, 2013). <i>b) Metáfora: "Jalar cuerda con el monstruo"</i> (Boone, 2013). <i>c) Metáfora: "Arenas movedizas"</i> (Hayes y Smith, 2013). 2. Normalización del control (Harris, 2009). 3. La ilusión del control (Harris, 2009): <i>a) Metáfora: "el polígrafo"</i> . b) "Borra un recuerdo." c) "No pienses en eso"	a) "Unir los puntos": Identificación de principales pensamientos y sentimientos problemáticos y de qué forma ha tratado de evitar o controlarlos (Harris, 2009). b) Ejemplificar cómo la evitación y el control han sido problemáticos en su vida (anexo1).
2. Aceptación.	3	Estar dispuesto de forma activa y consciente a experimentar eventos privados (pensamientos, emociones, recuerdos), sin cambiar su frecuencia o su forma (Hayes et al., 2006).	1. "Metáfora del invitado indeseado" (modificado de Hayes, 2012). 2. ¿Por qué estar dispuesto? (Hayes y Smith, 2013). 3. Lo que es y lo que no es aceptar (Hayes y Smith, 2013). 4. Costos de la disposición: "Dolor limpio y sucio" (Hayes et al., 2012). 5. Pregunta: disposición al cambio (Hayes y Smith, 2013). 6. Aceptación emociones: Científico curioso, respirar, expandir, permitir, fiscalizar, normalizar,	a) La identificación a través de un autorregistro de las emociones, pensamientos, sensaciones que diariamente intenta evitar (anexo2). b) Se proporcionó una forma (anexo2) con instrucciones en aceptación de emociones (Harris, 2009). Se pidió que registre las situaciones en las que practicó la aceptación de emociones y estuvo dispuesto a experimentar la emoción sin intentos por cambiar la frecuencia o la forma.

MODULO	SESION	COMPONENTE OBJETIVO	ESTRATEGIAS UTILIZADAS	CRITERIO DE CAMBIO
3. Defusión.	4	Cambiar las funciones indeseables de los pensamientos u otros eventos privados, más allá de tratar de cambiar su forma o frecuencia; mediante la creación de contextos en los que sus funciones inservibles disminuyen, es decir, cambiar la manera en la que la persona interactúa o se relaciona con estos (Hayes et al., 2006).	<p>autocompasión (Harris, 2009).</p> <p>1. Psicoeducación: Tendencia a pensar de forma negativa (Harris, 2009). <i>a) Metáfora: “El cuentacuentos” (Harris, 2009).</i></p> <p>2. Ver a tus pensamientos en lugar de desde tus pensamientos (Hayes y Smith, 2013). <i>a) Repetir:</i> Limón, Limón (Harris, 2009) <i>b) “Hojas flotando en la corriente” (Hayes y Smith, 2013).</i> <i>c) Etiquetar los pensamientos (Harris, 2009).</i></p> <p>3. Descripciones frente a evaluaciones (Hayes y Smith, 2013). <i>a) Explorar diferencia entre descripciones y evaluaciones (Hayes y Smith, 2013).</i> Lista de técnicas de defusión (anexo3) (Hayes y Smith, 2013).</p>	<p>a) Se proporciona el formato (anexo3) para que realice de tarea un ejercicio donde se evalúa si es capaz de distinguir la diferencia entre descripciones y evaluaciones (Hayes y Smith, 2013). b) Formato (anexo3) con instrucciones sobre: etiquetar las experiencias personales (Hayes y Smith, 2013) y registrar los pensamientos con los que realizó el ejercicio y calificar qué tanto pudo ver al pensamiento como un simple pensamiento en una escala del 1 al 10.</p>
4. Yo como contexto:	5	Notar las propias experiencias sin apegarse a ellas (Hayes et al., 2006). Es decir, la persona desarrolla un “punto de vista” donde puede observar su propia experiencia sin sentirse identificado por ésta (Harris, 2009).	<p>1. Evaluaciones y auto conceptualizaciones (Hayes y Smith, 2013). <i>a) Considerando propias conceptualizaciones.</i> <i>b) Ejercicio: reinterpretar propia historia</i></p> <p>2. Concepto de yo como contexto (Harris, 2009). <i>a) “Metáfora del cielo”</i> <i>b) Ejercicio: Aquí van tus pensamientos</i> <i>c) Ejercicio: Tomar perspectiva (Hayes et al., 2012).</i> <i>d) “Metáfora del tablero de ajedrez” (Hayes y Smith, 2013).</i></p>	<p>a) Reinterpretar la propia historia (anexo 4) (Hayes y Smith, 2013). Que haya identificado por escrito. La diferencia entre sus propias evaluaciones y hechos. b) Práctica del ejercicio “Aquí van tus pensamientos” (Anexo 4) (Harris, 2009) y preguntas relacionadas a detectar si pudo distinguir dos procesos separados: uno de pensar y otro de notar (observador), después de pedirle que practicara el ejercicio de tarea.</p>
5. Atención flexible al momento presente.	6	Estar en contacto con eventos psicológicos y ambientales tal como ocurren, sin hacer juicios (Hayes et al, 2006).	<p>1. Importancia de desarrollar atención flexible (Hayes et al., 2012).</p>	<p>a) Reporte escrito a través de ejercicios de atención flexible al momento presente, se evalúa si puede</p>

MODULO	SESION	COMPONENTE OBJETIVO	ESTRATEGIAS UTILIZADAS	CRITERIO DE CAMBIO
			<p>2. Ejercicio: estar dónde estás (Hayes y Smith, 2013)</p> <p>3. Ejercicio: comer uvas (Hayes y Smith, 2013).</p>	<p>permanecer realizando las actividades, focalizando la atención en el momento presente. (anexo 5)</p> <p>Ejercicios de atención flexible al momento presente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Caminar en silencio (Hayes y Smith, 2013). - Comer conscientemente (Hayes y Smith, 2013). - Atención plena rutina de la mañana (Harris, 2009).
6. Valores.	6/7	Elegir direcciones de vida que son importantes para el usuario y que lo motivan para comprometerse en ciertas actividades (Twohig, 2012).	<p>1. Metáfora autobús (Hayes y Smith, 2013).</p> <p>2. Valores como direcciones de vida (Hayes y Smith, 2013).</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Los valores son elecciones (Hayes et al., 2012). b) Lo que no son los valores (Hayes et al., 2012). <p>3. Elegir valores (Hayes y Smith, 2013):</p> <ul style="list-style-type: none"> a) <i>Metáfora: asistir propio funeral.</i> b) Identificar áreas valiosas “tiro al blanco” (anexo 6) (Harris, 2009). c) Ejercicio: la brújula de la vida (anexo 6) (Harris, 2009): haber identificado, áreas importantes, así como qué tan cerca o lejos se encuentran de cada una a través de una escala del 1 al 10. 	<ul style="list-style-type: none"> a) Fortalezas (Harris, 2009): identificación de aspectos favorables de sí mismo que le ayudarán a aproximarse a acciones en dirección de valores (anexo 6). b) Modelos a seguir (anexo 6) (Harris, 2009). <p>Identificación de habilidades a desarrollar para realizar acciones valiosas.</p>

MODULO	SESION	COMPONENTE OBJETIVO	ESTRATEGIAS UTILIZADAS	CRITERIO DE CAMBIO
7. Comprometerse con la acción.	8	Realizar patrones de acción con el fin de aproximarse a los valores elegidos (Hayes et al, 2006).	<p>1. Establecer metas. (Hayes y Smith, 2013). a) Ejercicio: línea de tiempo (Hayes y Sm. b) Ejercicio: hoja metas (anexo 7). 2. “Hacer el camino”: acciones para lograr objetivos. (Hayes y Smith, 2013). a) Ejercicio: alcanzar objetivos mediante acción (anexo 7). b) Barreras esperables (anexo 7). 3. Establecer modelos acción eficaz (Hayes y Smith, 2013). a) Establecer pautas consistentes.</p>	a) El plan de acción y disposición (anexo 7) (Harris, 2009): identificación de obstáculos para comprometerse con acciones e identificación de estrategias que ayudan a sobreponerse a barreras.
	8/9	Planeación: repaso general de la terapia de aceptación y compromiso, así como encontrar estrategias que ayuden en futuras recaídas.	<p>1. Conclusión ciclo de evitación y aceptación (anexo 8) (Hayes y Smith, 2013). 2. Superar obstáculos (anexo 8) (Harris, 2009). 3. Medición final</p>	<p>a) Se verificó que haya ejemplificado las estrategias utilizándolas en su vida diaria y se anticipa a situaciones que puedan llevar a recaída y su manejo. b) La última sesión (9/9), se realizó un mes después de forma telefónica y a través de correo electrónico se enviaron las pruebas para la medición de seguimiento (BAI, BDI, AAQ-II) y se realizó una entrevista sobre el discurso en los seis componentes de ACT.</p>

5.3.3.2 Variables dependientes.

Sintomatología ansiosa

Definición conceptual: La sintomatología ansiosa se refiere a un estado emocional displacentero, de miedo o aprehensión en ausencia de un peligro o amenaza identificable, caracterizado por una variedad de síntomas somáticos, como temblor, hipertonía muscular, hiperventilación, sudoración, palpitaciones, etc. En sentido cognitivo se manifiesta aprehensión e inquietud, hipervigilancia y otros síntomas relacionados con la alteración de la alerta, tales como distractibilidad, pérdida de concentración e insomnio (Farré, Laceras y Casas, 2001).

Definición operacional: Resultados obtenidos a través del Inventario de ansiedad de Beck (las características se describen a continuación en el apartado de instrumentos).

Sintomatología depresiva.

Definición conceptual: La sintomatología depresiva se refiere a la pérdida de afecto positivo. Se manifiesta en un rango de síntomas que incluyen alteraciones de sueño, ausencia de autocuidado, pobre concentración, ansiedad, y pérdida de interés en experiencias diarias (National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE, 2009).

Definición operacional: Resultados obtenidos a través del Inventario de depresión de Beck, el cual se ha descrito en el apartado de instrumentos.

Evitación experiencial.

Definición conceptual: se refiere al fenómeno que ocurre cuando una persona no está dispuesta a estar en contacto con ciertas experiencias privadas, por lo que se esfuerza por

alterar la forma o frecuencia de éstas, así como el contexto que las ocasiona; tales experiencias privadas pueden ser sensaciones corporales, emociones, pensamientos, recuerdos o ciertas tendencias de comportamiento (Hayes et al., 1996)

Definición operacional: A través del AAQ-II, el cual se describe a continuación en el apartado de instrumentos.

5.3.4 Diseño de investigación. Caso único AB (n=1) con seguimiento. Los estudios de caso único son aquellos en los que un solo individuo es su propio control y del tipo AB se refiere a que no se puede retirar el tratamiento (Montero y León, 2004). Como señala Kazdin (2001), cumplen con las características esenciales de todo diseño experimental: 1) control de la intervención (condiciones de línea de base, manipulación de variables independientes a través del retiro y presencia de la intervención), 2) evaluación del rendimiento a lo largo del tiempo y en las distintas condiciones y 3) búsqueda de configuraciones intra caso con el fin de obtener predicciones acerca del comportamiento. En el seguimiento se busca establecer la estabilidad a través del tiempo del tratamiento aplicado, es decir corroborar que los cambios se mantienen una vez finalizada la intervención. Se realizaron 7 réplicas.

5.3.5 Instrumentos. El inventario de ansiedad de Beck (BAI), cuya finalidad es medir la sintomatología ansiosa fue estandarizado en México por Robles, Varela, Jurado y Páez (2001), tiene un nivel de confiabilidad de $\alpha = 0.83$. Consta de 21 reactivos. Los análisis factoriales extraen 4 factores principales: subjetivo, neurofisiológico, autonómico y pánico.

El Inventario de depresión de Beck (BDI), es un instrumento que tiene como objetivo medir la sintomatología depresiva. La versión validada en México fue estandarizada por Jurado, Villegaz, Méndez, Rodríguez, Loperena y Varela (1998) con un nivel de confiabilidad de $\alpha = 0.87$.

consta de 21 reactivos y de los análisis factoriales se obtienen 3 factores inter correlacionados: actitudes negativas hacia sí mismo, deterioro del rendimiento y alteración somática.

El AAQ-II, se refiere a una adaptación al español del Acceptance and Action Questionnaire II, cuyo objetivo es medir el grado de evitación experiencial. En su definición se refiere a un fenómeno que ocurre cuando una persona no está dispuesta a ponerse en contacto con experiencias privadas particulares (emociones, pensamientos, recuerdos). La evitación experiencial es un patrón conductual y no a un rasgo o a una entidad. Este cuestionario es una escala auto aplicable tipo Likert que permite medir la evitación experiencial o, por el contrario, la flexibilidad psicológica, dependiendo de la orientación de sus diez reactivos, cada uno con siete opciones de respuesta, que van de “nunca” a “siempre”, según las creencias y experiencias de cada evaluado. La puntuación máxima es de 70 puntos e indica un mayor grado de evitación experiencial, la mínima es de 0 puntos, indicaría el mayor grado de flexibilidad psicológica. Fue validado por Patrón (2010). Es válido y confiable en población yucateca (mexicana). El coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach obtenido en la versión aplicada fue de .89. Cabe señalar que la validación se llevó a cabo en estudiantes de licenciatura en Informática.

5.4 Procedimiento

1. Se seleccionaron a aquellos usuarios que solicitaron atención psicológica en el COEFCA y que en la solicitud de atención reportaron problemas relacionados a la sintomatología ansiosa y/o depresiva. La intervención se llevó a cabo de abril a diciembre del 2015, es decir en los semestres: 2015-2 y 2016-2. A cuatro participantes de segundo semestre se les comienza a aplicar en el período de 2015-2; y a tres participantes de primero, quinto y séptimo semestres se les aplicó en el período de 2016-2.

2. Se realizó una evaluación inicial para medir la sintomatología ansiosa y/o depresiva, de acuerdo con los parámetros establecidos para población mexicana de depresión (Jurado et al., 1998) y de ansiedad (Robles et al., 2001), para corroborar que cumplen con los criterios de inclusión. Además, se midió la evitación experiencial por medio del AAQ-II (Patrón, 2010).

3. Se aplicó la intervención individual basada en terapia de aceptación y compromiso, que consistió en 7 módulos (Anexo A).

4. Posteriormente, se realizó un seguimiento un mes después, por medio de correo electrónico para medir los cambios en variable dependiente de ansiedad (BAI), depresión (BDI) y evitación experiencial (AAQ-II); y por medio de una llamada telefónica donde se les dio seguimiento a los seis componentes de la terapia de aceptación y compromiso.

5.5 Resultados

A continuación, se presentan los resultados obtenidos, en primer lugar, se presenta un análisis cualitativo, el cual incluye un análisis de reporte verbal de los cambios observados (mejorías y retrocesos) según las metas por participante. En segundo lugar, se presenta el análisis estadístico realizado en los participantes, se utilizó la Prueba de Friedman y Wilcoxon.

Tabla 12

Puntuaciones PRE, POST y SEGUIMIENTO por participante de BAI, BDI y AAQ-II

Participante	Sexo	Edad	Estado civil	Carrera	Semestre	Turno
1	Mujer	21	Soltera	Contaduría	5	Vespertino
2	Mujer	19	Soltera	Contaduría	1	Matutino
3	Mujer	19	Soltera	Contaduría	2	Matutino
4	Mujer	19	Soltera	Administración	2	Matutino
5	Mujer	27	Soltera	Administración	2	SUA
6	Hombre	19	Soltero	Contaduría	2	Matutino
7	Hombre	21	Soltero	Contaduría	7	Vespertino

Nota: BAI=inventario ansiedad de Beck, BDI= Inventario Depresión de Beck.

A continuación, se explican las mejoras y algunos pequeños retrocesos que experimentaron los participantes:

La participante 1 mejoró en sintomatología ansiosa, depresiva y evitación experiencial de la medición inicial a la final. En síntomas de ansiedad en la primera medición puntuó síntomas leves, posteriormente en la final y el seguimiento se mantuvo en sintomatología mínima. En depresión en la inicial presentó síntomas moderados, al momento de la medición final puntuó en cero. En evitación experiencial existió una reducción de la puntuación de la medición inicial a la final de 49 a 13. La participante 1 comentó que puede manejar mejor el enojo, que aun con pensamientos difíciles, se pone a estudiar. También que se encontraba menos preocupada por temas relacionados a su físico o desempeño, comentó que mejoró escolarmente y, es más activa ayudando a su familia.

En cuanto a los retrocesos, mostró un incremento en la sintomatología depresiva de la medición post test al seguimiento, aunque se siguió manteniendo en sintomatología mínima. De igual forma se observó un incremento en la evitación experiencial de 13 a 22 puntos. Al explorar las causas del empeoramiento, la usuaria reportó que ha tenido que cuidar de una tía enferma y ha le ha hecho sentir bien.

El participante 2 disminuyó en ansiedad de la medición final al seguimiento, el cambio se mantuvo en síntomas leves. En la medición inicial presentó depresión moderada, en la final y al seguimiento puntuó en mínima; Hubo un decremento de evitación experiencial de la medición pre a post test de 39 a 26 puntos. Desde su perspectiva, comentó que ahora expresa mejor las emociones, que la frustración, por ejemplo, no le impide hacer las cosas. Comentó que ya no se aísla tanto y piensa menos en el pasado, y que se siente más cercano a sus amigos, a su familia

y piensa que la relación con sus padres es mejor. Comenzó a trabajar de becario con un maestro y mencionó que ahora toma más el riesgo de conocer a gente nueva.

El participante 2 tuvo un incremento de sintomatología depresiva (2 a 8 puntos) de la medición final al seguimiento, mantenido en sintomatología mínima. De igual forma tuvo un incremento en evitación experiencial (26 a 40). Refiere que ha experimentado, en días previos a la medición, distanciamiento con su pareja actual.

La **tercer participante** en ansiedad tuvo una mejoría desde la primera medición hasta el seguimiento. En ansiedad, cumplió los criterios para sintomatología moderada en la medición inicial (24); leve en la final (6), y en el seguimiento mínima (6 puntos). En depresión puntuó 29 puntos, que corresponde a moderada; puntuó mínima en la final y en seguimiento (7 y 8, respectivamente). En evitación experiencial disminuyó de 53 puntos a 29 puntos. Comentó que actualmente puede mantenerse estudiando por más tiempo. Comenzó a trabajar y empezó a encontrarle mayor sentido a la escuela, cuando algo se le dificulta pide asesoría y no se queda con la preocupación, busca soluciones más activas.

La **tercer participante** presentó un incremento de evitación experiencial de la medición final al seguimiento de 29 a 42. Se trata de una usuaria que, al momento del seguimiento, mostró interés en regresar a atención psicológica. Comentó no sentirse tan bien como cuando termina la terapia.

La **cuarta participante** mostró mejoría en sintomatología ansiosa: de 7 puntos en la medición inicial (leve) a 8 en la final (leve) en el seguimiento 6 (leve). En la inicial de depresión puntuó 9, en la final, 3 puntos y, en el seguimiento, 6 (se mantuvo en sintomatología mínima). En evitación experiencial tuvo una disminución progresiva: en la medición inicial puntuó 36, en la final 33 y

en seguimiento 22. Comentó que ha mejorado en el área escolar, que ha participado más en clase, en las exposiciones orales le fue mejor. También comentó que ya no está tan presente la preocupación de no poder hablar bien en público.

La cuarta participante incrementó en la sintomatología depresiva de la medición final al seguimiento (3 a 6 puntos), aunque sigue manteniendo en el criterio diagnóstico de depresión leve, mencionó haber tenido problemas de pareja un fin de semana antes de la medición de seguimiento. Comentó que aún no puede terminar esa relación y eso la sigue manteniendo triste, aunque señaló que, a pesar de la tristeza, siguió enfocada en sus actividades escolares con éxito.

La participante 5 tuvo una medición inicial en síntomas de ansiedad de 36 puntos (grave), en la final y el seguimiento se mantuvo en 3 puntos (mínima). En depresión en la medición inicial puntuó 26 puntos (síntomas moderados), en la final puntuó 1, en el seguimiento, 0 puntos. En evitación de la experiencia fue disminuyendo progresivamente de 42, 16 y 12 de la medición inicial a la de seguimiento. Mencionó que se siente más cercana a amigos, que mantiene una relación menos dependiente, pudo hacer más actividades de forma independiente.

La sexta participante presentó una mejora en síntomas de ansiedad de 34 en inicial (grave), 25 en final (moderado) y en el seguimiento. En depresión de la inicial a la final mejoró de 25 a 8 puntos, es decir de moderada a mínima. Y en evitación experiencial también mejoró de 62 a 32 puntos. Mencionó que comenzó a trabajar, a involucrarse más con sus compañeros, pudo ponerle límites más claros a su compañero de cuarto sobre las cosas que a ella le molestan. Refirió que actualmente, dedica más tiempo a estudiar y en términos generales mencionó que disfruta más su vida.

La participante 6 tuvo un incremento de 8 a 11 puntos en sintomatología depresiva de la medición final al seguimiento, es decir, de sintomatología mínima incrementó a sintomatología leve. Incrementó en evitación experiencial de 32 a 36 puntos. La usuaria no logró identificar alguna cuestión como motivo del aumento de los síntomas, mencionó sentirse contenta y estable.

El participante 7 tuvo un incremento de 8 a 12 puntos en depresión del post test al seguimiento, es decir de mínima a leve. En ansiedad incrementó de 1 a 5 puntos de la medición inicial a la final, y en evitación experiencial incrementó de 34 a 44 puntos de la inicial a la final. Comentó experimentar dificultades escolares, percibió que aún no puede mejorar como quisiera. Además, le cuesta lidiar con la frustración.

El séptimo participante mostró mejoría en sintomatología depresiva de 15 (leve) a 8 puntos (mínima); en ansiedad mejora de 5 a 1 puntos; en evitación experiencial existió una reducción de 44 a 38 puntos. En términos generales, mencionó que ahora realiza más actividades académicas, aunque le falta hacerlo como quisiera. Comenzó a asistir a clases de baile y, en algunas ocasiones, no se siente tan enganchado con sus pensamientos.

En términos generales, en sintomatología ansiosa 6 participantes mostraron reducción de la medición inicial a la final. El séptimo participante se mantuvo con sintomatología mínima (de 0 a 5 puntos) en la medición final. En el seguimiento, todos mantuvieron las mejorías. En sintomatología depresiva mejoraron los 7 participantes de la medición inicial a la final. De ésta al seguimiento aumentó la sintomatología depresiva de seis participantes, pero cuatro de ellos se mantuvieron en los mismos criterios diagnósticos (síntomas mínimos), dos usuarios pasaron de síntomas mínimos (en la medición final) a síntomas leves (al seguimiento).

Existió una menor evitación experiencial del momento de la medición inicial a la final en seis participantes; sin embargo, en el seguimiento sólo tres disminuyeron con base en la final, en cuatro de ellos incrementó la puntuación; sin embargo, en tres ellos la evitación experiencial continuó siendo menor en comparación con la inicial. Es decir, de la medición inicial al seguimiento, sólo en un participante aumentó de 39 (inicial) a 40 (seguimiento).

En seguida se muestran los cambios en el reporte verbal, en los que se puede apreciar el incremento de ciertas conductas respecto a las metas de cada participante. Se describen las tres fases de medición: pre, post y seguimiento respecto a los 6 componentes de la terapia de aceptación y compromiso, así como las metas iniciales acordadas en la conceptualización de cada caso.

Participante 1:

Metas:

- Consumir menos alcohol cuando sale.
- Manejo de la frustración al estudiar
- Comprometerse más con la escuela, hacer más tareas, estudiar más.
- Mejorar relación con su familiar (especialmente mamá)

Tabla 13

Participante 1: reporte verbal de las mediciones PRE, POST y SEGUIMIENTO de los componentes de la terapia de aceptación y compromiso.

COMPONENTE	PRE	POST	SEGUIMIENTO
Evitación emociones	Evita tristeza y culpa durmiendo y consumiendo alcohol. -Evita frustración a estudiar lavando trastes, haciendo otras labores de la casa. -Frustración en general la evita durmiendo.	“Mi mamá me regañó y acepté el enojo y actué diferente con ella, porque no me afectó tanto”. - “Me frustré en el examen final, pero lo seguí contestando”.	“Últimamente me he sentido mal por mi tía enferma, pero no terrible”. - “Tengo que ayudar a cuidar a mi tía y me siento triste, pero lo hago con gusto”.

COMPONENTE	PRE	POST	SEGUIMIENTO
Fusión cognitiva	<p>Comparaciones con las ex- novias, con las compañeras de la escuela:</p> <p>“ellas son mejores”, “son más bonitas” “Soy demasiado gorda”, “estoy fea” -En lo escolar: “ya mañana estudió” “no lo voy a poder hacer” “no le entiendo”</p>	<p>“Me ayudó mucho la defusión” - “En la escuela, ya no pienso tanto en que me voy a equivocar” -Me llegó el pensamiento de: “eso no puedes hacerlo nunca” y no me afectó.</p>	<p>“A veces me llega el pensamiento de que va a pasar algo malo, pero no me afecta”. -Pensamiento como:” puede pasarle algo a mi tía y luego sigo adelante y ayudo a cuidarla”. - “Cada vez me engancha menos con los pensamientos de mi aspecto físico”.</p>
Pasado /futuro	<p>Pasado: “mi exnovio tenía más dinero, antes era más feliz” -Futuro: pensar constantemente en que su situación económica no mejorará, preocupación por reprobado materias e incluso dejarlas.</p>	<p>“Mi novio actual es lindo, estoy tratando de no compararlo con mi ex”.</p>	<p>“Pienso cada vez menos en mi exnovio” - “Ya no me preocupa tanto el dinero”</p>
Apego a conceptualizaciones	<p>“Soy fracasada”, “pienso que he fracasado más que la mayoría” - “Soy mala estudiante”</p>	<p>“A veces me cuesta trabajo la escuela, pero si pido asesoría, soy capaz” “ya no me siento como una fracasada”.</p>	<p>“No me siento como fracasada” “Siento que puedo lograr las cosas”</p>
Valores	<p>Ser buena estudiante -Buen trabajo -Mejorar relación con familia -Estabilidad económica</p>	<p>En la escuela he mejorado, tengo menos errores”. - “Le demuestro más afecto a mi familia”.</p>	<p>“Me siento bien de cuidar a mi familiar (tía). - “Salí mejor de lo que yo pensaba en la escuela”.</p>
Comprometerse con acción	<p>Pasividad -Pasa mucho tiempo durmiendo, evita viendo la televisión, haciendo labores del hogar, paseando a su perro en lugar de estudiar.</p>	<p>“Pedí asesoría y exenté matemáticas financieras”. - “Soy más activa en la escuela”.</p>	<p>Pasa el tiempo cuidando de un familiar enfermo. - “Me siento activa ayudando en lo que se puede”.</p>

Participante 2

Metas:

- Pensamientos recurrentes sobre apariencia física y preocupaciones recurrentes por evaluación de los demás no afecten la imagen de sí misma.
- Estar abierta a las relaciones personales y no obedecer al miedo a que me lastimen.
- Regulación de emociones: “son muy intensas”.

Tabla 14

Participante 2: reporte verbal de las mediciones PRE, POST y SEGUIMIENTO de los

componentes de la terapia de aceptación y compromiso.

COMPONENTE	PRE	POST	SEGUIMIENTO
Evitación emociones	<p>“Me guardo las emociones y después explotó, sobre todo el enojo.”</p> <p>-Evita tristeza, saliendo de fiesta y tomando.</p> <p>- “Últimamente me irrito muy fácilmente y me quito el enojo diciendo todo lo que pienso”.</p> <p>Frustración al estudiar o hacer ejercicio.</p>	<p>“Mis emociones ya no pesan tanto, porque ya las expresé más y no me las guardo todas, aunque aún pesan algo”</p> <p>- “Cuando llega el enojo y la frustración actuó diferente”</p>	<p>Hay frustración, tristeza y miedo debido a que se está involucrando con una persona que le gusta y últimamente se siente alejada de él.</p>
Fusión Cognitiva	<p>“Por qué te ves así”</p> <p>- “No soy él de antes”</p> <p>- “No quiero ir a la escuela”</p> <p>- “soy feo”</p> <p>- “siento que todo me sale mal”</p>	<p>“Los pensamientos llegan en un momento y se van, después llegan otros mejores”</p>	<p>Llega el pensamiento de” y si fracasó otra vez en la relación”,” no me pega tanto”. “Mis pensamientos ya no afectan al grado de alejarme de la gente por sentirme mal conmigo mismo”</p>
Pasado /futuro	<p>“Rumiarse sobre su relación pasada (que bonita fue)”</p>	<p>“Casi ya no pienso en mis relaciones pasadas, estoy enfocado en el nuevo trabajo y en las personas que estoy conociendo”</p>	<p>“Ya no pienso tanto en el pasado”</p>
Apego a conceptualizaciones	<p>“Soy perfeccionista”</p> <p>- “No he hecho nada de mi vida”</p> <p>- “Soy inseguro”</p> <p>- “Yo soy una persona que se estanca”</p> <p>- “Soy una persona mala en el amor”</p>	<p>Si me quiero enamorar, pero no tan rápido”</p> <p>- “No siempre he sido inseguro, a veces lo soy”</p>	<p>“No soy malo en las relaciones, sólo a veces soy un poco impulsivo”.</p> <p>-Piensa que no es una persona que se estanca, sino que más bien hay malas rachas.</p>

COMPONENTE	PRE	POST	SEGUIMIENTO
Valores	Conectarse con amigos y con una pareja. -Hacer ejercicio -Mejorar relación familia -Trabajar (independencia económica)	Actualmente se mantiene conectado con más amigos. -Falta hacer ejercicio -La relación con sus padres ha mejorado porque no explota tanto. -Empieza a trabajar como becario de un maestro.	Empieza a salir con una persona que le parece que vale la pena. Se siente más cercano a tener una pareja. -Siente que el trabajar le da seguridad para en un futuro lograr independencia económica.
Comprometerse con acción	“Me da guerra conocer a personas” - “Estoy mucho tiempo acostado en la cama” - “Ya no voy al gym” - “Busco trabajo y no encuentro, me doy por vencido fácilmente” - “Estoy distanciado con mi familia”	“Ya no me cierro a conocer a alguien más” - Comienza a platicar con más personas. - “Vale la pena tomar el riesgo de conocer gente”	Sigue trabajando de becario con un maestro” -Sigue conociendo gente -Hace esfuerzo por entender a su mamá y ponerse en su lugar.

Participante 3

Metas:

- Incremento de motivación escolar para tener un mayor compromiso académico.
- Realizar acciones para mejorar situación económica (conseguir ingresos extra).
- Apertura a las relaciones interpersonales (No aislarse de familia, amigos y conocer nuevas personas por miedo al rechazo).
- Comenzar a realizar ejercicio.

Tabla 15.

Participante 3: reporte verbal de las mediciones PRE, POST y SEGUIMIENTO de los componentes de la terapia de aceptación y compromiso.

COMPONENTE	PRE	POST	SEGUIMIENTO
Evitación emociones	Ansiedad al estudiar y presentar exámenes, rumiando, fantaseando, pensando en otra cosa. Sensación miedo cuando se encuentra sola, comiendo. Evita tristeza durmiendo mucho, viendo videos en internet, escuchando música.	“Estudió más, aunque haya ansiedad y miedo, o cuando estoy muy estresada y frustrada, me ayuda aceptar las emociones y observarlas”.	Ya no evita tanto la tristeza durmiendo, ahora está activa y estudia mucho más. “Cuando llegan las emociones difíciles, pienso que son temporales”
Fusión Cognitiva	“No puedo cambiar” “no puedo hacer las cosas” “no puedo avanzar” “no puedo voy a fallar”	“Veo a los pensamientos difíciles como un objeto externo”	Sus pensamientos ya no le afectan tanto, aunque en algunas ocasiones cuando tiene presión escolar, le cuesta trabajo hacer los ejercicios.

COMPONENTE	PRE	POST	SEGUIMIENTO
Pasado /futuro	<p>“En las tardes pienso mucho en el pasado”</p> <p>“Ahorita no disfruto mi vida”</p> <p>“Me pesa mucho la muerte de mi abuelito hace dos años”</p> <p>“paso el tiempo fantaseando sobre futuro”</p>	<p>Dejo de hablarle a su ex</p> <p>Estoy más concentrada en la escuela”</p>	<p>“Me preocupa mi situación económica, pero ya no pienso tanto tiempo en eso como antes, también es porque ya trabajo”</p>
Apego a conceptualizaciones	<p>“Soy muy egoísta”</p> <p>“No me gusta mi forma de ser”</p> <p>“soy mala estudiante”</p>	<p>“He podido más”</p> <p>“He avanzado”</p> <p>“en la escuela me siento más capaz”</p>	<p>“Todavía me siento capaz”</p> <p>“actualmente me acepto más”</p>
Valores	<p>Trabajar para mejorar situación económica “</p> <p>Interés en ventas por el trato con la gente.</p> <p>Falta claridad sobre sentido de estudiar una carrera</p>	<p>Situación económica mejora ya que dos días va a trabajar con una tía.</p> <p>El estudiar es un medio para conseguir cosas que deseo en un futuro.</p> <p>Mayor cercanía a amigos y familia</p>	<p>Continúa trabajando</p> <p>En el área escolar se siente más cómoda. Ahora le encuentra el sentido a la escuela.</p> <p>Más cercana a familia y amigos.</p>
Comprometerse con acción	<p>“Quiero hacer muchas cosas y no hago nada”</p> <p>No estoy motivada en la escuela.</p> <p>Soy impulsiva</p>	<p>Comienza a trabajar</p> <p>Participa más en clase</p> <p>Comienza una relación</p> <p>“He estado estudiando”</p> <p>“Soy más capaz de enfrentar las cosas y si falla no es tan feo”.</p>	<p>Sus acciones van encaminadas a mejorar escolarmente, pide asesoría, estudia más.</p>

Participante 4

Metas:

- Lograr que la ansiedad social no le impida exponer en clase o conocer gente nueva.
- Tener una relación de pareja más sana (terminarla o tener una relación menos dependiente)

Tabla 16

Participante 4: reporte verbal de las mediciones PRE, POST y SEGUIMIENTO de los componentes de la terapia de aceptación y compromiso.

Participante 4	PRE	POST	SEGUIMIENTO
Evitación emociones	<p>Evita ansiedad y tristeza de terminar relación problemática.</p> <p>-Evita ansiedad cuando expone en clase (baja tono de voz, habla rápido)</p> <p>-Cuando está triste, trata de</p>	<p>“Participé en una clase y me sentí más tranquila”</p> <p>- “Expuse y me puse un poco nerviosa y después ya tranquila”.</p> <p>-Evito la sensación de estar</p>	<p>- “No me sentí muy bien el fin por unos problemas con mi pareja y traté de dormirme”.</p> <p>- “Cada vez participo más en clase, y la verdad es que cada vez me pongo menos roja”</p>

Participante 4	PRE	POST	SEGUIMIENTO
	evitarla saliendo, viendo películas	sola, estando con mi novio, después me siento peor”	
Fusión Cognitiva	<p>“Nunca cambiaré”</p> <ul style="list-style-type: none"> - “Me preocupa no poder cortar con mi novio” - “Te vas a poner roja” - “Se van a dar cuenta los demás” 	<p>Cuando expuse: usé la técnica de darse por enterado (defusión)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuando me siento insegura trato de notar la diferencia entre describir y evaluar. 	<p>Ya casi no me llegan pensamientos del miedo que tengo a ponerme roja y que los demás me vean.</p> <ul style="list-style-type: none"> - “No sé si podré salir de esta relación “
Pasado /futuro	<p>Futuro: fantasear que todo va a cambiar en su relación.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se la pasa pensando en soluciones sobre su futuro - Me la paso esperando - “Me siento insegura d mi futuro”. 	<p>Futuro: Sigo pensando en que pasaría si no termino esta relación</p>	<p>“Siempre es lo mismo con mi pareja”</p> <ul style="list-style-type: none"> - Seguimos teniendo las mismas dificultades” - En la escuela si voy mejor en cuanto a las exposiciones
Apego a conceptualizaciones	<p>“Soy muy nerviosa”, “Soy débil”, - “No se hablar”</p>	<p>“He intentado hablar más y a veces si puedo hablar bien”</p>	<p>“Ya no me preocupa no poder hablar bien siempre”</p>
Valores	<p>Familia.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mejor relación de pareja. - Carrera (exponer más) 	<p>Aún no se siente plena en relación de pareja</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se siente mejor en el área escolar pues ha expuesto más. 	<p>Sigue sintiéndose insatisfecha con el tipo de relación</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se siente más segura en la escuela en el área de participar y exponer.
Comprometerse con acción	<p>“No me animo a terminar relación de pareja”</p> <ul style="list-style-type: none"> - “Me la paso esperando” 	<p>Cuesta trabajo aun poner límites en relación de pareja.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si me estoy comprometiendo a participar y exponer más en clase. 	<p>“He participado voluntariamente, aunque me ponga un poco roja, al final es mejor para mi”</p>

Participante 5

Metas:

- Mejorar relación; no tener una interacción dependiente, poner límites a pareja.
- Compromiso con actividades para ella misma (dedicar tiempo para actividades que disfruta)

Tabla 17

Participante 5: reporte verbal de las mediciones PRE, POST y SEGUIMIENTO de los componentes de la terapia de aceptación y compromiso.

Participante 5	PRE	POST	SEGUIMIENTO
Evitación emociones	Evita tristeza y ansiedad viendo Facebook, jugando con el celular, me distraigo buscando cosas que hacer.	“Cuando me llega el miedo lo acepto y recuerdo a dónde quiero llegar”.	“Cuando me desespero con mi novio, dejé que pase un momento y luego regreso a hablar”
Fusión Cognitiva	“Y si las cosas en la relación vuelven a fallar.” - “Es horrible que mi novio no me quiera dejar”, “y mi novio sufre horrible si decido cortarlo”	“Cuando me llega el pensamiento de que no puedo hacer algo, recuerdo que es normal sentir que no puedo cuando algo es difícil, pero es sólo un pensamiento”	“Los pensamientos difíciles ya los veo diferente”
Pasado /futuro	“La mayor parte del tiempo me siento triste pensando en lo que hice mal me arrepiento de esta relación”	“Estoy enfocada en mi trabajo y en la escuela, - “Ahora si ya dejé de regañarme tanto por mis errores del pasado”	“Cuando estoy preocupada por el futuro, hago los ejercicios de enfocarme en el momento y ayuda”
Apego a conceptualizaciones	“Pienso que soy débil” - “Soy un fracaso en el trabajo” - “Soy una persona que no olvida situaciones”	“Cuando pienso que he fracasado en el trabajo me acuerdo de todas las veces que he tenido éxito, y me doy cuenta de que sólo es una idea”	“Ya no me percibo como cuando inicie terapia”
Valores	Amigos y familia - Realizar actividades sola -Relación de pareja menos dependiente -Mejorar en el trabajo	Más cercana a amigos, sale más con ellos. -Hace más actividades para relajarse -Mejoró su relación de pareja -Empezó a buscar otros trabajos, aunque convive más con compañeros actuales.	Está más de cerca de sus amigos. -Se alejó un poco de dedicar tiempo a caminar o leer. -Sigue manteniendo una mejor relación: menos dependiente y mejor comunicación -Se siente más cercana a mejorar su situación económica y laboral pues cambia de trabajo.

Participante 5	PRE	POST	SEGUIMIENTO
Comprometerse con acción	No busco a amigos. -Pasa mucho tiempo con pareja, se siente inactiva en planes para ella. - “Estoy muy cansada para hacer actividades para mí como leer.	Se mantiene en comunicación más continúa con amigos. -Platico con personas nuevas - “Empecé a hacer tarea”	Mantiene contacto con sus amigos -El trabajo demanda más tiempo por lo cual ayuda a no estar todo el tiempo con su pareja

Participante 6

Metas:

- Mejorar relaciones con los demás (abrirse a nuevas amistades) y no aferrarse a ciertas personas.
- Mejorar en la escuela (compromiso con tareas y estudio).
- Poner límites a su compañero actual de casa.

Tabla 18

Participante 6: reporte verbal de las mediciones PRE, POST y SEGUIMIENTO de los componentes de la terapia de aceptación y compromiso.

Participante 6	PRE	POST	SEGUIMIENTO
Evitación emociones	Evita miedo, inseguridad, tristeza, estrés, no hablando con compañeros y no relacionarse con los demás o cuando tiene que enfrentar a su roomie quedándose encerrada en su cuarto, tomando alcohol, fumando, comiendo, a veces no comiendo.	“Cuando llega la inseguridad permito la emoción, “Cuando me siento desesperada aplicó la técnica de normalización y eso me ayuda”. - “Observar emociones ha ayudado a hacer las cosas que quiero” - “Expuse, aunque me puse muy nerviosa” -Trabajo:” no sabía cómo hacer una declaración, me puse nerviosa, busqué solución” - “Llega la ansiedad cuándo llega mi roomie y hago el ejercicio de aceptación de emociones.	“Cuando el chico que me gusta me habla, me pongo un poco triste pero ya no me afecta” - “Mi roomie me pidió perdón y en lugar de ponerme a la defensiva, lo entendí y lo perdoné” - “El trabajo me pone estresada a veces, pero la emoción después se hace más chica”
Fusión Cognitiva	“No voy a poder”, “siento que todos están en contra mía”, “Me siento desplazada”, “y si nunca encuentro trabajo, creo que no estoy capacitada” “me voy a quedar sola”	“Llega el pensamiento que todos están en mi contra, anoto los pensamientos y separo hechos de evaluaciones, es bueno escribirlo”.	“Cuando me llegan los pensamientos de: “seguro no tendrás novio, no vales la pena”, me doy por enterada”.

Participante 6	PRE	POST	SEGUIMIENTO
Pasado /futuro	Pensar en el pasado, cuando le dijo cosas hirientes a su compañero de cuarto y culparse.	“El ejercicio de comer plenamente lo entendí bien, me ayuda para estar más enfocada” - “Estoy más atenta en clase, entiendo mejor”	“Estoy disfrutando más mi vida, disfrutando las vacaciones, en realidad me siento feliz”.
Apego a conceptualizaciones	“No soy útil”, “Soy un problema” - “No puedo ayudar o ser un apoyo para alguien”, “Soy aburrida”, “No soy alguien que valga la pena como pareja”.	La conceptualización de “persona floja” sigue siendo fuerte. - “Siempre he sido así” - “Ya no me juzgo por reacciones emocionales, ya me hubiera dejado en paz”.	“Ya no tengo esa sensación de que algo me falta” - “Si el chico que me gustaba no quiso andar conmigo, no me lo tomo personal” - “No es que sea yo”
Valores	Disminuir consumo alcohol (crecimiento personal) -Trabajar en vacaciones -Hacer más ejercicio -Mejorar escolarmente -No aferrarme a relaciones íntimas - Alimentación más adecuada	Comienza a trabajar -Ejercicio: “aún no hago mucho, pero estoy caminando hasta la universidad de mi casa” - “Puse distancia con mi roomie”, “ya dejé por la paz a ese chico”. - “En lo social he mejorado mucho, soy más cercana a más con compañeros”.	“Me siento feliz con mi vida” - “Me siento más cercana a mis roomies. - “Salí de viaje con una amiga y su familia y eso me ayuda mucho” - “Estoy mucho mejor en la escuela”
Comprometerse con acción	“Duermo de más (12 horas) “ - “No hago tareas y falto a clases “. -Pasividad en acercarse a lo que valora. -Impulsividad consumo de alcohol y comida.	“Ayer me puse a estudiar” - “Si podré enfrentar a mi roomie” “Ya puedo dormir “, Me falta despertarme temprano” - “En el trabajo no sabía cómo hacer algo, vi tutoriales” - “-Busca otro lugar para vivir. - Se percibe más capaz de comprometerse.	Decidió ir unos días de vacaciones con una amiga y su familia. - “Cada vez siento que hago más cosas que quería” - “Es más fácil comenzar a hacer algo, antes me costaba mucho trabajo”

Participante 7:

Metas:

- Disminuir procrastinación:” todo lo dejo para el último en las actividades académicas y otras áreas de su vida”.
- Terminar actividades inconclusas como idioma de inglés y clases de piano.
- Incrementar activación física
- Estudiar “por su cuenta”

Tabla 19.

Participante 7: reporte verbal de las mediciones PRE, POST y SEGUIMIENTO de los componentes de la terapia de aceptación y compromiso.

Participante 7	PRE	POST	SEGUIMIENTO
Evitación emociones	En clase evita frustración viendo mensajes en celular. -Evita frustración y ansiedad de estudiar, escuchando música. -Tristeza al recordar a exnovia, evitar estrés y la incomodad.	Utilizó la aceptación de emociones, en una situación incómoda. Tener que esperar en el banco. Le ayudó a lidiar con la frustración.	“Me siento triste y aún sigo dejando las cosas para después” - “Me llega el recuerdo de mi exnovia y me quedó pensando en eso” - “En clase de baile, fue incomodo que me tocará bailar con una desconocida, pero lo seguí haciendo”
Fusión Cognitiva	Comparación con compañeros: “a ellos les va mejor que a mí” “no me quiero equivocar” - “Lo estoy haciendo mal” - “No lo voy a hacer” (tarea) - “No me quiero equivocar”.	“No puedo estudiar bien” - “Pensé: no estoy bailando bien y empecé a bailar más torpe” -Aún me afectan mucho mis pensamientos. -En algunas situaciones si me ayuda.	“Me critico a mí mismo”
Pasado /futuro	Paso mucho tiempo pensando en pasado, y recientemente en el futuro.	Me distraigo fácilmente cuando hago la tarea, pensando en futuro”.	“No me concentro para hacer mis tareas” - “No disfruto mucho el momento”.
Apego a conceptualizaciones	“Hay algo en mí que me impide hacer las cosas que quiero” - “Yo soy una persona que no puede fijarse metas” - “No soy el mejor estudiante”	“Sigo sin ser el mejor estudiante”	“Soy una persona que le cuesta tener orden y fijarse objetivos”
Valores	Mejorar escolarmente -Terminar lo que empieza. -Activarse físicamente	“Empiezo a realizar las actividades académicas, pero sigo sin hacerlo al 100 %” - “Aun no me siento que este bien en la escuela”	“Me falta para ser el estudiante que quiero ser”

Participante 7	PRE	POST	SEGUIMIENTO
Comprometerse con acción	“Empiezo algo y después me dan ganas de hacer otras cosas”	“sigo postergando los trabajos” “hice mal el trabajo” “no estoy tan mal en hacer las cosas que me hacen bien, aunque me falta, pienso que estoy regular” “llevar agenda me cuesta trabajo” Comienza a ir a clases de baile. “Hice esfuerzo por bailar con una chica”	“Sigo en clases de baile” “Aun dejo las cosas para el final” “Pospongo tomar decisiones”

A continuación, se presenta el análisis estadístico, los datos utilizados en esta investigación tienen un tipo de escala de medición ordinal y un tamaño de grupo pequeño que no permite asumir paramétrica, razón por la cual es importante aplicar pruebas estadísticas no paramétricas.

Los análisis estadísticos no paramétricos adecuados para este tipo de comparaciones son la prueba de Friedman y la prueba de para rangos con signo de pares comparados.

En la prueba de Friedman se van a comparar a la vez las medianas entre el pre, el post y el seguimiento para cada una de las variables de este estudio (Elorza, 1987). Mientras con la prueba de Wilcoxon para rangos con signo de pares comparados, las comparaciones estadísticas son por parejas, esto es, pre con post, post con seguimiento y pre con seguimiento (Wayne, 1988).

Tabla 20

Prueba de Friedman: cambios en ansiedad, depresión y evitación experiencial.

MEDICIÓN	Rango promedio		
	BAI	BDI	AAQ-II
PRE	2.64	2.86	2.57
POST	2.07	2.00	1.57
SEGUIMIENTO	1.29	1.14	1.86

Nota: BAI=Inventario de ansiedad de Beck, BDI=Inventario de depresión de Beck, AAQ-II = evitación de la experiencia.

Se observó una reducción en sintomatología ansiosa con diferencias estadísticamente significativas entre la medición pre, post y seguimiento ($p=.023$, $\chi^2=7.58$, Friedman). En cuanto a la sintomatología depresiva en comparación con la sintomatología ansiosa, se observó que existió una disminución mayor de ésta; existieron diferencias estadísticamente significativas entre la medición inicial, final y de seguimiento ($p= .006$, $\chi^2= 10.286$, Friedman).

En la medición de la evitación experiencial, no existieron diferencias estadísticamente significativas entre la medición inicial, final y de seguimiento ($p=.156$, $\chi^2= 3.714$, Friedman). Es importante destacar, que a pesar de que existió un aumento leve del post al seguimiento, este continuó siendo menor al principio.

Tabla 21.

Prueba de Wilcoxon para rangos con signo de pares comparados para las mediciones PRE, POST y SEGUIMIENTO del Inventario de ansiedad de Beck.

BAI		N	Suma de rangos	Estadística de prueba (Z)	Significancia (unilateral)
POST-PRE	Rangos negativos	5	24,5	-1.778 ^b	0,047*
	Rangos positivos	2	3,5		
	Empates	0			
	Total	7			
SEGUIMIENTO-PRE	Rangos negativos	6	21	-2.201 ^b	0,016*
	Rangos positivos	0	0		
	Empates	1			
	Total	7			
SEGUIMIENTO-POST	Rangos negativos	3	6	-1.633 ^b	0,125
	Rangos positivos	0	0		
	Empates	4			
	Total	7			

Nota: *= cambio significativo; b= Se basa en rangos positivos; c= se basa en rangos negativos.

Como indica la tabla 21, en cuanto a la sintomatología ansiosa, las puntuaciones de pre- post obtuvieron diferencias estadísticamente significativas ($p=0.047$), lo cual indica que la mediana de la medición post disminuyó con referencia a la de la medición pre. Por otro lado, entre la medición de pre y seguimiento resultó estadísticamente significativo y con mayores diferencias, destacando que la mejoría continuó después de que terminó el tratamiento, en comparación con la medición inicial ($p= 0.016$). En cambio, entre las mediciones de post y de seguimiento no existieron diferencias estadísticamente significativas ($p=0.125$), lo que denota que se mantuvieron los cambios logrados al post con ligeras mejorías.

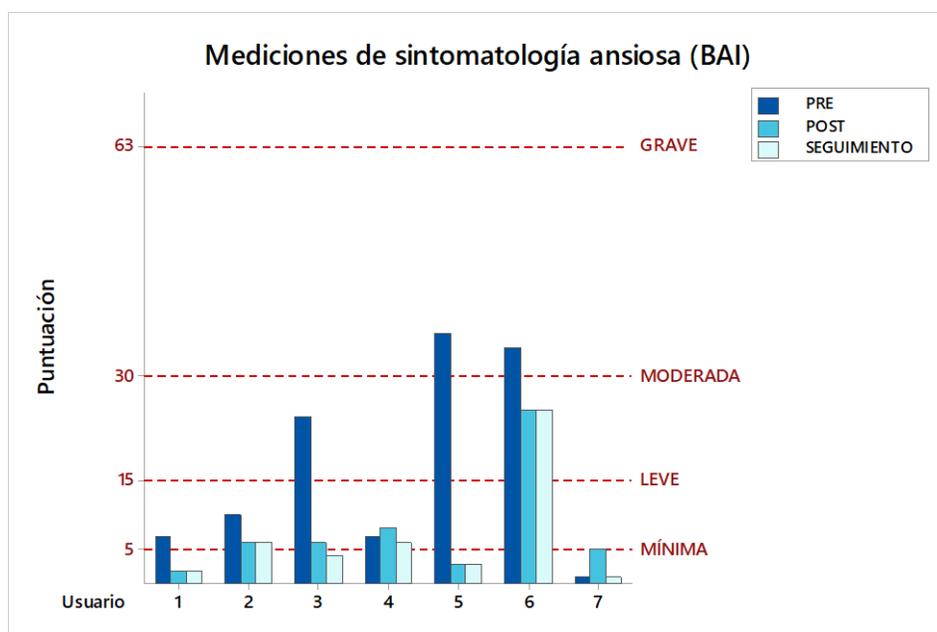


Figura 10. Puntuaciones PRE, POST y SEGUIMIENTO del Inventario de ansiedad de Beck.

En la figura 10 se puede confirmar la disminución de las puntuaciones de la medición de post en referencia a la medición pre, de igual forma las puntuaciones de la medición de seguimiento en cuanto a la medición pre. En esta misma grafica se observa que las puntuaciones entre post y seguimiento, a excepción del participante 6 se mantuvieron en niveles mínimos. Se observa la

permanencia de los beneficios por qué no se observaron diferencias estadísticas significativas entre el post y el seguimiento.

Tabla 22.

Prueba de Wilcoxon para rangos con signo de pares comparados para las mediciones PRE, POST y SEGUIMIENTO del Inventario de depresión de Beck.

BDI		N	Suma de rangos	Estadística de prueba (Z)	Significancia (unilateral)
POST-PRE	Rangos negativos	7	28	-2.371 ^b	0,008*
	Rangos positivos	0	0		
	Empates	0			
	Total	7			
SEGUIMIENTO-PRE	Rangos negativos	7	28	-2.371 ^b	0,008*
	Rangos positivos	0	0		
	Empates	0			
	Total	7			
SEGUIMIENTO-POST	Rangos negativos	1	1,5	-2.124 ^c	0,023*
	Rangos positivos	6	26,5		
	Empates	0			
	Total	7			

Nota: *= Cambio significativo; b= se basa en rangos positivos; c= se basa en rangos negativos

En la tabla 22 se observa que, entre las mediciones de pre y post de la sintomatología depresiva, existieron diferencias estadísticamente significativas ($p=0.008$), lo que indica de que la mediana de la medición post fue menor en comparación con la mediana de la medición pre. De la misma forma, en las mediciones entre pre y seguimiento también existieron diferencias estadísticamente significativas ($p=0.008$), indicando que la disminución de los síntomas se mantuvo hasta momento del seguimiento. Por otro lado, en la medición del post respecto al

seguimiento, también se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p=0.023$), lo que indica que la mejoría de la medición final al seguimiento se mantuvo, con ligeros retrocesos, ya que se observaron seis rangos positivos en la resta seguimiento-post test y uno fue negativo (menor valor en el seguimiento correspondiente al caso 5).

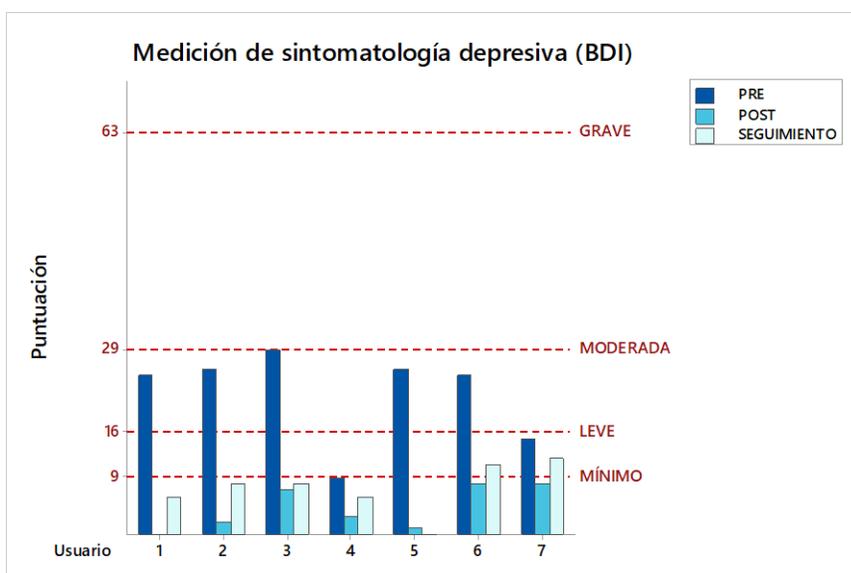


Figura 11. Puntuaciones de PRE, POST y SEGUIMIENTO del Inventario de depresión de Beck.

En la figura 11 se muestran las puntuaciones entre las mediciones pre, post y seguimiento respecto a la sintomatología de depresión, en esta se puede apreciar que existió una disminución en todos los casos de la medición final a la inicial; de igual manera de las puntuaciones obtenidas en el seguimiento con respecto a la medición pre, en todos los casos se presentó dicha disminución de sintomatología. Los participantes 1, 2, y 5 de presentar sintomatología moderada en la medición inicial, después de la intervención, la puntuación final estaba en síntomas leves. El participante 4 mejora de síntomas leves a mínimos; los participantes 3 y 6 de síntomas

moderados, disminuyen a síntomas leves. El participante 7 no muestra mejoría diagnóstica y se mantiene en síntomas leves, aunque con menor puntuación.

Tabla 23

Prueba de Wilcoxon para rangos con signo de pares comparados para las mediciones PRE, POST y SEGUIMIENTO del cuestionario de AAQ-II (evitación experiencial).

AAQ-II		N	Suma de rangos	Estadística de prueba (Z)	Significancia (unilateral)
POST-PRE	Rangos negativos	6	26	-2.028 ^b	0,023*
	Rangos positivos	1	2		
	Empates	0			
	Total	7			
SEGUIMIENTO-PRE	Rangos negativos	5	25	-1.859 ^b	0,039*
	Rangos positivos	2	3		
	Empates	0			
	Total	7			
SEGUIMIENTO-POST	Rangos negativos	3	9,5	-.762 ^c	0,242
	Rangos positivos	4	18,5		
	Empates	0			
	Total	7			

Nota: *= Cambio significativo; b= se basa en rangos positivos; c= se basa en rangos negativos

Se puede observar en la tabla 23 que, en la evitación experiencial, entre la medición inicial y la final existieron diferencias estadísticamente significativas ($p= 0.023$), es decir que la mediana de la medición final tuvo una disminución en relación con la mediana de la medición inicial.

Así mismo, entre la medición pre y la medición de seguimiento también existieron dichas diferencias ($p=0.039$), es decir, los cambios se mantuvieron en la medición de seguimiento; sin embargo, en comparación con la disminución de la medición inicial a la final, la disminución fue menor. Por otro lado, entre la medición post y la medición de seguimiento no se encontraron diferencias significativas ($p=0.242$) que denota estabilidad en los cambios.

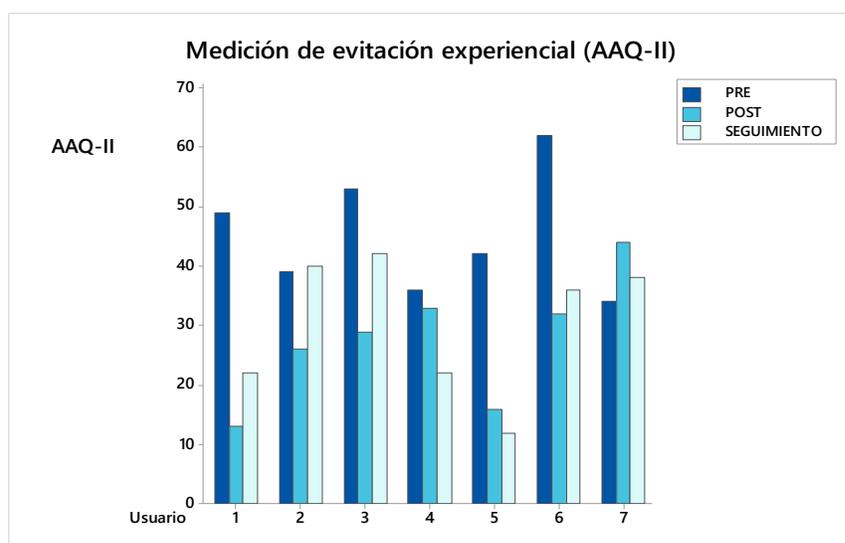


Figura 12. Puntuaciones de PRE, POST y SEGUIMIENTO del Cuestionario AAQ-II (evitación experiencial).

En la figura 12 se puede notar que, a excepción del participante número 7, existió una disminución de la evitación de la experiencia de la medición inicial respecto a la medición final; sin embargo, dicho participante, de la medición final al seguimiento si presentó una reducción, aunque no fue menor a la medición inicial (post). Con excepción de los participantes 2 y 7, de los puntajes obtenidos en la medición pre a la medición de seguimiento, existió una disminución de la evitación experiencial. De la medición final a la medición de seguimiento, se presentaron retrocesos en los participantes 1, 2, 3 y 6, es decir aumentó la evitación experiencial de estos participantes al momento del seguimiento.

5. 6 Discusión

El objetivo central de este estudio fue determinar si existió un efecto en población universitaria al aplicar una intervención manualizada basada en terapia de aceptación y compromiso en la sintomatología ansiosa, depresiva y la evitación experiencial; así como proveer herramientas que ayuden al manejo de dicha sintomatología y a la vez favorezcan la ejecución de conductas que les acerquen a sus metas.

Como se ha mencionado, la etapa universitaria comúnmente es en la que los trastornos mentales surgen por primera vez. Se encontró que a los 24 años el 75% de los casos, ya habían presentado al menos una primera aparición (Kessler et al., 2005). En específico, se ha evidenciado que la sintomatología ansiosa y depresiva impacta de forma perjudicial en el aprovechamiento escolar (King et al., 2006), deteriora de las relaciones sociales (Aalto-Setälä et al., 2001), afecta el desempeño laboral (Waghorn y Chant, 2006), y favorece el consumo de alcohol exagerado (Arrivillaga, 2003). Lo cual concuerda con los resultados del presente estudio, pues los estudiantes al puntuar con una menor sintomatología (tanto ansiosa como depresiva) comienzan a tener un mejor desempeño escolar, laboral, así como social.

Es importante recordar que la evitación de la experiencia (sensaciones, pensamientos, emociones, etc.) tiene un efecto negativo para el incremento de la sintomatología ansiosa y/o depresiva. La terapia de aceptación y compromiso sostiene que el problema fundamental en la depresión es la evitación experiencial, es decir, la renuencia a permanecer en contacto con experiencias en particular, que se acompañan de intentos de escapar o evitar estas experiencias (Hayes y Gifford, 1997).

Se cumple el propósito de la intervención en cuanto a la disminución de la sintomatología ansiosa y depresiva, dichos cambios se mantuvieron hasta la última medición, mostrando un efecto mayor en la sintomatología depresiva. Lo anterior es consistente a algunos estudios citados en la introducción, por ejemplo, en un ensayo aleatorizado para personas con sintomatología depresiva leve y moderada, donde al aplicar el protocolo de terapia de aceptación y compromiso la disminuyeron, junto con la ansiedad (Bohlmeijer et al., 2011); también concuerda con lo reportado por Avdagic et al., (2014), en problemas relacionados con ansiedad, donde la mitad de los participantes eran estudiantes.

En lo que respecta a la evitación experiencial, aunque de forma general no se reflejaron diferencias estadísticamente significativas, sí se observó una tendencia a menor evitación a la observada antes de la intervención; la cual se puede observar en el reporte verbal, donde refieren realizar más conductas relacionadas a la consecución de sus metas (*ver tablas 13-19*); aunque en algunos casos hubo retrocesos de la evaluación final al seguimiento, otros continuaron mejorando al seguimiento. Se podría inferir que falta información para poder afirmar estadísticamente que la intervención tuvo un efecto positivo general en dicha variable, así como las razones de las diferencias entre los participantes en los resultados, es decir determinar qué factores ayudaron a que algunos siguieran mejorando y otros no. Es importante recordar que las conductas que adoptan, como las rumiaciones negativas sobre su malestar, la huida o la evitación de las experiencias aversivas, y los intentos de evitar el dolor emocional sirven para reducir el contacto con los potenciales reforzadores del entorno. Por ejemplo, un usuario con depresión podría pasar horas durmiendo en el día en lugar de aceptar salir con sus amigos (Martell et al., 2010). Y que el hacer lo contrario o lo opuesto podría significar una mejora importante.

Por otra parte, en el reporte verbal sobre la evitación de la experiencia los estudiantes muestran una mayor ejecución de conductas relacionadas a sus metas, también expresan que tienen un rol más activo en comenzar a estudiar y a trabajar, participar en clase, involucrarse en relaciones sociales, comenzaron; mejoraron en relaciones familiares, es decir, ejecutan conductas relacionadas a sus metas personales que denotan menor evitación de la experiencia. Lo cual concuerda con algunos estudios que han reportado que los síntomas de depresión se han relacionado con aislamiento en actividades sociales (Hysenbegasi, Hass y Rowland, 2005) y menos apoyo social (Lyrakos, 2012). También se ha encontrado relación entre las dificultades académicas y la depresión. En términos generales, se puede notar que los hallazgos del presente estudio concuerdan con la literatura respecto a que los estudiantes al disminuir la depresión comienzan a realizar más actividades relacionadas con el área académica y social.

Los resultados concuerdan con ciertos estudios que relacionan la ansiedad con comportamientos problemáticos para los jóvenes, se ha visto que ésta es un factor que influye en un desempeño académico pobre, cómo lo indica (Hernández-Pozo et al., 2008); o a sentirse incapaces de responder a las demandas de la vida universitaria, como indica Cova et al. (2007). El trabajo sobre la evitación experiencial permitió que los alumnos buscaran más apoyo de sus pares, familias y fueran más proactivos en el aula, mejorando su participación y el inicio de sus actividades académicas.

La mejoraría de los síntomas de ansiedad se atribuye a que los participantes tomaron un rol más activo en la ejecución de conductas, de acuerdo con sus los valores personales. Como mencionan Eifert et al. (2009), aunque la reducción de la ansiedad no es el objetivo principal, encontraron que después de la intervención, los participantes cambiaron en casi todas las medidas relacionadas con ansiedad y estado de ánimo.

Por otro lado, en cuanto a las limitaciones del presente estudio se encuentra que la posibilidad de generalizar los resultados es limitada, ya que hay un control experimental bajo en un estudio $n=1$ (Kazdin, 2011). Además, para próximos estudios se recomienda tener tamaños de muestra más grande que el utilizado en este análisis, para que a través de la prueba de Friedman pueda ser encontrado con más facilidad diferencias significativas (Elorza, 1987) y comprender mejor la diferencia en los resultados de evitación experiencial. Fortalecer el compromiso al tratamiento desde la sesión inicial podría ayudar a evitar su abandono, por ejemplo, a través de estrategias que denoten la importancia de cambiar sobre sus metas y valores. De acuerdo con Garfield (1994) muchos participantes no regresan después de la sesión inicial; en el presente estudio cuatro participantes no terminaron el protocolo. Si bien en la primera sesión se busca motivar al cambio al llevar la atención a la inutilidad de las estrategias de evitación, podría convenir explorar con más énfasis los obstáculos al cambio. Sin embargo, esto podría extender el número de sesiones y la disposición de tiempo para asistir suele ser una limitante importante para los estudiantes universitarios.

Otra limitante se relaciona a que el seguimiento se realizó por teléfono y por correo electrónico, al ser estudiantes de pronta ocupación, se dificultó realizar un seguimiento de forma presencial debido a la incompatibilidad de tiempo con actividades principalmente laborales. Por lo que es posible que la información se haya visto limitada por la forma de comunicación, estas llamadas tuvieron una duración de aproximadamente 10 minutos, mientras que las sesiones solían tener una duración de una hora.

Por otra parte, tampoco fue posible contar con registros conductuales, si bien se establecieron como una forma de medición de cambios, indicando que diariamente llenarían un registro con las conductas a incrementar, los participantes no se apegaron al registro, referían que lo habían

perdido, olvidado o que tenían muchas cosas que hacer y que se les dificultaba el llenarlo, por lo que convendría explorar otras formas de registrar estos cambios, por ejemplo registrarlo de forma electrónica o a través de mensajes del celular. Las herramientas disponibles a través de los teléfonos celulares se han vuelto más poderosas y baratas, y se cuenta con evidencia sobre el valor en el área de salud y la promoción de la salud personal (Patrick, William, Griswold, Raab e Intille, 2008). Se han realizado intervenciones móviles con personas que presentan enfermedades mentales como esquizofrenia y trastorno bipolar. La adherencia fue similar a la reportada en poblaciones no psiquiátricas, con alta satisfacción de los participantes. Por lo tanto, los dispositivos móviles parecen factibles y aceptables para aumentar las intervenciones psicosociales para pacientes graves (Depp et al., 2010).

En otro protocolo se comparó una intervención estándar con una que mandaba mensajes texto como un extra para incrementar la actividad física, recordando a los participantes sus planes de acción. Los participantes que recibieron mensaje mostraron una mayor autoeficacia que los que no lo recibieron (Schwerdtfeger, Schmitz y Warken, 2012).

Por otro lado, la ausencia de este registro oscureció la comprensión de algunos cambios: de la medición final al seguimiento hubo participantes que presentaron retrocesos, en algunos casos se enfrentaron a situaciones semejantes a situaciones de crisis (familiar enfermo o ruptura de pareja), por lo que es importante reforzar o fortalecer las herramientas que se brindan en la sesión final sobre los obstáculos, que podrían presentarse para que se mantengan las mejoras, y realizar al menos un segundo seguimiento.

5. 7 Conclusiones

Una intervención que favorezca la flexibilidad psicológica, es decir que disminuya la evitación de la experiencia como la terapia de aceptación y compromiso tiene un efecto positivo en la mejora de la sintomatología de ansiedad y de depresión en estudiantes universitarios. Son de utilidad intervenciones que favorezcan la ejecución de conductas relacionadas a metas personales (compromiso con la acción), cambiando la función de los pensamientos y las emociones (defusión de pensamientos y aceptación de la emoción) en ambas sintomatologías.

Al aplicar la intervención basada en terapia de aceptación y compromiso manualizada, se alcanza la mejoría en síntomas de depresión; aunque en el objetivo de la terapia de aceptación y compromiso no es directamente la disminución de los síntomas, se ha notado que los participantes al estar activos en la ejecución de conductas que los acerquen a sus valores, esto influye en la disminución de los síntomas.

La terapia de aceptación y compromiso, como se ha mencionado con anterioridad, tiene como finalidad incrementar la aceptación de las experiencias subjetivas, incluyendo pensamientos, emociones, sensaciones, en un esfuerzo para promover comportamiento deseados. En particular, los participantes del presente estudio tenían como finalidad incrementar comportamientos que se aproximaran a mejorar escolarmente, tener relaciones familiares y de pareja más satisfactorias, vincularse en actividades laborales que les ayudaran a mejorar la condición económica.

Es importante mencionar que falta población para generalizar el efecto de la intervención en la variable de evitación de la experiencia, al ser un estudio $n=1$ con 7 réplicas, contar con un mayor número de réplicas podría favorecer la identificación del efecto de la intervención, ya que los

usuarios ejecutan mayormente conductas de acuerdo con sus metas personales, reflejadas en entrevista inicial, final y de seguimiento.

5.8 Referencias

- Aalto-Setälä, T., Marttunen, M., Tuulio-Henriksson, A., Poikolainen, K., & Lönnqvist, J. (2001). One-month prevalence of depression and other DSM-IV disorders among young adults. *Psychological Medicine, 31*, 791-801.
- Amézquita, M.E., González, R.E., & Zuluaga, D. (2003). Prevalencia de la depresión, ansiedad y comportamiento suicida en la población estudiantil de pregrado de la Universidad de Caldas, año 2000. *Revista Colombiana de psiquiatría, 4*, 341-356.
- Angold, A., Costello, E. J., & Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of Child psychology and Psychiatry, 40*, 57-87.
- Arch, J.J., Eifert, G.H., Davies, C., Plumb, J.C., Rose, D, R., & Craske, M.G. (2012). Randomized Clinical Trial of Cognitive Behavior therapy (CBT) Versus Acceptance and commitment therapy (ACT) for mixed Anxiety disorders. *Journal of consulting and clinical Psychology, 80* (5), 750,765. doi: 10.1037/a0028310
- Arrivillaga, M., Cortés, C., Goicochea, J., & Lozano, T. (2003). Caracterización de la depresión en jóvenes universitarios. *Universitas Psicológica, 3*, 17-26.
- Avdagic, E., Morrissey, S.A., & Boschen, M.J. (2014). A randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy and cognitive behavior therapy for generalized anxiety disorder. *Behaviour Change, 31* (2), 110-130. doi: 10.1017/bec.2014.5
- Barraca, J (2007). La terapia de aceptación y compromiso (act). Fundamentos, aplicación en el contexto clínico y áreas de desarrollo. *Miscelánea Comillas, 65*, 761-781.

- Bayram, N., & Bilgel, N. (2008). The prevalence and socio-demographic correlations of depression, anxiety and stress among a group of university students. *Social Psychiatry and psychiatric epidemiology*, 43 (8), 667-672. Doi 10.1007/s00127-008-0345-x
- Biglan, A., Hayes, S.C., & Pistorello, J. (2008). Acceptance and Commitment: Implications for prevention science. *Prevention Science*, 9,139-152. doi: 10.1007/s11121-008-0099-4
- Blanco, C., Okuda, M., Wright, C., Hasin, D., Grant, B., Liu, S., & Olfson M. (2008). Mental Health of college students and their non-College attending peers. *Archives of General Psychiatry*.65 (12), 1429-1437. doi: 10.1001/archpsyc.65.12.1429
- Bohlmeijer, E.T., Fledderus, M., Rokx, T.A., & Pieterse, M.E. (2011). Efficacy of an early intervention based on acceptance and commitment therapy for adults with depressive symptomatology: evaluation in a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*: 49, 62-67. doi:10.1016/j.brat.2010.10.003
- Boone, M.C. (2013). Acceptance and commitment therapy (ACT): process and application en J. Pistorello (Ed). *Mindfulness and acceptance for counseling college students: Theory and Practical applications for intervention, prevention an outreach*. Oakland, California: New Harbinger Publications.
- Bunting, K. (2010). *A valued path to change: evaluation of a brief values intervention with college students seeking therapy*. (Tesis doctoral). Universidad de Nevada, Reno. Reno.
- Caballo, V (2005). *Manual de evaluación y tratamiento de las habilidades sociales*. España: Siglo XXI.
- Calvete, E., & Connor-Smith, J.K. (2006). Perceived social support, coping, and symptoms of distress in American and Spanish students. *Routledge.Taylor and Francis Group*, 19 (1), 47-45.

Christodoulou, V. (2013). One-day ACT Well-being training for college students. En J. Pistorello, (ed).

Mindfulness and acceptance for counseling college students: Theory and practical applications for intervention and outreach. Oakland, California: New Harbinger Publication.

Clark, D.M. (1989). Anxiety states: Panic and generalized anxiety. En K. Hawton, P.M. Salkovskis, J.

Kirk & D.M Clark (Eds.), *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide* (pp. 52-96). Oxford: Oxford University Press.

Cova, F., Alvial, W., Aro, M., Boniffeti, A., Hernández, M., & Rodríguez, C. (2007). Problemas de salud mental en estudiantes de la Universidad de Concepción. *Terapia psicológica*, 25(2), 105-122.

Dewa, C.S., & Lin, E. (2000). Chronic physical illness, psychiatric disorder and disability in the workplace. *Social Science & Medicine*, 51, 51-50. Doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00431-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00431-1)

Depp, C., Mausbach, B, Granholm, E., Cardenas, V., Ben-Zeev, D., Patterson, T., Lebowitz, By Jeste, D (2010). Mobile Intervention for Severe mental Illness. Design and preliminary data from three approaches. *The journal of nervous and mental disease*, 198 (10). doi: 10.1097/nmd.0b013e3181f49ea3

Díaz, A., Díaz, L.R., Hernández-Ávila, C.A., Narro Robles, J., Fernández Valera, H., & Solís Torres, C. (2008). Prevalencia del consumo riesgoso y dañino de alcohol y factores de riesgo en estudiantes universitarios de primer ingreso. *Scientific electronic library online*, 31, 271-282.

- Eifert, G.H., Forsyth, J.P., Arch, J., Espejo, E., Keller, M., & Langer, D. (2009). Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: Three case studies exemplifying a unified treatment protocol. *Cognitive and behavioral practice, 16*, 368-385.
- Eisenberg, D., Hunt, J., & Speer, N. (2013). Mental health in American Colleges and Universities. Variation across student subgroups and across campuses. *The journal of Nervous and mental disease, 201(1)*,60-67. doi: 10.1097/NMD.0b013e31827ab077
- Elorza, H. (1987). *Estadística para ciencias del comportamiento*. México: Harla: Harper and Row Publishers.
- Farré, J., Laceras, M., & Casas, J. (2001). *Enciclopedia de Psicología*. Barcelona, España: Océano.
- Forman, E.M., Herbert, J.D., Moitra, E., Yeomans, P.D., & Geller, P.A. (2007). A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. *Behavior Modification, 32 (6)* ,772-799. Doi: 10.1177/0145445507302202
- Fresán, A., Apiquian, R., Ulloa, R.E., Loyzaga, C., García, M., & Gutiérrez, D. (2001). Ambiente Familiar y psicoeducación en el primer episodio de esquizofrenia: Resultados Preliminares. *Salud mental, 24(4)*, 36.
- Gorman, J. M. (1996). Comorbid depression and anxiety spectrum disorders. *Depression and Anxiety, 4*, 160-168.
- Hammami, H., & Hossain, M. (2010). Perceptions of the accountant held by business students and business professionals in an emerging country. The case of Qatar. *Education, business and Society: Contemporary Middle Eastern Issues, 3 (1)*, 48-62. Doi: 10.1108/17537981011022814

- Harris, R. (2009). *Act made simple: An easy to read primer on acceptance and commitment therapy*. Oakland, California: New Harbinger Publications.
- Hayes, S. C., & Gifford, E.V. (1997). The trouble with language: Experiential avoidance rules, and the nature of verbal events. *Psychological Science*, 8, 170-173.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (Eds.). (2001). *Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian account of human language and cognition*. New York: Plenum Press.
- Hayes, S. C., Gifford, E. V., & Hayes, G. J. (1998). Moral behavior and the development of verbal regulation. *The Behavior Analyst*, 21, 253-279.
- Hayes, S.C & Smith, S (2013). *Sal de tu mente, entra en tu vida. La nueva terapia de aceptación y compromiso*. España: Desclée De Brouwer.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K.D., & Wilson, K (2012). *Acceptance and commitment therapy. The process and practice of mindful change. Second edition*. New York: The Guilford Press.
- 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. doi: 10.1016/j.brat.2005.06.006
- Hayes, S.C., Wilson, K.G., Gifford, E.V., Follete, V.M., & Strosahl. (1996). Experiential avoidance and behavioural disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of consulting and clinical psychology*. 64(3), 1152-1168.

- Hernández-Pozo, M., Coronado, O., Araujo V., & Cerezo, S. (2008). Desempeño académico de universitarios en relación con ansiedad escolar y autoevaluación. *Acta Colombiana de Psicología*, *11* (1), 13-23.
- Herrnstein, R.J. (1961). Relative and absolute strength of response as a function of frequency of reinforcement. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, *4*, 267-272.
- Hysenbegasi, A., Hass, S.L., & Rowland, C.R. (2005). The impact of depression on the academic productivity of university students. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, *8* (3) 145-151.
- Jackling, B., Lange, P., Phillips, J., & Sewell, J. (2012). Attitudes towards accounting: differences between Australian and international students. *Accounting Research Journal*, *25* (2), 113-130.
Doi: 10.1108/10309611211287305
- Jurado, S., Villegas, M.E., Méndez, L., Rodríguez., Loprena, V., & Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, *21*, 26-31.
- Kanter, J.W., & Baruch, D.E. (2006). Acceptance and commitment therapy and behavioral activation for the treatment of depression: description and comparison. *The behavior analyst*, *29* (2), 161-185. Doi: 10.1007/bf03392129
- Kazdin, A. E. (2001). *Métodos de investigación en psicología clínica*. México: Pearson Educación.
- Kessler,R., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., & Walters, E. (2005). Lifetime prevalence and age of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, *62*, 593-602. doi: 10.1001/archpsyc.62.6.593

King K., Meehan B., Trim, R., & Chassin, L. (2006). Marker or mediator? The effects of adolescent substance use on young adult educational attainment. *Addiction*, *101*(12), 1730-1740. doi: 10.1111/j.1360-0443.2006.01507.x

Kugbey, N., Osei-Boadi, S., & Akpene, E. (2015). The influence of social support on the levels of depression, anxiety and stress among students in Ghana. *Journal of Education and Practice*, *25* (6). Recuperado de <http://www.iiste.org/>

Law, P., & Yuen, D. (2011). A multinivel study of student's motivations of studying accounting. Implications for employers. *Education+Training*, *54*, 50-64. Doi: <https://doi.org/10.1108/00400911211198896>

Leahy, R.L. & Holland, S.J. (2000). *Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders*. Nueva York: Guilford Press.

Levin, M.E., Pistorello, J., Seeley, J.R., & Hayes, S.C. (2014). Feasibility of a prototype web-based Acceptance and Commitment Therapy prevention program for college students. *Journal of American College Health*, *62*(1), 20-30. doi: 10.1080/07448481.2013.843533

Livheim, F., Hayes, L., Ghaderi, A., Magnusdottir, T., Högfeldt, A., Rowse, J., Turner, S., Hayes, S.C., & Tengström, A. (2015). The effectiveness of acceptance and commitment therapy for adolescent mental health: Swedish and Australian pilot outcomes. *Journal of Child and Family Studies*, *24*, 1016-1030. doi: 10.1007/s10826-014-9912-9

Lyrakos, D. (2012). The impact of stress, social support, self-efficacy and coping on University Students, a Multicultural European Study. *Scientific research*, *3* (2), 143-149. Doi: <http://dx.doi.org/10.4236/psych.2012.32022>

- Martell, C.R., Dimidjian, S., & Herman-Dunn, R. (2010). *Activación conductual para la depresión: Una guía clínica*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Mattanah, J., Hancock, G., & Brand, B. (2004). Parental attachment, separation–individuation, and college student adjustment: A structural equation analysis of mediational effects. *Journal of Counseling Psychology, 51*, 213-225. Doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.51.2.213>
- Medina-Mora, M.E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L., & Aguilar-Glaxiola. (2003). Prevalence of mental disorders and use of services: Results of the Mexican National Survey of Psychiatric Epidemiology. *Salud Mental, 26* (4) 1-16.
- Miller, W.R., & Rollnick, S (1999). *La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas*. Barcelona: España. Paidós.
- Montero, I & León, O.G (2004). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 5*, 115-127.
- Muto, T., Hayes, S.C & Jeffcoat, T. (2011). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy bibliotherapy for enhancing the psychological health of Japanese college students living abroad. *Behavior Therapy, 42*, 323-355. Doi: 10.1016/j.beth.2010.08.009
- Nezu, A.M., Nezu, C.M., & Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales. Un enfoque basado en problemas*. México, DF: Manual Moderno.
- NICE (2009). *Depression: the treatment and management of depression in adults, NICE clinical guideline 90*. NICE clinical guideline. London: National Institute for Health and Clinical Excellence.

- Olivares, J., Maciá, D., Rosa, A.I., & Olivares-Olviarez, P.J. (2014). *Intervención psicológica: Estrategias, técnicas y tratamientos*. Madrid: España: Ediciones pirámide.
- Ozen, N.C., Ercan, I., Irgil, E., & Sigirili, E. (2010). Anxiety prevalence and affecting factors among university students. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 22 (1), 127-33. Doi: 10.1177/1010539509352803
- Patric, K., , G., Griswold, W., Fred, R., & Intille,S (2008). Health and the mobile phone. *National Institute of Health*.35 (2), 177-181. doi: 10.1016/j.amepre.2008.05.001
- Patrón, E (2010). La evitación experiencial y su medición por medio del AAQ-II. *Enseñanza e investigación en psicología*, 15, 5-19.
- Perpiña, C. (2012). *Manual de la entrevista psicológica. Saber escuchar, saber preguntar*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Pistorello, J., Hayes, S.C., Lillis, J., Long, D.M., Villate, J., Seeley, J., Villate, M., Jeffcoat, T., Plumb-Villardaga, J., & Yadavaia, J. (2013). Acceptance and commitment therapy (ACT) as a first-year seminar (FYS). En Pistorello, J (ed.), *Mindfulness and acceptance for counseling college students: Theory and practical applications for intervention and outreach*. Oakland, California: New Harbinger Publication.
- Renner, P., & Foley (2013). Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) and acceptance and commitment therapy (ACT) at a college counseling and psychological service. En Pistorello, J (ed), *Mindfulness and acceptance for counseling college students: Theory and practical applications for intervention and outreach*. Oakland, California: New Harbinger Publication.

- Rey, C (2004). La terapia de aceptación y compromiso (ACT): sus aplicaciones y principales fundamentos conceptuales, teóricos y metodológicos. *Suma psicológica*, 11(2), 267-284.
- Rice, K., FitzGerald, D., Whaley, T., & Gibbs, C. (1995). Cross-sectional and longitudinal examination of attachment, separation–individuation, and college student adjustment. *Journal of Counseling and Development*, 73, 463-474.
- Riveros, A., Rubio, T.H., Candelario, J., & Mangín, M. (2013). Características psicológicas y desempeño académico en universitarios de pronta ocupación. *Revista latinoamericana de Psicología*, 45 (2), 265-278.
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S., & Páez, F. (2001). Versión Mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 18, 211-218.
- Ruiz, M.A., Díaz, M.I., & Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Safree, A., & Adawiah, M. (2010). The Relationship between social support and psychological problems among students. *International Journal of Bussines and Social Science*, 3. Recuperado de: <http://www.ijbss>.
- Safren, S.A., Otto M.W., Sprich, S., Winett, C.L., Wilens, T.E. & Biederman, J. (2005). Cognitive-behavioral therapy for ADHD in medication-treated adults with continued symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 831-842. doi: 10.1016/j.brat.2004.07.001
- Scent, C.L., & Boes, S.R. (2014). Acceptance and Commitment Therapy: A Brief intervention to reduce procrastination among college students. *Journal of College Student psychotherapy*, 28, 144-156. Doi: <http://dx.doi.org/10.1080/87568225.2014.883887>

Schell, B.H & DeLuca, V.M. (1991). Task-achievement, obsessive-compulsive, type A traits, and job satisfaction of professionals in public practice accounting. *Psychological Reports*, 69, 611-630.

Schwerdtfeger, A.R., Schmitz, C. & Warken, M (2012). Using text messages to bridge the intention-behavior gap? A pilot study on the use of text message reminders to increase objectively assessed physical activity in daily life. *Frontiers in Psychology , Movement Science and Sport Psychology*.270 (3). Doi : 10.3389/fpsyg.2012.00270.

Stewart, W.F., Ricci, J.A., Chee, E., Hanh, S. R., & Morganstein, D. (2003). Cost of lost work time among workers with depression. *JAMA*, 289(23), 3135-44. doi: 10.1001/jama.289.23.3135

Towers-Clark, J. (2015). Undergraduate accounting students: prepared for the workplace? *Journal of International Education in Bussiness*, 8 (1), 37-48. <https://doi.org/10.1108/JIEB-11-2013-0043>

Twohig ,M.P., Hayes, S.C., Plumb ,J.C., Pruitt, L.D., Collins, A.B., Hazlett-Stevens, H., & Woidneck, M.R. (2010). A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy versus progressive relaxation training for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78,705-716. Doi: 10.1037/a0020508

Twohig, M.P. (2012). Introduction: The basics of acceptance and commitment therapy. *Cognitive and behavioral practice*, 19,499-507.

Valentier, D., Mounts, N. S., & Deacon, B. J. (2004). Panic attacks, depression and anxiety symptoms and substance use behaviors during late adolescence. *Journal of Anxiety Disorders*, 18 (5), 573-585. Doi: 10.1016/j.janxdis.2003.04.001

- Van Zyl, C., & De Villers, C. (2011). Why some students choose to become charters accountants (and others do not). *Meditari Accountancy Research*, *19*, 56-74. Doi: <https://doi.org/10.1108/10222521111178637>
- Waghorn, G., & Chant. D. (2006). Work Performance among Australians with depression and Anxiety Disorders. A population level second order analysis. *The Journal of nervous and mental disease*, *194*(12), 898-904. Doi: 10.1097/01.nmd.0000243012.91668.a5
- Wayne, W.D. (1988). *Estadística con aplicaciones a las ciencias sociales y a la educación*. México: Mc Graw Hill.
- Weitzman, E. (2004). Poor Mental health, depression, and associations with alcohol consumption, harm, and abuse in a national simple of Young adults in college. The *Journal of nervous and mental disease*, *192*, 269-77. Doi: 10.1097/01.nmd.0000120885.17362.94
- Wells, K.B., Stewart, A.L., Hays, R.D., Burnam, M.A., Rogers, W., Daniels, M., Berry, S., Greenfield, S., & Ware, J. (1989). The functioning and well-being of depressed patients results from the medical outcomes study. *JAMA*. *262*, 914-919.
- Wilson, K.G., & Luciano, M.C (2002). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Psicología pirámide: España.
- Yadegari, L., Hashemiyani, K., & Abolmaali, K. (2014). Effect of acceptance and commitment therapy on young people with social anxiety. *International Journal of Scientific Research in Knowledge*, *2* (8), 395-403. doi: 10.12983/ijsrk-2014-p0395-0403
- Zettle, R.D. (1986). Dysfunctional control by client verbal behavior: the context of reason-giving. *The analysis of verbal behavior*, *4*, 30-38.

Zettle, R.D. (2003). Acceptance and Commitment Therapy vs Systematic Desensitization in treatment of mathematics anxiety. *The psychological record*, 53, 197-215. Doi: 10.1007/BF03395440.

Anexos

Anexo A: Inventario de depresión de Beck

INVENTARIO DE BECK, BDI

Inventario de Beck (BDI). Versión adaptada de la estandarizada por: Samuel Jurado Cárdenas, Lourdes Méndez Salvatore y Enedina Villegas Hernández, Facultad de Psicología, UNAM.

Instrucciones:

En este cuestionario se encuentran grupos de oraciones. Por favor lea cada una cuidadosamente, después escoja de cada grupo la oración que mejor describa la forma en que se SINTIÓ LA SEMANA PASADA INCLUYENDO EL DÍA DE HOY. Encierre en un círculo esa oración. Si varias oraciones de un grupo se aplican a su caso, encierre en un círculo cada una. **Asegúrese de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección.**

1.	No me siento triste	Me siento triste	Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo	Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo
2.	En general veo alentador el futuro	Me siento desalentado(a) por mi futuro	No le veo esperanza a mi futuro	Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no van a mejorar
3.	No me siento fracasado(a)	Siento que he fracasado más que la mayoría de las personas	Al repasar mi vida todo lo que veo son fracasos	Siento que soy un completo fracaso como persona
4.	Ahora obtengo tanta satisfacción de las cosas como antes	No disfruto de las cosas como antes lo hacía	Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada	Estoy insatisfecho(a) y hastiado(a) de todo
5.	En realidad, no me siento culpable	Me siento culpable por cosas que he hecho o dejé de hacer	Me siento culpable la mayor parte del tiempo	Me siento culpable todo el tiempo
6.	No me siento castigado(a)	Siento que tal vez seré castigado(a)	Siento que voy a resultar castigado(a)	Me siento castigado(a)
7.	No me siento desilusionado(a) de mí mismo(a)	Estoy desilusionado(a) de mí mismo(a)	Estoy fastidiado(a) conmigo mismo(a)	Yo no me soporto

8.	No creo ser peor que otras personas	Me crítico a mí mismo(a) por mis debilidades o errores	Me culpo todo el tiempo por mis fallas	Me culpo por todo lo malo que sucede
9.	No tengo pensamientos suicidas	Tengo pensamientos suicidas, pero no los llevaría a cabo	Me gustaría suicidarme	Me suicidaría si tuviera la oportunidad
10.	No lloro más de lo usual	Ahora lloro más que antes	Actualmente lloro todo el tiempo	Siento ganas de llorar, pero no puedo
11.	No estoy más irritable de lo usual	Me enojo o irrito más fácilmente que antes	Me siento irritado(a) todo el tiempo	Ya no me irrito de las cosas por las que solía hacerlo
12.	No he perdido el interés en la gente	Estoy menos interesado(a) en la gente que antes	He perdido en gran medida el interés en la gente	He perdido todo el interés en la gente
13.	Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho	Pospongo tomar decisiones más que antes	Tengo más dificultad en tomar decisiones que antes	Ya no puedo tomar decisiones
14.	No siento que me vea peor de lo usual	Me preocupa verme viejo(a) o poco atractivo(a)	Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractivo(a)	Creo que me veo feo(a)
15.	Puedo trabajar tan bien como antes	Requiero de más esfuerzo para iniciar algo	Tengo que obligarme para hacer algo	Yo no puedo hacer ningún trabajo

16.	Puedo dormir tan bien como antes	Ya no duermo tan bien como solía hacerlo	Me despierto una o dos horas más temprano de lo normal y me cuesta trabajo volverme a dormir	Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no puedo volverme a dormir
17.	Yo no me canso más de lo habitual	Me canso más fácilmente que antes	Con cualquier cosa que haga me canso	Estoy muy cansado(a) para hacer cualquier cosa
18.	Mi apetito no es peor de lo habitual	Mi apetito no es tan bueno como solía serlo	Mi apetito está muy mal ahora	No tengo apetito de nada
19.	No he perdido mucho peso últimamente	He perdido más de dos kilos	He perdido más de cinco kilos	He perdido más de ocho kilos

20. A propósito estoy tratando de perder peso comiendo menos. SI _____, NO _____.

21.	No estoy más preocupado(a) por mi salud que antes	Estoy preocupado(a) por problemas físicos como dolores, malestar estomacal o gripa	Estoy muy preocupado(a) por mis problemas físicos y me da trabajo pensar en algo más	Estoy tan preocupado(a) por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa
22.	No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo	Estoy menos interesado(a) en el sexo de lo que estaba	Estoy mucho menos interesado(a) en el sexo ahora	He perdido completamente el interés por el sexo

Anexo B: Inventario de ansiedad de Beck

INVENTARIO DE BECK, BAI

Inventario de Beck (BAI). Versión adaptada de la estandarizada por Rubén Varela Domínguez y Enedina Villegas Hernández, Facultad de Psicología, UNAM.

Instrucciones:

La siguiente es una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lea cuidadosamente cada afirmación e indique cuánto le ha molestado cada síntoma durante *la última semana, incluyendo el día de hoy*, encerrando en un círculo la frase correspondiente a la intensidad de la molestia

- | | | | | | |
|----|---|-------------|-------------|---------------|------------|
| 1. | Entumecimiento, hormigueo. | Poco o Nada | Mas o Menos | Moderadamente | Gravemente |
| 2. | Sentir oleadas de calor (bochorno). | Poco o Nada | Mas o Menos | Moderadamente | Gravemente |
| 3. | Debilitamiento de las piernas. | Poco o Nada | Mas o Menos | Moderadamente | Gravemente |
| 4. | Dificultad para relajarse. | Poco o Nada | Mas o Menos | Moderadamente | Gravemente |
| 5. | Miedo a que pase lo peor. | Poco o Nada | Mas o Menos | Moderadamente | Gravemente |
| 6. | Sensación de mareo. | Poco o Nada | Mas o Menos | Moderadamente | Gravemente |
| 7. | Opresión en el pecho, o latidos acelerados. | Poco o Nada | Mas o Menos | Moderadamente | Gravemente |
| 8. | Inseguridad. | Poco o Nada | Mas o Menos | Moderadamente | Gravemente |
| 9. | Terror. | Poco o Nada | Mas o Menos | Moderadamente | Gravemente |

10.	Nerviosismo.				
	Poco o Nada	Mas o Menos	Moderadamente	Gravemente	
11.	Sensación de ahogo.				
	Poco o Nada	Mas o Menos	Moderadamente	Gravemente	
12.	Manos temblorosas.				
	Poco o Nada	Mas o Menos	Moderadamente	Gravemente	
13.	Cuerpo tembloroso.				
	Poco o Nada	Mas o Menos	Moderadamente	Gravemente	
14.	Miedo a perder el control.				
	Poco o Nada	Mas o Menos	Moderadamente	Gravemente	
15.	Dificultad para respirar.				
	Poco o Nada	Mas o Menos	Moderadamente	Gravemente	
16.	Miedo a morir.				
	Poco o Nada	Mas o Menos	Moderadamente	Gravemente	
17.	Asustado.				
	Poco o Nada	Mas o Menos	Moderadamente	Gravemente	
18.	Indigestión o malestar estomacal				
	Poco o Nada	Mas o Menos	Moderadamente	Gravemente	
19.	Debilidad.				
	Poco o Nada	Mas o Menos	Moderadamente	Gravemente	
20.	Ruborizarse, sonrojamiento.				
	Poco o Nada	Mas o Menos	Moderadamente	Gravemente	
21.	Sudoración (no debida al calor).				
	Poco o Nada	Mas o Menos	Moderadamente	Gravemente	

Anexo C: AAQ-II

A continuación, encontrarás una lista de frases. indica qué tan cierta es cada una para ti marcando con una (X) en el número que te parezca adecuado de la escala que se encuentra a la derecha de cada frase. No hay respuestas buenas o malas, ni preguntas con truco. Asegúrese de contestar todas las frases. Use como referencia la siguiente escala para hacer la elección:

1	2	3	4	5	6	7				
Completamente falso	Rara vez cierto	Algunas veces cierto	A veces cierto	Frecuente mente cierto	Casi siempre cierto	Completamente cierto				
Puedo recordar algo desagradable sin que esto me cause molestias				1	2	3	4	5	6	7
Mis recuerdos y experiencias dolorosas me dificultan vivir una vida que pudiera valorar.				1	2	3	4	5	6	7
Evito o escapo de mis sentimientos.				1	2	3	4	5	6	7
Me preocupa no poder controlar mis sentimientos y preocupaciones.				1	2	3	4	5	6	7
Mis recuerdos dolorosos me impiden tener una vida plena.				1	2	3	4	5	6	7
Mantengo el control de mi vida.				1	2	3	4	5	6	7
Mis emociones me causan problemas en la vida.				1	2	3	4	5	6	7
Me parece que la mayoría de la gente maneja su vida mejor que yo.				1	2	3	4	5	6	7
Mis preocupaciones obstaculizan mi superación.				1	2	3	4	5	6	7
Disfruto mi vida a pesar de mis pensamientos y sentimientos desagradables.				1	2	3	4	5	6	7

Patrón, E (2010). La evitación experiencial y su medición por medio del AAQ-II. *Enseñanza e investigación en psicología*, 15, 5-19.

Anexo D: Manual de aplicación Intervención.

Elaborado por Angélica González Díaz

Contiene los señalamientos para el terapeuta para que éste pueda aplicar la intervención basada en Terapia de Aceptación y Compromiso dirigido a estudiantes universitarios con sintomatología ansiosa y o depresiva. Se divide en 7 módulos que incluyen: 1) Desesperanza creativa, 2) Aceptación, 3) Defusión, 4) Yo como contexto, 5) Atención flexible al momento presente, 6) valores y 7) comprometerse con la acción. Comenzando con las instrucciones para la conceptualización de caso, la entrevista inicial, así como la presentación del modelo de aceptación y compromiso.

Posteriormente se explican los conceptos de cada módulo y se brindan ejemplos para la explicación al usuario de dichos conceptos; después se describen los ejercicios a aplicar por cada módulo, se anexan los formatos a utilizar durante las sesiones, así como aquellos que se asignan para tarea. Cada módulo contiene un criterio de cambio, que tiene como finalidad establecer cuando el usuario está preparado para pasar al siguiente modulo.

DESARROLLO DE LOS MODULOS

Los módulos se dividirán en aproximadamente 9 sesiones (dependiendo de cada usuario, el contenido de las sesiones se describe en seguida), así como el criterio de cambio de cada módulo. Es importante resaltar que, si algún usuario presenta dificultades para comprender algún concepto de los módulos, se emplearán más sesiones por cada módulo, lo cual puede incrementar el número de sesiones programadas.

SESIÓN 1. CONCEPTUALIZACIÓN DE CASO, ENTREVISTA INICIAL, PRESENTACIÓN DEL MODELO.

1. CONCEPTUALIZACIÓN DE CASO (HARRIS, 2009).

Dentro del contexto de la terapia de aceptación y compromiso, son importantes dos preguntas clave para la **conceptualización de caso** (Harris, 2009):

1. ¿A qué dirección (valorada) el usuario se quiere dirigir?

En esta parte se clarifican valores:

- ¿Qué quiere desarrollar?
- ¿Qué cualidades personales quiere cultivar?
- ¿Cómo se quiere comportar?
- ¿Qué tipo de relaciones quiere en su vida?

2. ¿Qué se interpone en la dirección elegida del usuario?

- ¿Con qué pensamientos inservibles está fusionado?
- ¿Qué pensamientos, sentimientos, recuerdos, impulsos está tratando de evitar o deshacerse?
- ¿Qué es lo que está haciendo que restringe o empeora su vida?

2. ENTREVISTA INICIAL (Harris, 2009).

1. El motivo de consulta principal.

a) ¿Cuál es la conceptualización del problema principal y cómo ha ido evolucionando?

b) ¿De qué manera el problema principal interfiere con su vida? ¿Qué dejó o empezó a hacer?

c) Preguntas para identificar pensamientos y emociones problemáticos.

¿Cuáles son los sentimientos o emociones más problemáticos vinculados al problema principal?

¿Cuánto tiempo se la pasa preocupándose por el problema principal?

d) Preguntas para identificar acciones inservibles.

¿Qué sucede cuando se da cuenta que está “atrapado” en todos esos pensamientos dolorosos?,

¿Qué hace diferente cuando se siente “atrapado”? ¿Cómo cambia su comportamiento?

Se le puede preguntar lo siguiente: si se te observará a través de una cámara de video durante esas veces que te encuentras “atrapado” en esos pensamientos o sentimientos, ¿qué te vería hacer o qué escucharía de ti?

e) Preguntas para identificar evitación experiencial y acciones inservibles.

¿Qué ha tratado de hacer para deshacerse de esos pensamientos y sentimientos dolorosos?

¿Existe algo que lo haga sentir estancado o que haga que la situación empeore? ¿Hay algo que impacta negativamente en su salud o que afecta sus relaciones o que simplemente le hace sentir peor?

2. Evaluación inicial de los valores.

a) ¿Si se tuviera una varita mágica y todos esos pensamientos y emociones ya no tuvieran ningún impacto en él, ¿qué le gustaría empezar a hacer, o a hacer más? ¿Qué dejaría de hacer o

haría menos? ¿De qué manera se comportaría diferente hacia sus amigos, pareja, padres, compañeros? ¿De qué manera actuaría diferente en casa, trabajo o en la escuela?

b) Si en el proceso de lidiar con ese problema que le duele o que es indeseable, pudiera desarrollar algunas cualidades personales o habilidades que le ayudarán de alguna forma en su desarrollo personal, ¿cuáles serían?

c) ¿Qué está haciendo actualmente en su vida que le parece inconsistente con la persona que quisiera ser?

d) Para situaciones de crisis se pueden emplear las siguientes preguntas: Si en cierto punto del futuro, pudiera ver hacia atrás y la forma en la que has manejado la situación actual, ¿qué le gustaría decir sobre la manera en la que manejó la situación? ¿Qué le gustaría decir sobre lo aprendido o desarrollado como resultado de esto?

3. El contexto actual, historia familiar y social.

Se indaga sobre los factores que refuerzan el problema como:

- Salud, trabajo, relaciones, familia, cultura.

Además, se indaga sobre la historia familiar y social, incluyendo relaciones significativas del pasado y el presente y cómo perciben que estos han impactado en su situación actual.

4. Inflexibilidad psicológica.

a) Atención flexible al momento presente; autoconocimiento limitado.

En esta sección se indaga sobre la dominancia del pasado y el futuro en el usuario, así como qué tanto contacto tiene con eventos psicológicos y ambientales tal como ocurren. Así como el

autoconocimiento de sus pensamientos y emociones en el momento presente (Biglan, Hayes y Pistorello, 2008).

¿Qué tanto tiempo ocupa rumiando sobre el pasado? O ¿Qué tanto tiempo pasa fantaseando o preocupándose del futuro? ¿Qué tan fácilmente, pierde contacto con el presente? (Es decir, que tan fácil es que se distraiga) ¿Qué tan difícil le resulta “saber” lo que está pensando y sintiendo?

b) Fusión.

En esta parte se explora la manera en la que el usuario interactúa con sus pensamientos o con sus relatos, así como qué tan “atrapado” está en sus pensamientos o qué tanto lo limita o le están provocando sufrimiento. Podría estar fusionado al pensamiento de: “Nunca podré salir de esto”, “La ansiedad es terrible.”

¿A qué tipo de contenido cognitivo está fusionado? ¿A qué reglas rígidas está fusionado? ¿A qué creencias limitadas de sí mismo, juicios severos o ideas de desesperanza o de inutilidad está fusionado?

c) Evitación experiencial.

En este apartado se indaga sobre la tendencia alterar la frecuencia, forma o sensación de la situación de pensamientos o sentimientos (Biglan et al., 2008). Es decir, qué tanto está evitando estar en contacto con ciertos eventos psicológicos. Por ejemplo, ¿está evitando sentirse ansioso y por esta razón no participa en clase?

¿Qué pensamientos, sentimientos, recuerdos está evitando? ¿Cómo los evita? ¿Qué tan penetrante es la evitación experiencial en su vida?

d) Yo como contexto.

En esta parte se explora qué concepto tiene de sí mismo. Es decir, con qué autoimagen está fusionado (a). Se refiere a la tendencia que tiene para atribuirse características a sí mismo. Se refiere a un tipo de fusión, pero relacionado con el autoconcepto. Por ejemplo, “Soy bueno”, “Soy malo” (Biglan et al., 2008).

¿Cómo se conceptualiza a sí mismo? ¿Cómo se ve a sí mismo? Por ejemplo: se ve estúpido, dañado, roto, fuerte, superior, exitoso. ¿Con qué autoimagen está fusionado?

e) Falta de claridad o contacto con valores.

En esta sección se indaga sobre los aspectos que se consideran importantes para el usuario, sobre qué tanto está viviendo en torno a lo que considera valioso, o sobre las direcciones de vida en las que quiere basar sus decisiones. Por ejemplo, si un usuario valora el realizar ejercicio físico, ¿Qué tanto tiempo invierte realizando dicha actividad?

¿De qué valores principales no tiene claridad?, ¿Qué valores está descuidando? ¿Está actuando inconsistentemente a lo que considera importante o valioso para él o para ella?

f) Acciones inservibles.

En este apartado se indaga sobre qué acciones inconsistentes a sus valores está realizando. Sobre qué lo limita para estar en contacto con los aspectos que él considera valiosos en su vida. Por ejemplo, tal vez es un usuario que valore mantener una vida saludable, pero diariamente ingiere mucho refresco. Esa conducta le está impidiendo acercarse al valor elegido de llevar una vida saludable.

¿Qué acciones contraproducentes está teniendo el usuario? ¿Le faltan habilidades necesarias para cambiar? ¿Está fallando en mantener acciones requeridas? ¿Qué personas, lugares, situaciones y actividades están evitando? o ¿de qué se está alejando?

5. Factores motivacionales: factores positivos como metas, deseos, valores.

Se refiere a los aspectos negativos como barreras que impiden cambiar, o situaciones externas poco favorables como su situación social o financiera.

6. Flexibilidad psicológica y fortalezas del cliente

Se buscan áreas del usuario en las que exhibe flexibilidad psicológica, así como identificar fortalezas personales y habilidades que ya posee y que podrían ser utilizadas en terapia.

3. PRESENTACIÓN INICIAL DEL MODELO DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (HARRIS, 2009).

“La terapia de aceptación y compromiso, de forma general tiene como finalidad dos cuestiones principales: aceptar lo que está fuera de tu control y comprometerte con tomar acciones para mejorar tu vida. Tiene como objetivo: ayudarte a crear una vida plena y llena de sentido, mientras se maneja con eficacia el estrés y el dolor, que son parte de ésta. Y se logra en dos formas principales. Primero, te ayuda a desarrollar habilidades psicológicas para lidiar con tus pensamientos y sentimientos de una forma más efectiva, de tal forma que tenga un impacto mejor y una menor influencia en ti. Por otro lado, te ayuda a clarificar lo que es realmente importante y significativo para ti. Es decir, tus valores, y utilizarlos para guiar, inspirar y motivarte a hacer cambios en tu vida”.

EJERCICIOS BREVES DE ATENCIÓN PLENA

Cada módulo se empezará con un ejercicio breve de atención plena. Es importante realizarlos durante cada sesión ya que el iniciar con un ejercicio de atención plena podría incrementar la eficiencia del tratamiento (Hayes et al., 2012).

A continuación, se describen los ejercicios breves de atención plena, que se utilizarán al iniciar cada sesión, excepto en la sesión 5, cuya intervención principal se centra en atención plena.

Ejercicio de atención plena: Tomar 10 respiraciones. (Harris, 2009).

Es un ejercicio simple para centrarte en ti mismo y conectarte con tu ambiente.

1. Haz diez respiraciones profundas y lentas. Céntrate en respirar lo más lentamente posible mientras tus pulmones están completamente vacíos, y permite que ellos se vuelvan a llenar por ellos mismos.

2. Date cuenta de las sensaciones de tus pulmones al vaciarse. Date cuenta de éstos al volver a llenarse. Nota como tu caja torácica asciende y desciende. Date cuenta de la suave subida y bajada de tus hombros.

3. Ve si puedes permitir que tus pensamientos vengan y se vayan como si fueran carros que pasan conduciendo fuera de tu casa.

4. Expande tu consciencia, simultáneamente date cuenta de tu respiración y de tu cuerpo. Después ve alrededor del cuarto y date cuenta de lo que puedes ver, oír, oler, tocar y sentir.

Ejercicio atención flexible al momento presente: “Anclar” (Harris, 2009).

1. Planta tus pies en el piso.

2. Empújalos hacia abajo, date cuenta del piso que está debajo de ti, dándote soporte.

3: Date cuenta de la tensión muscular en tus piernas cuando haces presión con los pies hacia el piso.

4. Céntrate en tu cuerpo entero. Y la sensación de gravedad que fluye hacia abajo a través de tu cabeza, tu columna y tus piernas en sus pies.

5. Luego mira alrededor y date cuenta de lo que puedes ver y escuchar a tu alrededor. Date cuenta de dónde estás y de lo que estás haciendo.

Ejercicio de atención flexible al momento presente: Darse cuenta de cinco cosas (Harris, 2009).

Se le pide que posteriormente practique a lo largo del día, especialmente cuando se encuentre enganchado en sus pensamientos o sentimientos.

1. Toma una pausa por un momento.

2. Ve a tu alrededor y date cuenta de cinco cosas que puedas ver.

3. Date cuenta de cinco cosas que puedas sentir en contacto con tu cuerpo (el aire en tu cara, tus pies en el suelo).

4. Finalmente, realiza todo lo anterior simultáneamente.

MODULO 1: DESESPERANZA CREATIVA

1. EL CONTROL ES EL PROBLEMA (Boone, 2013).

Antes de aproximarse a los seis procesos de flexibilidad psicológica descritos inicialmente, se ayuda a los estudiantes a descubrir los patrones maladaptativos de evitación que estén presentando.

Consiste en explicarles el rol que la evitación y el control de ciertos pensamientos, emociones o conductas están teniendo en su vida. Por ejemplo, se le puede preguntar a un estudiante que procrastina, lo siguiente: *“Me has dicho que cuando estás haciendo un trabajo importante te sientes ansioso y preocupado sobre terminarlo a tiempo. Dime todas las estrategias que utilizas para lidiar con esos pensamientos y sentimientos”* (Boone, 2013).

Se le ayuda al estudiante a catalogar la variedad de estrategias que ha estado utilizando para evitar y controlar los sentimientos de preocupación y la ansiedad. La lista podría ser: navegar por internet, jugar videojuegos, tomar mucho café, fumar, consumir alcohol, hacer racionalizaciones como “necesito tomar un descanso” y esperar al último momento. Después se le pregunta al estudiante si dichas estrategias le han funcionado y han disminuido sus sentimientos de preocupación y ansiedad. Generalmente, la respuesta es que no (Boone, 2013).

Desesperanza creativa.

Cuando el estudiante se ha dado cuenta que las estrategias que ha utilizado para controlar y evitar ciertos pensamientos y emociones tienen consecuencias poco favorables, se conoce como **desesperanza creativa**. Es creativa ya que se abre a la posibilidad de alternativas que podrían ser más benéficas a los intereses de ellos (Boone, 2013).

a) Ejercicio: Registro de estrategias de afrontamiento (Modificado de Hayes y Smith, 2013).

Se empleará un registro para que el estudiante se dé cuenta sobre cuáles son las estrategias que ha utilizado, así como su eficacia a corto y largo plazo. (Ver en anexo 1).

Posteriormente se emplean las siguientes preguntas para crear desesperanza creativa (Harris, 2009):

1. ¿Qué has intentado?
2. ¿Cómo te ha funcionado?
3. ¿Qué costo ha tenido?

En seguida se usan ejercicios y metáforas para ejemplificar como la evitación y el control pueden resultar problemáticos.

b) Metáfora: “Jalar la cuerda con el monstruo” (Boone, 2013).

Dicha metáfora es útil para señalar la diferencia entre evitación y control por un lado y aceptación por el otro.

Se le pide al estudiante que imagine lo siguiente:

“Imagina que estás jugando a jalar la cuerda con un monstruo que está hecho de todo lo que le incómoda y todas las emociones desagradables que sueles presentar (al estudiar, cuando estás en una situación difícil, al hablarle a la persona que te gusta, etc.) Se le ayuda a que imagine que en medio de él y del monstruo hay un pozo profundo a donde caería si pierde.

Se debe ayudar al usuario a que se imagine en dicha situación:

Imagina que te encuentras cara a cara con el monstruo, no hay forma de ganarle a ese monstruo; pues no son igual de fuertes. La solución, que podría parecer como una “anti-solución”, sería soltar la cuerda. Además, este ejercicio tiene como finalidad que el estudiante se dé cuenta que puede estar con su malestar sin tener a cambiarlo.

Posteriormente, se les presentará una metáfora más para aclarar que los intentos por controlar la ansiedad o la depresión, terminan por provocar que ésta aparezca.

c) Metáfora: “Las arenas movedizas” (Hayes y Smith, 2013).

“Sería como si estuvieras atrapado en arenas movedizas. Por supuesto, intentarías hacer lo que pudieras para salir de éstas, aunque cualquier cosa que hicieras solo te llevaría a enterrarte más profundo. Lo único que se puedes hacer con las arenas movedizas, es extender el cuerpo y tratar de entrar en contacto, lo más posible con ellas. Quizá lo que a ti te pasa es similar. No es muy lógico al principio, pero puede ser que lo que tu debes hacer, sea parar de batallar y en lugar de ello, entrar en contacto total con lo que ha estado tratando de evitar.”

2. LA NORMALIZACIÓN DEL CONTROL. (Harris, 2009).

Se le hace ver cómo los intentos por controlar llegan de forma natural y cómo otras personas también los realizan. Es natural que todos tendamos a querer controlar o evitar ciertas situaciones. De cómo es normal querer sentirse bien de forma inmediata y buscar un alivio para esto. Por tal razón se lucha para eliminar los sentimientos indeseados.

3. LA ILUSIÓN DEL CONTROL (Harris, 2009).

En esta parte, es importante “romper el mito o la ilusión de que los humanos siempre pueden controlar como se sienten”. Se le podría decir lo siguiente: “Todo mundo está tratando de controlar

cómo se siente y esto simplemente no funciona”. No quiere decir que no tengamos ningún control, pero sí que se tiene mucho menos control del que nos gustaría tener. También se le hace reflexionar sobre lo que le gustaría hacer si aceptara esto.

a) Metáfora: El polígrafo (Harris, 2009).

Se le dice lo siguiente: *“Imagina que soy un científico loco y que te he secuestrado para un experimento. Y te he conectado a un polígrafo muy sensible o un detector de mentiras. La máquina va a detectar la señal más pequeña de ansiedad en tu cuerpo, no puedes engañarla. A la mínima señal de ansiedad, la alarma sonará. Y en este experimento que te haré no debes sentir nada de ansiedad. Y si la sientes, jalaré la palanca y sentirás una descarga eléctrica”*.

Se le pregunta lo siguiente:

- ¿Qué crees que ocurra?

A continuación, se le pide que realice los siguientes ejercicios cuya finalidad es mostrar como en muchas ocasiones no está en su control el no pensar en situaciones dolorosas y como los intentos por tratar de controlarlo resultan fallidos.

b) Ejercicio: Borra un recuerdo (Harris, 2009).

Tómate un momento para recordar como llegaste hasta aquí el día de hoy. Ahora borra ese recuerdo, deshazte de él... ¿Ya lo hiciste?

c) Ejercicio: No pienses en eso... (Hayes y Smith, 2013).

Para el siguiente ejercicio, no pienses en lo que digo. Ni siquiera por un microsegundo. No pienses en un helado. No pienses sobre tu sabor de helado favorito. No pienses sobre cómo este sabe en tu boca o en un día soleado.

EJERCICIOS DE TAREA COMO CRITERIO DE CAMBIO:

1. **“Unir los puntos” (Harris, 2009).** Tiene como finalidad identificar los principales pensamientos y sentimientos problemáticos. Debe escribir en una forma (ver anexo 1) de qué forma ha tratado de desaparecer, evitar, suprimir escapar o distraerse de esos pensamientos y emociones.
2. Ejemplificar como la evitación y el control han resultado problemáticos en su vida.

MÓDULO 2: ACEPTACIÓN

Objetivo: Tiene como finalidad mostrar alternativas a la evitación experiencial. Es decir, se enseña al estudiante a estar dispuesto de forma activa y consciente a experimentar eventos como pensamientos, emociones, recuerdos sin intentos de cambiar su frecuencia o su forma, especialmente cuándo hacerlo podría causar daños psicológicos (Hayes et al., 2006).

Por ejemplo, un estudiante universitario podría sentirse ansioso cada vez que tiene que estudiar para un examen difícil, y para cambiar la forma o la frecuencia de dicha emoción podría procrastinar el estudio, evitar cualquier actividad que le recuerde ese examen, realizar actividades distractoras como ver la televisión, jugar videojuegos, dormir, etc. Y por lo tanto implicaría una mala calificación o incluso reprobar dicho examen.

Esta no es la última finalidad del modelo de Terapia de aceptación y compromiso, sino un método para ayudar a incrementar la acción basada en valores. Los estudiantes se dan cuenta de las formas en las que tratan de controlar sus experiencias, la utilidad de esos esfuerzos, y la posibilidad de dejar de control y estar dispuesto (Hayes et al., 2013).

Por ejemplo, se alienta al estudiante a que enfrente el miedo y la incertidumbre de estudiar arduamente, tomar riesgos en las relaciones, hablar en público, participar en clase (Boone, 2013).

A continuación, se les explica la siguiente metáfora con la intención de clarificar el concepto de aceptación.

1. “METÁFORA DEL INVITADO INDESEADO “(modificado de Hayes, 2012).

“Imagina que realizas una fiesta de bienvenida por el inicio de un nuevo semestre, te has cambiado de grupo y te parece una buena idea. Todos tus compañeros de grupo están invitados pues pusiste un anuncio en el grupo de Facebook que crearon para estar en contacto. Empiezan a llegar tus compañeros, la empiezan a pasar muy bien, pero de pronto llega Juan, tu compañero de clase que realmente te cae mal, el huele mal, es malhumorado y siempre está molestando, es poco agradable. Te preguntas a ti mismo, ¿por qué vino? Pero recuerdas que en la publicación decía: ¡bienvenidos todos! ¿Serías capaz de darle la bienvenida completamente y pasarla bien, aunque él esté ahí? Realmente te cae muy mal, es la última persona que quisieras que fuera a tu fiesta, además empieza a hacer comentarios fuera de lugar y empieza a ser molesto con tus demás compañeros.

¿Puedes darle la bienvenida, aunque no tengas una buena impresión de él? No te tiene que gustar. No te tiene que gustar su olor o su forma de ser o su estilo de vida, tampoco la forma en la que se viste. Tal vez te podría darte pena la manera en que habla o come. Tu opinión de él, tu evaluación de él es completamente distinta a tu disposición para tenerlo de invitado en tu casa.

Tal vez podrías hacer evidente a todos que él no es bienvenido, que él no está invitado, pero en cuanto hagas esto la fiesta cambiaría; tus compañeros podrían pensar que eres un amargado y además te criticarían pues en el anuncio pusiste que la fiesta era para todos. O tal vez podrías pedirle que se vaya y dirigirlo a la puerta. Cuando haces esto te sientes aliviado, regresas a la fiesta y comienzas a pasarla bien de nuevo. Pero después de un rato vuelves a escuchar el timbre,

es Juan otra vez y entra corriendo a la fiesta. Lo buscas entre los invitados y lo corres nuevamente. Para asegurarte que no vuelva a entrar decides ponerte enfrente de la puerta para que él no pueda entrar. Ahora estás aliviado porque Juan no puede entrar, pero mientras estás parado frente a la puerta cuidando que no vuelva a regresar, escuchas como todos tus amigos la pasan bien y te percatas de que te estás perdiendo de una gran fiesta. Y esta fiesta en especial es muy importante para ti. Mientras la fiesta se pone buena, tú estás vigilando a Juan. Entonces ya no disfrutas, ahora te esfuerzas mucho por tratar de controlarlo todo.

Finalmente, Juan insiste una y otra vez, así que te dices a ti mismo: ¡Si va a entrar, que entre! Entonces vuelve a entrar y claro que vuelve a ser molesto, no lo ignoras porque es difícil de ignorar, pero decides seguir con la fiesta, platicar con tus amigos y empiezas a notar algunas cosas interesantes de la fiesta.

Te percatas que, aunque Juan está ahí, la estás pasando bien, claro sería mejor que se fuera, pero al menos te encuentras disfrutando la fiesta y no en la puerta tratando de que no entre.

- ¿Qué pasaría si todos esos sentimientos, recuerdos, pensamiento que no te gustan y que aparecen son Juan?
- ¿Qué postura te gustaría tomar con ellos?
- ¿Puedes elegir darles la bienvenida, aunque no te gusta que hayan venido?
- ¿Cómo va a ser la fiesta?

2. EJERCICIO: ¿POR QUÉ ESTAR DISPUESTO? (Hayes y Smith, 2013).

A continuación, se motiva al estudiante para que reflexione sobre cuáles son las ventajas de estar dispuesto a enfrentar pensamientos o sentimientos que no son agradables. Y se le pide que dé algunas razones por las cuales le conviene estar dispuesto o aceptar ciertas vivencias.

Se le explica que estar dispuesto es un prerrequisito para la aceptación, la disposición es hacer frente a la experiencia indeseada; aceptación es lo que hay que hacer con dicha experiencia (Hayes et al., 2012).

3. LO QUE SÍ ES Y LO QUE NO ES ACEPTAR (Hayes y Smith, 2013).

En esta parte se hace la distinción sobre lo que es aceptar ya que se podría confundir con facilidad con otras connotaciones, especialmente con tolerar o con resignarse, es decir con una postura pasiva. (Se muestra en una presentación power point para facilitar la comprensión):

A continuación, se enlistan algunos términos que facilitan la comprensión de la aceptación:

- Permite que “eso” permanezca ahí.
- Mantente “abierto” y haz espacio para eso.
- Dale permiso a “eso” para estar donde ya está.
- Deja de pelearte con “eso”.
- Has las paces con” eso”.
- Hazle espacio a “eso “.
- Déjalo ser.
- Respira en él.
- Deja de gastar tu energía tratando de que “eso” se vaya.

Aceptar es un proceso continuo y voluntario: la aceptación no es resignación o derrota más bien tiene que ver con aceptar lo que va a ocurrir en el proceso del cambio. Por ejemplo, para una mujer en situación de violencia, aceptar no tendría que ver con aceptar el abuso, más bien con aceptar el dolor de que, si nada se hace al respecto, el abuso continuaría.

No se refiere a reconocer los fracasos, más bien con reconocer que ciertas estrategias que se han utilizado para lidiar con diferentes situaciones no han servido.

La aceptación es activa, no pasiva. Aceptar es una **decisión basada en valores.** Es decir, no es una cuestión de obligación. La aceptación requiere una serie de valores. La aceptación en sí misma no tendría mucho sentido, por lo cual requiere una serie de acciones en cuanto a lo que se valor. Se necesita de ambos aspectos: habilidades aceptación y disposición a la acción.

En seguida, se le pide que reflexione sobre lo siguiente:

4. LOS COSTOS DE LA DISPOSICIÓN: “DOLOR LIMPIO Y SUCIO.” (Hayes et al., 2012).

Se hace la distinción entre “dolor limpio” y “dolor sucio”. (Se muestra en presentación power point para facilitar comprensión).

El “dolor limpio” se refiere a la incomodidad que se siente como respuesta a un problema real; no quiere decir que se sienta necesariamente bien, pero finalmente es normal y es una experiencia saludable. Por ejemplo: el malestar como resultado de estudiar arduamente para un examen difícil. Por otro lado, el “dolor sucio” es el dolor que se obtiene cuando innecesariamente se hacen esfuerzos por controlar, eliminar o evitar el “dolor limpio”. Un ejemplo sería evitar el malestar de estudiar arduamente, navegando en internet.

5. EJERCICIO: LA PREGUNTA DE LA “DISPOSICIÓN PARA EL CAMBIO” (Hayes y Smith, 2013).

Se le pide que imagine que para vivir una vida vital y significativa necesita renunciar a la idea de querer controlar sus pensamientos y emociones antes de empezar a tomar decisiones en la dirección deseada. Es decir que para vivir una vida que valore no necesita eliminar antes su incomodidad. Se le pregunta hasta qué punto estaría dispuesto a hacerlo, es decir que, si para vivir una vida que valora, se necesitará “estar dispuesto” a enfrentar ciertos pensamientos o emociones desagradables, ¿estarían dispuestos a hacerlo?

Se les pregunta si cree que estar dispuestos a experimentar abiertamente los pensamientos, sentimientos, recuerdos que surjan en determinadas situaciones en su vida haría la diferencia.

6. ACEPTACIÓN DE EMOCIONES (Harris, 2009).

Posteriormente se le pide que realice los siguientes ejercicios:

Ejercicio: “El científico curioso” (Harris, 2009).

Date cuenta dónde estás sintiendo en tu cuerpo. Acércate a esto. Obsérvalo como si fueras un científico curioso, que nunca ha encontrado nada como eso. ¿Cuáles son los bordes? ¿Dónde empieza y dónde termina? ¿Se está moviendo o está quieto?

Ejercicio: Respirar (Harris, 2009).

Así como estás observado la emoción, respira en dicha emoción. Esto como si tu respiración fluyera en ella y alrededor de ella.

Ejercicio: Expandir (Harris, 2009).

Y así como estás respirando en esa emoción o en ese sentimiento, imagina que mágicamente, se abre un espacio dentro de ti. Se abre en torno a dicho sentimiento. Has espacio para ese sentimiento. Amplia a su alrededor. Es como si algo dentro de ti se expandiera para darle espacio.

Ejercicio: Permitiendo (Harris, 2009).

Ver si se puede permitir que el sentimiento o emoción permanezca ahí. Sin que necesariamente te guste o lo quieras, simplemente permitirlo.

Ejercicio: Fiscalización (Hayes et al., 2012).

Imagina que ese sentimiento o emoción es un objeto.

- ¿Es líquido, sólido o gaseoso?
- ¿Qué tan grande es? ¿Es ligero o pesado?
- ¿Qué temperatura tiene?
- ¿Está en la superficie o dentro de ti?
- ¿Qué color tiene?
- ¿Es transparente u opaco?
- ¿Cómo se siente la superficie?, ¿fría?, ¿caliente?, ¿áspera o lisa?, ¿húmeda o mojada?

Ejercicio: Normalización (Harris, 2009).

Dichas emociones o sentimientos te indican que eres un ser humano normal que tiene un corazón y que cuida de éste. Y que hay cosas en la vida que te importan y esto es lo que los humanos

sienten cuando hay una distancia entre las cosas que les importan y dónde están ahora. Cuanto mayor es la brecha, mayor es el sentimiento.

Ejercicio: Autocompasión (Harris, 2009).

Toma una de tus manos y pásala por esa parte de tu cuerpo donde sientes la emoción e imagina que es una mano “sanadora” de un amigo cariñoso o un padre o una enfermera y siente la calidez de su mano en tu cuerpo, no para deshacerse del sentimiento, pero si para hacer espacio para éste, para suavizarlo. Sostén este sentimiento suavemente como si fuera un bebé llorando o un cachorro asustado.

EJERCICIOS DE TAREA COMO CRITERIO DE CAMBIO:

1. Se les entrega una hoja (anexo 2) con las instrucciones para que pueda poner en práctica la **aceptación de emociones** fuera de la sesión. Se le pide que la emplee en situaciones donde éstas resulten problemáticas. Los ejercicios de aceptación de emociones incluyen “el científico curioso”, respirar, expandir, permitiendo, fiscalización, normalización, autocompasión.

Se le pide que registre en que situaciones puso en práctica dichos ejercicios y si pudo permitir que la emoción permaneciera sin intentos por evitarla o controlarla.

2. Registro de pensamientos, emociones o situaciones que diariamente hacen sufrir (Hayes y Smith, 2013). Se le pide que lleve un registro sobre lo siguiente:

Cuando se dé cuenta que estas luchando con algún tipo de malestar emocional, como pensamientos o emociones difíciles, recuerdos dolorosos, sensaciones corporales, etc. las anote en el autorregistro (Ver anexo 2).

Después se le pide que vuelva a examinar sus anotaciones y note si existe, algún tipo especial de pensamiento, sentimiento o acontecimiento que tienda a desencadenar la lucha y que anote cualquier repetición que haya notado.

MÓDULO 3: DEFUSIÓN

Objetivo: Tiene la finalidad de cambiar las funciones de pensamientos y otros eventos privados, en lugar de tratar de alterar su forma o frecuencia. Cambiar la forma en que se interactúa con éstos, se refiere a los pensamientos mediante la creación de contextos en los que sus funciones inservibles disminuyen (Hayes et al., 2006).

Por ejemplo: un estudiante podría pensar: “no soy bueno para nada” y la intervención consistiría en que el usuario se dé cuenta de ese pensamiento tal y como ocurre, tomar distancia de él, y explorar las consecuencias de permitir que ese pensamiento tenga influencia en su comportamiento (Boone, 2013).

Ese estudiante podría darse cuenta de que cuando tiene el pensamiento de “No soy bueno para nada” tiende a alejarse de sus compañeros o a procrastinar en sus clases. Si comprometerse con otros y hacer las cosas bien y a tiempo son aspectos importantes para él, se le puede ayudar a enfrentar el pensamiento; no creyendo en él, pero tampoco refutándolo, y al mismo tiempo alentarle a que realice las actividades que valora como hacer tareas o hablar con sus amigos (Boone, 2013).

1. PSICOEDUCACIÓN: TENDENCIA A PENSAR DE FORMA NEGATIVA (Harris, 2009).

Se le proporciona psicoeducación sobre cómo tenemos la tendencia a pensar de forma negativa, se le hace ver cómo ciertos pensamientos han provocado tener una vida difícil.

Se le explica que dicha tendencia a pensar de forma negativa se relaciona con que nuestros ancestros que vivían en un mundo en constante peligro (animales grandes y peligrosos), así que, en ese entonces, se tenía que estar en constante alerta sobre situaciones de peligro, anticipar cualquier cosa que pudiera lastimarlos o hacer daño. Podrían ver a un oso en una cueva, un lobo en los arbustos, se podrían preguntar: ¿Esa persona a lo lejos es mi amiga o enemiga? Si tú fueras un cavernícola y no tuvieras ese estilo de pensamiento, morirías pronto. Y esto es lo que hemos heredado de nuestros ancestros. Es por eso por lo que constantemente tratamos de prevenir cualquier cosa que pudiera salir mal. Por ejemplo: “vas a engordar”, “vas a equivocarte en el examen.” Esto es completamente normal. A todos nos sucede. La “mente” ha evolucionado para pensar de forma negativa. Solo está haciendo su trabajo principal, el cual es protegernos y mantenernos a salvo.

a) Metáfora: “El mejor cuentacuentos” (Harris, 2009). *Nuestra “mente” es como el cuentacuentos más asombroso. Nunca se calla. Ésta siempre tiene una nueva historia que contar y ¿adivina qué es lo que más quiere en este mundo? Quiere lo que cualquier buen cuentacuentos desea. Quiere que la escuchemos. Incluso si se trata de una historia dolorosa, temerosa o repugnante. Algunas historias que te cuenta son reales. A estas les llamaremos “hechos”. Pero muchas de las historias que te cuenta, no les podemos llamar realmente “hechos”. Son más bien opiniones, creencias, ideas, actitudes, suposiciones, juicios, predicciones, entre otras cosas. Hay historias sobre como vemos el mundo, sobre lo que queremos hacer, sobre lo que creemos que está bien y mal. Sobre lo que creemos que es razonable y lo que no. Y una de las cosas que queremos hacer aquí, es aprender a reconocer cuando te está contando una historia útil y cuando no, cuando es más bien problemática.*

Por un momento cierra los ojos (no digas nada por treinta segundos) y simplemente escucha lo que te está diciendo tu “mente”.

2. VER A TUS PENSAMIENTOS EN LUGAR DE DESDE TUS PENSAMIENTOS

(Hayes y Smith, 2013).

Se le explica que la mayoría de las personas cuando están en medio de la lucha contra sus pensamientos no son capaces de *ver a* sus pensamientos “desde afuera”. Es decir, que es probable que al observar la lista que ha escrito sobre el sufrimiento con el que tiende a luchar, lo ha estado observando *desde* sus pensamientos. Para ejemplificar, se le hace ver cómo muchos de sus pensamientos han terminado por definirlo a él y a sus experiencias. Y como en algunas ocasiones tiende a considerar a sus pensamientos “al pie de la letra”, de modo que ve la vida desde el punto de vista de éstos.

Se le pide que reflexione sobre lo siguiente:

Más que intentar controlar lo que piensas o sientes, ¿Qué pasaría si fueras capaz de aprender a ver que solamente estás teniendo pensamientos y experimentando emociones?

Se le hace ver que pensar no es peligroso, lo peligroso es que se tome los pensamientos al pie de la letra, es decir que los asuma literalmente.

Se le puede dar el siguiente ejemplo: Es diferente el pensamiento de: “Estoy teniendo el sentimiento de estar ansioso” a “Qué ansioso estoy.”

Además, se le hace énfasis en que cuando logre situar a sus pensamientos a cierta distancia, conseguirá verlos tal como son en realidad. Lo importante es que se dé cuenta del proceso del pensamiento tal como tiene lugar.

a) Ejercicio: Repetir limón, limón, limón (Harris, 2009).

A continuación, se presenta un ejercicio que consta de tres pasos, se le dan las siguientes instrucciones:

1. Selecciona una palabra simple, como “limón” Dila en voz alta una o dos veces, y nota qué provoca psicológicamente. ¿Qué pensamientos sensaciones, sabores, imágenes o recuerdos vienen a tu “mente”?

2. Ahora repite la palabra una y otra vez en voz alta tan rápido como sea posible por treinta segundos hasta que vuelva simplemente un sonido sin significado.

3. Ahora realiza el ejercicio una vez más, pero con una palabra que evoque un juicio. Puede ser una palabra que utilices para juzgarte duramente, por ejemplo: “malo”, “gordo”, “idiota”, “incompetente”.

Date cuenta de que sucede. Mucha gente encuentra que esa palabra o frase pierde el significado después de los treinta segundos. Después nos podemos dar cuenta de lo que es realmente: un extraño sonido, pero cuando nos encontramos muy fusionados o enganchados a dicha palabra, ésta tiene un gran impacto en nosotros.

b) Ejercicio: Hojas flotando en la corriente (Ver los pensamientos que vienen y van) (Hayes y Smith, 2013).

Se le indican las siguientes instrucciones:

Es un ejercicio para hacer con los ojos cerrados.

“Imagina una hermosa corriente de río que fluye lentamente. El agua se desliza sobre rocas, entre árboles, va descendiendo y corre a lo largo de un valle. De vez en cuando, una hoja grande cae en la corriente, en un día templado y soleado, tú te encuentras observando cómo van flotando las hojas.

Ahora, hazte consciente de tus pensamientos. Cada vez que surja un pensamiento, imagina que lo depositas en una de las hojas. Si piensas en palabras, coloca esas palabras sobre la hoja, si piensas en imágenes, coloca esas imágenes sobre la hoja. El objetivo es que permanezcas junto a la corriente mientras dejas que las hojas sigan flotando. Continúa al menos cinco minutos.

- ¿Cuánto tiempo pasó hasta que te quedaste atrapado en alguno de tus pensamientos?

Se le hace ver que sí consiguió que la corriente fluyera y, de pronto, se paró o si surgió algún contenido diferente, observe lo que ocurrió justo antes.

Se le invita a que, si no consiguió hacer que la imagen de la corriente se moviera, detecte en qué estuvo pensando mientras la imagen no se movía.

Se le hace hincapié en que los momentos en los que la corriente no avanzaba son momentos de fusión cognitiva mientras que los momentos en los que corre la corriente son de defusión cognitiva.

c) Ejercicio: Etiquetar los pensamientos (Harris, 2009):

Se le pide que complete un juicio sobre sí mismo en una frase corta. Yo soy...

Después que se fusione con ese pensamiento por diez segundos, es decir que se lo crea lo más posible.

Después responde de forma silenciosa al pensamiento con la siguiente frase: “Estoy teniendo el pensamiento de....

Repita este ejercicio, pero con la siguiente frase: “He notado que estoy teniendo el pensamiento de....

Se le hacen las siguientes preguntas:

- ¿Qué sucedió?
- ¿Te diste cuenta de cierta separación entre ti y tu pensamiento?
- Si no fue así, se le pide que practique con otros pensamientos.

3. Descripciones frente a evaluaciones (Hayes y Smith, 2013). (Se muestra en presentación power point para facilitar comprensión).

Se le hace énfasis al estudiante cómo los pensamientos pueden llegar a ser tan persistentes y que en ocasiones se tiende a situarlos como si formarían parte de la realidad exterior, olvidando que cada uno los crea. También de cómo se podría sentir oprimido por el contenido de éstos. Se le explica que una buena forma de romper con ese ciclo consiste en darse cuenta de la diferencia entre *descripciones* y *evaluaciones*. Se le explica la siguiente diferencia:

Las **Descripciones** son verbalizaciones relacionadas con la forma o con aspectos directamente observables de los objetos o los acontecimientos. Estos constituyen **los atributos primarios** de un objeto o acontecimiento. Es decir, no dependen de nuestra historia personal, siguen siendo aspectos de ese acontecimiento u objeto independientemente de nuestra relación con él.

Ejemplos: Esta es una mesa de madera (las mesas son duras, sólidas, tienen cuatro patas o más, etc. Esta mesa, en concreto, está hecha de madera).

“Estoy sintiendo ansiedad y mi corazón late de prisa”. (La ansiedad consiste en determinados sentimientos, sensaciones e impulsos. (Incluye corazón latiendo rápido).

Las **evaluaciones** son nuestras reacciones ante los acontecimientos o a sus matices.

Podemos comparar acontecimientos y atribuirles una etiqueta evaluativa, como bueno o malo, agradable o desagradable, soportable o insoportable. Las **evaluaciones** son **atributos secundarios** y estos se organizan en función de nuestra interacción con los objetos, acontecimientos, pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales.

Ejemplos:

“Esta es una buena mesa” (Buena está en mi relación con la mesa).

“Está ansiedad es insoportable” (insoportable está en mi relación con la ansiedad).

Se le hace ver que parte de su sufrimiento surge de confundir evaluaciones con descripciones. Con frecuencia creemos que nuestras opiniones evaluativas son propiedades primarias y que, por lo tanto, no son descripciones.

a) Ejercicio: Explorar la diferencia entre descripciones y evaluaciones (Hayes y Smith, 2013).

Se le pide que realice distinciones entre sus propias descripciones y sus evaluaciones.

Es fácil observar las diferencias entre ambas clases de propiedades en objetos externos, como lápices, libretas, casas, árboles. Una buena manera de darse cuenta de esto es que, si la persona desaparece, las propiedades secundarias también.

Se le pide que realice el siguiente ejercicio, anota los atributos de un árbol:

- Primarios (hojas, color, etc.):
- Secundarios (feo, siniestro, hermoso):

En seguida, se le pide que intente distinguir la diferencia entre los atributos primarios y secundarios de alguna situación que considera dolorosa.

Anota la experiencia emocional dolorosa aquí_____.

Se le pide que realice una lista de los atributos de tal experiencia, tal como lo hizo con el árbol:

- Atributos primarios:
- Atributos secundarios:

Se le indica que aprender a distinguir entre descripciones y evaluaciones nos puede ayudar a reconocer cuando se está viendo las cosas de una forma objetiva y cuando se están elaborando juicios sobre dicha experiencia.

A continuación, se describen una serie de técnicas de difusión cognitiva, las cuales se le explicarán y se le pedirá que realice de tarea en los momentos en los que sienta que esté lidiando con pensamientos complicados.

Finalmente, se le da una lista con otras técnicas de defusión cognitiva (ver anexo 3) y se le pide que revise las que le parece viables realizar en su vida diaria; se comenta alguna duda que podría surgir referente a las técnicas.

EJERCICIOS DE TAREA COMO CRITERIO DE CAMBIO:

a) Diferenciación entre descripciones y evaluaciones (Hayes y Smith, 2013). Se le entrega una forma para que practique de tarea la diferencia entre las descripciones y evaluaciones.

b) Etiquetar las experiencias personales (Hayes y Smith, 2013).

De acuerdo con el ejercicio de etiquetar pensamientos, se le explica que es útil etiquetar los pensamientos, sentimientos, recuerdos y sensaciones corporales, tal como aparecen. Se le recomienda verbalizarlos en voz alta y registrar los pensamientos con los que realizó el ejercicio y calificar qué tanto pudo ver al pensamiento como un simple pensamiento en una escala del 1 al 10.

MÓDULO 4: YO COMO CONTEXTO

Objetivo: Tiene como finalidad desarrollar la habilidad de mantenerse centrado, tomando perspectiva y permaneciendo presente. Se refiere a crear un lugar en uno mismo en el que se protege de atribuirse autoevaluaciones “tóxicas”, seguir reglas sin sentido y estrategias de afrontamiento socialmente apoyadas pero autodestructivas. Ser consciente que uno es quien contiene y mira su experiencia privada (Hayes et al., 2012).

Por ejemplo, una estudiante podría tener el pensamiento de que es una persona deprimida, al punto de identificarse, lo cual le genera más ansiedad y tristeza.

En primer lugar, se ayuda a distinguir cuando está realizando evaluaciones y a analizar que auto-conceptualizaciones son las que lo limitan y de esta forma debilitar el apego a dichas auto-conceptualizaciones.

1. LAS EVALUACIONES Y LAS AUTO-CONCEPTUALIZACIONES (Hayes y Smith, 2013).

Las **evaluaciones** son juicios subjetivos que se hacen sobre acontecimientos internos o externos. Con frecuencia conducen a la evitación. Por ejemplo: “Todos los hombres son iguales”, “Tener una relación es una pérdida de tiempo”. Se le explica al estudiante que las **auto-conceptualizaciones** son manifestaciones que se realizan sobre uno mismo y que, implícitamente,

se consideran como verdaderas, éstas son perjudiciales ya que favorecen la rigidez. Por ejemplo: “Soy una persona desagradable”. “No soy capaz de ser un buen estudiante”. (Se muestra en una presentación power point para facilitar comprensión)

a) Ejercicio: Considerando las auto-conceptualizaciones (Hayes y Smith, 2013).

En seguida, se le pide que conteste las siguientes preguntas, con lo primero que se le ocurra:

Yo soy una persona que _____

Yo soy una persona que no _____

Lo que más me gusta de mí mismo es _____

Soy una persona mala en _____

Se le hace énfasis sobre cómo el identificarse con un aspecto cualquiera de quienes son es problemático, ya que una vez que se han “fusionado” con ese aspecto concreto de la identidad, se suele distorsionar las cosas con tal de mantener esa visión que se tiene de uno mismo.

Por ejemplo, una persona que ha escrito: “soy una persona amable” con respuesta a lo que más le gusta de sí mismo. ¿Siempre es amable? ¿Con todos? ¿En todas partes? Seguramente hay veces que no es así. Y en las ocasiones en las que no actué de esa forma, se podría sentir decepcionada.

O por ejemplo se le pide que imagine a alguien que ha escrito: “Yo soy una persona que está deprimida”. ¿Cómo dicha auto-conceptualización la limitaría?

b) Ejercicio: Reinterpretar la propia historia (Hayes y Smith, 2013).

Se le pide que escriba la historia de su sufrimiento emocional, es decir los eventos históricos clave que han conformado su vida y que lo han hecho ser lo que es el día de hoy. Se le pide que

escriba tal como lo hubiera hecho antes de iniciar terapia. Se le indica que describa sus problemas principales, así como las razones que justifiquen el sufrimiento en su vida.

Posteriormente se le pide que subraye los **HECHOS** (es decir las descripciones), tienen que ver con los datos objetivos y que omita hacer análisis de causas. Por ejemplo, “tuve un ataque de pánico mientras exponía en clase”. Después se le pide que circule todas las reacciones psicológicas como pensamientos, sentimientos, emociones, recuerdos, impulsos, sensaciones, disposiciones, tales como: “Yo pensé que iba a morir”. En seguida, se le pide que escriba la historia otra vez con todo lo subrayado y circulado. Se le pide que observe cómo cambia el significado de los mismos hechos en las dos historias y cómo se convierte en algo distinto.

Se le explica que el objetivo principal del ejercicio no es mostrar que la historia original está mal o encontrar una mejor historia, sino darnos cuenta cómo trabaja la “mente”. Posteriormente, se le pide que escriba otra historia utilizando los eventos subrayados, pero con reacciones psicológicas diferentes o evaluaciones diferentes.

A continuación, se le da la siguiente explicación sobre el concepto de yo como contexto.

2. CONCEPTO DE YO COMO CONTEXTO (Harris, 2009).

Hay un espacio de nosotros mismos en el que nos damos cuenta de lo que nos sucede, es un punto de vista o una perspectiva en la que notamos lo que sucede momento a momento. Darnos cuenta de nuestros pensamientos. Darnos cuenta de nuestras emociones, de nuestro cuerpo. Así como darnos cuenta de nuestra propia capacidad para darnos cuenta. Este punto de vista o perspectiva nunca cambia. Cambian nuestras opiniones, sentimientos, pensamientos, pero este espacio desde el que observamos permanece ahí.

Es el aspecto de nosotros que nota u observa todas las palabras, imágenes, creencias, conceptos que utilizamos para describirlo.

A continuación, se le presenta la siguiente metáfora para introducirlo a lo que significa: “yo como contexto”.

a) Metáfora el cielo (Harris, 2009).

Puedes compararte a ti mismo como el cielo. Los pensamientos y los sentimientos son como el clima. El clima cambia continuamente, pero no importa que mal se ponga pues éste no puede dañar el cielo de ninguna forma. La tormenta más poderosa, el huracán más turbulento, la nevada más severa no pueden lastimar o hacer daño al cielo. Y no importa que tan mal se ponga el clima, el cielo siempre tiene suficiente espacio y tarde o temprano el clima siempre cambia.

A veces olvidamos que el cielo está ahí, pero siempre está ahí. Y muchas veces no podemos ver el cielo, pues está obstruido por nubes. Tú puedes aprender a acceder a esa parte de ti; un lugar seguro dentro de ti en el que puedas observar y hacer espacio para pensamientos y sentimientos difíciles.

b) Ejercicio: Aquí van tus pensamientos (Harris, 2009).

Ponte en una posición cómoda y cierra tus ojos. Ahora date cuenta, ¿dónde están tus pensamientos? ¿Dónde están situados? ¿Encima de ti? ¿Delante de ti? ¿Atrás de ti? ¿A tu lado?

Date cuenta de la forma de estos pensamientos: ¿Son imágenes, palabras o sonidos? Y ahora date cuenta ¿se están moviendo o están quietos?

Y sí se están moviendo, ¿a qué velocidad y en qué dirección? Nota que hay dos procesos separados aquí: hay un proceso de pensar. La parte que piensa contiene todas esas palabras e imágenes. Pero hay otro proceso, el de darse cuenta. Esta es tu parte observadora, la cual se da cuenta de todos esos pensamientos.

Ahora aquí viene tu “mente” zumbando, debatiendo y analizando, deja que haga eso de nuevo. Date cuenta de dónde están tus pensamientos, ¿son imágenes o palabras? ¿Se mueven o están quietos? Aquí vienen tus pensamientos, y tú estás observándolos. Tus pensamientos cambian. Pero tú que los observas, que eres el observador no cambias.

c) Ejercicio: Tomar perspectiva (Hayes et al., 2012).

Se le pide al estudiante que cierre los ojos y se dé cuenta de varias sensaciones como su propia respiración o sonidos del ambiente. Posteriormente se le dice lo siguiente:

“Ahora, así como te diste cuenta de esas cosas, me gustaría que te des cuenta de que tú te estás dando cuenta de estas cosas. Tú estás aquí ahora, consciente de que tú estás consciente. Si no estás seguro, toma un momento para darte cuenta de una sensación o de una imagen y date cuenta de que tú eres quien se está dando cuenta de esto.

Ahora date cuenta de que eres tú aquí, consciente, en este momento de tu vida. Ahora piensa sobre todas las cosas que podrías hablar en esta sesión. Tal vez sobre tus miedos y tus esperanzas, tu dolor y tus valores. No te quedes “enredado” en eso ahora. Sólo date cuenta de que dichas cuestiones están aquí, dales un momento para que estén ahí.

Después imagina que pasaron los años y que tú estás viendo hacia el pasado y te enfocas en este momento. Tú puedes verte a ti mismo sentando en la silla, consciente de todos esos miedos y

esperanzas y con ese dolor y con esas aspiraciones. Imagina que progresaste y que eres más sabio. No lo pienses demasiado, pero date cuenta si podrías contactar con ese sentido de consciencia de regresar al pasado y verte a ti mismo en el aquí. Trata de dejar ir cualquier juicio y solo mantén esa persona que tú ves, vela de una forma amable. Si esto pudiera suceder realmente, ¿qué consejo podrías darte a ti mismo sobre cómo abordar los problemas que tienes actualmente? No tienes que responder rápidamente, sólo piensa en la pregunta por unos minutos. Nota si hay algo que podrías decirte a ti mismo. Solo date cuenta de que te dirías. Date cuenta si pudieras conectarte con una parte de cuidado y autocompasión. Cuando estés listo abre los ojos y si escribe el mensaje que te dirías.

d) La metáfora del tablero de ajedrez (Hayes y Smith, 2013).

Imagina un tablero de ajedrez que se extiende en todas direcciones. Sobre este escenario empiezan a aparecer diferentes piezas. Unas son negras y otras blancas, igual que en una partida de ajedrez. Ahora imagina que cada una de esas piezas representa una emoción distinta, un pensamiento, un recuerdo o una sensación. Las piezas blancas son positivas; sentimientos de felicidad, alegría y placer o recuerdos de cariño; todas ellas se reúnen en el mismo equipo mientras que las piezas negras representan tu dolor, miedos y fracasos.

Nosotros vamos por la vida tratando desesperadamente de mover todas nuestras piezas blancas a través del tablero y tratamos de quitar todas las piezas negras. Pero el problema es que hay un número infinito de piezas blancas y negras. No importa cuántas piezas negras quitas, aparecerán más.

Las piezas blancas avanzan con pensamientos como: “Soy un buen estudiante”, pero inmediatamente lo ataca una pieza negra con un: “No, no lo eres”.

Pero no podemos pasar toda la vida, perdiendo un buen de tiempo y energía, tratando de ganar la batalla que nunca podría ser ganada. O tal vez podríamos aprender a ser más como el tablero de ajedrez. El tablero está en contacto íntimo con todas las piezas, pero no se involucra en la batalla. Existe una parte de nosotros que opera como el tablero de ajedrez. Le llamaremos el “yo observador”. Esta parte nos permite salir de la batalla con nuestros pensamientos y sentimiento mientras les damos suficiente espacio para que se muevan.

Se le explica que en algunas ocasiones ha estado actuando como si sus emociones o pensamientos favoritos tuvieran que ganar esa partida de ajedrez. Pero eso tendría sentido si él sólo fuera las piezas blancas y no las negras. Desde esa perspectiva tendría que luchar porque los adversarios constituirían una amenaza directa para su supervivencia.

Pero se le pide que imagine que él no es ninguna de esas piezas. En ese escenario: ¿Quién es él? No puede ser el jugador, todavía queda alguien intentando ganar la guerra y salvar determinadas piezas frente a otras. Solo hay una parte de la metáfora que permanece en contacto con TODAS las piezas. Se le hace reflexionar sobre lo siguiente: “Si no eres las piezas (si todavía puedes seguir siendo tú)”

Y se le pueden realizar las siguientes preguntar:

- ¿Quién eres entonces?
- ¿Qué tal si resultara que eres el tablero sobre el que se está jugando la partida?
- ¿Qué significaría eso para ti?
- ¿Qué pasaría si no te definieras por tu sufrimiento?, ¿si no que más bien fueras el contenedor de este?

EJERCICIOS DE TAREA COMO CRITERIO DE CAMBIO:

Con la intención de que practique lo realizado en la sesión, se le entrega una hoja (anexo 4), a continuación, se especifica los ejercicios a realizar:

1. Reinterpretar la propia historia (Hayes y Smith, 2013). Con la finalidad de que practique el detectar cuando está haciendo una evaluación y cuando está viendo las situaciones que le suceden de un modo objetivo.

2. Ejercicio: aquí van tus pensamientos (Harris, 2009). Con la intención de que practique darse cuenta de que hay dos procesos diferentes, uno el observador y otro el proceso de pensamiento. Posteriormente debe responder una serie de preguntas para detectar si logra notar dos procesos separados: pensar y notar que está pensando.

MÓDULO 5: ATENCIÓN FLEXIBLE AL MOMENTO PRESENTE.

Objetivo: Motivar al estudiante a estar en contacto con eventos psicológicos y ambientales tal como ocurren (Hayes et al., 2006). Darse cuenta de éstos sin hacer juicios o ser absorbidos en ellos (Boone, 2013).

Por ejemplo, se le pide a un estudiante que preste toda su atención a la acción de comer, a dicha experiencia, a los sabores, olores, textura, temperatura.

1. IMPORTANCIA DE DESARROLLAR LA ATENCIÓN FLEXIBLE (Hayes et al., 2012).

Se le pregunta si puede pensar en las veces en su vida en las que ha estado muy ocupado o preocupado y que se han perdido de cosas importantes. Se le hace ver si siempre encuentra razones para no tomarse tiempo para la contemplación y el disfrutar ahora mismo.

Se le explican los siguientes conceptos:

El concepto de resolución de problemas es automático, y es muy útil para ciertas cosas, por ejemplo, decidir si vale la pena comprar algo o no. Este modo, categoriza y evalúa cosas; sin embargo, a veces se utiliza para ciertas situaciones donde no resulta útil. El otro modo que se llama “puesta de sol” se refiere a lo que sucede cuando ves una puesta de sol, o una pintura bonita o quizá cuando escuchas una canción de música que te gusta mucho. En el segundo estado, se contempla y aprecia.

Se le pregunta lo siguiente:

- ¿Consideras que, por estar atrapado en el modo de resolución de problemas, te has perdido de una gran cantidad de puestas de sol?

Posteriormente, se introduce el concepto de “resolución de problemas” y del “modo de puesta de sol”.

Se le explica la importancia de detenerse y darse cuenta de lo que está experimentando. Y se le hace ver como muchas veces pasan muchas cosas alrededor, pero que pasan desapercibidas.

A continuación, se presentan diversos ejercicios que se emplearán con la finalidad de que el estudiante pueda estar más en contacto con lo que ocurre momento a momento.

2. EJERCICIO: ESTAR DONDE ESTÁS (HAYES Y SMITH, 2013).

Se le pide al alumno que siga las siguientes instrucciones:

Cierra los ojos. No te preocupes si notas que te distraes durante el ejercicio. Simplemente, vuelve al presente y continúa con las instrucciones.

Sitúate cómodamente. Cierra los ojos y realiza unas inspiraciones profundas. Relájate. No te dejes llevar por el sueño, pero permite que tu cuerpo descanse.

Ahora, lentamente, lleva tu atención a las puntas de tus dedos. Siente tus dedos. Frota la punta de tus dedos. ¿Cómo los sientes? ¿Puedes percibir las minúsculas rugosidades de tus huellas dactilares? Tómame unos instantes y procura percibirlos. ¿Cómo se sienten tus dedos? ¿Tus dedos están ásperos por el trabajo o son suaves y sedosos?

Ahora, deja que tus dedos reposen donde estaban antes. ¿Qué están tocando? ¿Están descansando? ¿Cómo percibes esas sensaciones? Tómame tu tiempo para observar las sensaciones que te llegan a través del tacto.

Ahora, lleva tu atención a las manos y brazos. ¿Cómo los sientes? ¿Están relajados o pesados? O tal vez estén tensos por tanto trabajo. De todas formas, está bien; no hay necesidad de juzgar. Simplemente observa las sensaciones de tus manos y brazos. ¿Sientes dolores, pinchazos? Toma nota de esas sensaciones, pero no te detengas en ninguna de ellas. Simplemente nota esas molestias y continúa adelante.

Pasa tu atención a los dedos de los pies. Muévelos un poco. ¿Notas los zapatos?, ¿Los calcetines?

¿Serías capaz de describir el tacto? Simplemente, nota las sensaciones al tiempo que te vas haciendo consciente de los dedos de tus pies.

¿Cómo está colocada tu cabeza? Sin tratar de cambiar la posición de tu cabeza, simplemente, percibe cómo está colocada. No hay posición correcta, solo déjala tal como está. Simplemente, advierte las sensaciones que te llegan de tu cabeza: ¿Está relajada? ¿Percibes tensiones?

Percibe ahora tu cara. ¿Cómo la sientes? Hay muchas sensaciones que explorar en tu rostro. Céntrate en tu frente: ¿la percibes suave y plana o fruncida por el estrés? No trates de cambiar nada: solo advierte las sensaciones. Ahora, pon atención en la nariz: ¿Cómo la notas? ¿Puede respirar libremente o la tiene atascada? ¿Puedes notar el aire que llega a tus pulmones? ¿Te resulta una sensación fresca o cálida? Pon atención a tus sensaciones durante un momento. Luego piensa en tu boca: ¿Cómo está colocada tu boca? ¿Está fruncida? ¿Abierta? ¿Cerrada? ¿Cómo percibes el interior de tu boca? ¿Está seco? ¿Está húmedo? ¿Puedes sentir la saliva cubriendo el interior de tu boca? Explora todas las sensaciones relacionadas con tu cara. Simplemente toma nota de todo eso y continúa. Ahora, dirige tu atención al pecho y abdomen. Coloca una mano sobre tu pecho y otra sobre el abdomen. ¿Puedes sentir tu respiración? ¿Cómo se siente? ¿Estás respirando rápido o despacio?

Toma el aire por la nariz y expúlsalo por la boca ¿Cómo te sientes al hacer eso? Ahora, cambia la pauta. Dedicar un tiempo a explorar las sensaciones relacionadas con la respiración. Luego, vuelve a colocar las manos en su posición inicial.

Ahora piensa en tu cuerpo globalmente. ¿Dónde estás sentado o acostado? ¿Tienes consciencia de la posición de tu cuerpo? No necesitas moverte, sólo observa.

Presta atención la habitación donde te encuentras. ¿En qué punto de la habitación estás situado? ¿Tienes una idea de dónde queda la puerta? ¿La distancia hasta el techo? ¿Puedes sentir tu cuerpo en el contexto de todo este espacio? ¿Te has percatado de lo que hay a tu alrededor?

Cuando estés listo, abre los ojos y echa un vistazo a la habitación. Observa el lugar de los muebles. ¿Qué aspecto tienen? Pasa todo el tiempo que quieras observando los distintos aspectos del mobiliario. Acuérdate de no juzgar, solo percibir.

3. EJERCICIO: COMER UVAS (Hayes y Smith, 2013).

Se dan las siguientes instrucciones:

Primero, toma una uva y cómetela de la forma que siempre lo has hecho.

Ahora toma otra uva. Colócala en la mesa, delante de ti, examínala. Observa las arrugas de su piel. Mira los distintos diseños que forman sus arrugas. Luego, toma otra uva y colócala al lado de la primera. Observa lo distintas que son, no hay dos uvas idénticas. Piensa en las dimensiones relativas de una respecto a la otra.

Ahora, toma otra de las uvas y hazla rodar entre tus dedos. Siente su textura externa, percibe la suave sensación que deja en tus dedos a medida que la mueves de un lado a otro.

Coloca la uva en la boca. Hazla girar dentro de la boca. No la mastiques, al menos, durante treinta segundos. Cuando estés listo, cómete la uva y nota a su sabor; percibe cómo se siente en los dientes mientras lo masticas; siente cómo se desliza por tu garganta cuando la tragas. Ahora, haz lo mismo con la segunda, pero muy lentamente.

¿Tiene un sabor distinto cuando la comes de esta manera? ¿En qué se diferencia? ¿Cómo la sientes en la boca cuando se deshace? ¿Cómo se siente cuando la tragas?

¿De qué manera es distinta la experiencia de comer una uva conscientemente en lugar de, simplemente, echártela a la boca y tragártela?

EJERCICIOS DE TAREA COMO CRITERIO DE CAMBIO:

Se le entrega una hoja (anexo 5) con intención de que lleve a cabo de tarea los siguientes ejercicios:

1. Caminar en silencio (Hayes y Smith, 2013).

Se le pide al estudiante que dedique diez minutos a caminar en silencio.

Se le dan las siguientes indicaciones:

Puedes caminar en círculo, alrededor de tu patio o también puede hacerlo alrededor de tu casa o dar un paseo por el vecindario. Trata de permanecer en silencio durante todo el paseo de modo que puedas “escuchar” el contenido de tus pensamientos. Cuando notes que tu atención se queda fijada en algún objeto concreto del entorno, en algún pensamiento o en alguna sensación de tu cuerpo, trata de decirlo en voz alta o al menos procura tener consciencia de éste. El propósito es ayudarte a que se desconecten de tus pensamientos de tal acontecimiento.

2. Comer conscientemente (Hayes y Smith, 2013).

En muchas culturas occidentales no se presta demasiada atención a lo que se come. Se utilizará el acto de comer como un acto de estar consciente de lo que ocurre en el momento.

El hacerse consciente del acto de comer es un modo excelente de centrar la atención al momento presente. Posteriormente, se le pide que conteste las siguientes preguntas:

- ¿Descubres que te aparecen determinados pensamiento o sensaciones durante la comida?
- ¿Estás comiendo con un amigo o con tu pareja?

- ¿Estás comiendo solo o sola? Podría ser interesante observar tu mente mientras te relacionas con la gente que está comiendo.

3. Atención plena en la rutina de la mañana (Harris, 2009).

Se le pide que elija una actividad que constituya parte de su rutina diaria, como cepillarse los dientes, afeitarse, tender la cama o tomar un baño. Cuando realicé eso, que centré su atención completamente en lo que está haciendo: los movimientos del cuerpo, la sensación, el sabor, los sonidos, los gestos. Se le pide que se dé cuenta de lo que está pasando en ese momento con una actitud de apertura y curiosidad.

Finalmente, se le pide que responda una serie de preguntas para poder notar que tanto le fue útil el ejercicio, que tanto se mantiene enfocado en la actividad y ayuda a no estar enfocado en pensamientos del pasado y futuro.

MÓDULO 6: VALORES

Objetivo: Tiene como finalidad emplear ejercicios para ayudar a los estudiantes a elegir direcciones en la vida en diversos ámbitos que son importantes para ellos (Hayes et al., 2006).

Por ejemplo: “Ayudar a otros”, “Dar mi máximo esfuerzo en la escuela. “Abrirse a tener una relación de pareja” Dichas declaraciones se enmarcan en acciones (Boone, 2013).

1. METÁFORA DEL AUTOBÚS (Hayes et al., 2013).

Se le explica la siguiente metáfora para introducirlo a lo que se refiere a contactar con valores.

“Imagina que vas conduciendo el autobús de “tu vida”. Como en cualquier autobús, a medida que sigues tu ruta, vas recogiendo pasajeros. En este caso, tus pasajeros son tus recuerdos, sensaciones corporales, emociones, pensamientos, impulsos, etc. Has subido a algunos pasajeros que te caen bien, también has subido a otros que no te gustan, que hubieras preferido que se fueran en otro autobús.

Es probable que al principio estuvieras centrado en estos pasajeros pues eran ellos los que definían la lucha con tu sufrimiento. Es probable que hayas pasado mucho tiempo intentando echar del autobús a determinados viajeros, hacer que cambiaran de aspecto o que se hicieran menos visibles. Seguramente has intentado parar el autobús y hacer que se bajen esos pasajeros.

Date cuenta de cuál ha sido la primera cosa que tuviste que hacer para conseguirlo: detener el autobús. Dejaste tu vida en suspenso mientras te centrabas en la lucha.

Lo más probable, es que los viajeros indeseables no se bajaran como resultado de esa lucha. Una vez que hemos comprobado que nuestros pasajeros no van a marcharse, como último recurso nos centramos en su aspecto y visibilidad. Si tenemos un sentimiento negativo, intentamos maquillarlo un poco.

Cuando discutimos o intentamos cambiar a los viajeros de nuestro autobús, lo único que hacemos es añadirle aún más cosas. Una vez que hemos agotado todas las posibilidades, lo que intentamos hacer es llegar a un acuerdo con los pasajeros, procuramos que los más peligrosos se hundan en sus asientos al fondo, con la esperanza de que, por lo menos, no tengamos que verlos demasiado. Tal vez hasta imaginemos que se han esfumado del todo. Inventamos formas de evitar saber que los viajeros que nos dan miedo siguen en el autobús. Evitamos. Los negamos.

Puedes intentar muchas maneras de ocultarlos pidiéndole a esos pensamientos y sentimientos que se hundan en el asiento de atrás. Pero el costo de esta estrategia es elevado: renunciar a tu libertad.

Para conseguir que tales indeseables pasajeros se mantengan lejos de tu vista, les pides que se mantengan agachados y ocultos y así tú los conducirás a donde ellos quieran ir.

Por ejemplo, alguien podría hacer lo siguiente para conseguir que su fobia social se vaya a la parte de atrás del autobús, puede evitar estar con gente en situaciones en las que le parece que puede quedar en evidencia y que le dan miedo; cuando aparece la oportunidad de relacionarse con otras personas, la rechaza o se escuda en un tipo de relación a la defensiva y tímida. Solo para conseguir que ese amenazador pasajero, la fobia social, no asome la cabeza.

Incluso aunque esta última estrategia parezca funcionar hasta cierto punto, es a costa de un precio muy elevado. Cuando vas a donde los viajeros te dicen que vayas, has perdido el control de autobús de “tu vida”. Pero algo que debes saber es que no es necesario cambiar todo lo que está pasando por tu cabeza para empezar a disfrutar la vida. Puedes seguir en el autobús cómodamente con tus pasajeros.

Cuando subas a un autobús, verás que en la parte superior lleva un cartel en el que se especifica a dónde va el autobús. Los pasajeros que suban al autobús irán a ese destino. El destino del autobús no depende del capricho de cada momento de los pasajeros, sino que corresponde a los propietarios de la compañía y a los conductores del autobús determinar el destino y llevar hasta ahí el vehículo”.

En seguida, se le hacen las siguientes preguntas para que reflexione sobre dicha metáfora:

- ¿Qué vas a decidir poner en el letrero del autobús?
- ¿Cuál es tu ruta?
- ¿Si tu dolor psicológico finalmente acabará, qué harías? ¿Qué decisiones tomarías?
- ¿Qué harías en tu vida si no tuvieras que gastar tanto esfuerzo en controlar tu _____
(depresión, ansiedad, etc.)?

2. VALORES COMO DIRECCIONES DE VIDA ELEGIDAS (Hayes y Smith, 2013).

Se le pide al estudiante que imagine que el cartel frontal del autobús dice: Valores. Y que éstos, son direcciones importantes que puede elegir.

La dirección se puede entender con esta metáfora, el ver su vida como un autobús que sirve de guía.

Se le pide que imagine que dicho autobús va viajando por un amplio valle, con muchos caminos de grava. A su alrededor, a lo lejos, se ven montañas, colinas, árboles y rocas. En las zonas más inmediatas hay pozos, arbustos, pasto, rocas y arroyos. Su autobús va equipado con una brújula.

Se le explica lo siguiente:

“Tú quieres ir al este. Ante ti, se extiende una carretera; no te lleva directamente hacia el destino que tú deseas, pero apunta en esa dirección. Conduces el autobús hasta llegar al final de la carretera y ahí te encuentras con un par de rutas alternativas”.

Posteriormente se le hacen las siguientes preguntas:

- ¿Has llegado al este?
- ¿Cómo saber si realmente es el este?

Se le hace saber que una dirección no es algo que se pueda “alcanzar”, tal como se puede agarrar un objeto o llegar a una ciudad. Son cosas que hacemos, o una cualidad de aquello que hacemos, no es algo que se pueda poseer.

Se le puede poner el siguiente ejemplo: “Digamos que uno de tus valores es “**ser una persona cariñosa**”. Eso no significa que cuando ames a alguien durante una temporada ya lo habrás logrado. El amor es una dirección, no un objeto.

A continuación, se les explican algunos aspectos para clarificar lo que es un valor (se muestra en presentación power point para facilitar la comprensión):

a) Los valores son elecciones.

Se les explica que los valores son elecciones. Generalmente al seleccionar entre diferentes alternativas, se utiliza el razonamiento lógico o la resolución de problemas. Por ejemplo, ante una decisión de qué coche comprar (Hayes et al., 2012).

Esto es debido a que el razonamiento lógico implica realizar juicios, es decir se aplican criterios evaluativos sobre diferentes alternativas de planes de acción. Del mismo modo que se utiliza una regla para medir un objeto material, es decir es un juicio intelectual (Hayes, et al., 2012).

Si los valores fueran juicios, eso significaría que habríamos tenido que evaluar nuestros valores, pero ¿en relación con qué otros valores los evaluaríamos?

Posteriormente, con la intención de delimitar la elección de valores, se les hace énfasis en diferentes conceptos que pueden confundirse con un valor. Para eso se les explica lo siguiente:

b) Lo que no son los valores.

- **Los valores no son metas.**

Las metas son acontecimientos, situaciones u objetos concretos, las cuales se pueden obtener. Se pueden poseer o retomar. No son lo mismo que la dirección. Una vez que una meta ha sido alcanzada, el progreso se habrá detenido definitivamente.

A veces, una vez elegida una dirección, el centrarse en la meta ayuda a mantenerse en el camino elegido. Por ejemplo, una persona que valora ayudar a los demás, podría conseguir una titulación para poder ayudar a los demás, y una vez conseguido el título habrá muchas cosas vitales e interesantes que hacer que no tienen que ver con el título conseguido.

- **Los valores no son sentimientos.**

A veces hay sentimientos que acompañan a nuestras elecciones basadas en valores. Sin embargo, no significa que los valores hagan que uno se sienta bien.

Una persona adicta a las drogas se siente bien cuando consume. Pero eso no quiere decir que esté haciendo algo valioso. Esa persona puede valorar sentir cercanía de los demás, pero, cada vez que se mueve en esa dirección, empieza a sentirse asustado; Odia ese sentimiento y, por eso, recurre a las drogas o al alcohol. Si dejara de consumir y empezaría a moverse en la dirección que considera valiosa, no se sentiría bien durante una temporada.

Los valores son acciones y no sentimientos, por ejemplo, un sentimiento de amor puede aparecer y desaparecer a través de tiempo y en diferentes situaciones (Hayes et al., 2012)

- **Dolor y valores.**

La emoción se puede relacionar con los valores de una manera distinta y menos evidente que la que se produce entre sentimientos positivos y valores.

Por ejemplo, una persona que tiene fobia social tiembla ante la perspectiva de tener que asistir a una fiesta. Quizá porque valora mucho la relación con los demás. En el dolor, se puede encontrar una guía hacia los valores.

- **Los valores no significan que no existirán obstáculos.**

El elegir ciertos valores no significa que el conseguirlos será fácil, porque, de vez en cuando, surgen obstáculos que impiden seguir la dirección elegida. Por ejemplo, una persona que valore formar una familia cariñosa puede, sin embargo, tener que atravesar un divorcio.

- **Los valores no están en el futuro.**

“Se puedes experimentar el beneficio de estar viviendo los valores ahora mismo. Esto quiere decir que los valores, aparentemente, se refieren al futuro, pero, de hecho, es ahora mismo cuando se hacen presentes.

Cada paso dado en la dirección de tales valores es una parte del proceso. Una vez elegidos dichos valores, el proceso que se emprende en dicha dirección está cargado de valores.

Por ejemplo, el valorar ser una persona cariñosa, es una es decisión continúa. Y pueden ir cambiando las acciones cariñosas a través del tiempo.

- **Valores y fallos.**

Los valores implican responsabilidad, reconocer que se tiene la capacidad de responder. La respuesta en la que se puede implicar es determinar los valores, incluso aunque haya muy pocas cosas que se puedan hacer en una situación determinada.

Es importante mencionar que nadie vive siempre de acuerdo con sus valores. Pero eso no quiere decir que es un fracaso. “Imagina a una mujer de negocios que se lamenta de sus

frecuentes ausencias de casa porque ella “valora mucho el trabajo”. Claramente, esto quiere decir que, además de su trabajo, esa mujer también valora a su familia. Lo que necesita es encontrar la forma de equilibrar e integrar esos dos conjuntos de valores diferentes. Lo que necesita es un reajuste en su comportamiento.

3. ELEGIR VALORES (Hayes y Smith, 2013).

Se hace mención sobre la importancia de clarificar cuáles son sus valores.

Se le puede pedir que se examine a sí mismo y que note si lo que más le está provocando dolor en su vida es el hecho de no vivir la vida que desea, más allá de su ansiedad o depresión.

Se le hace ver que el problema principal no es que tenga problemas, sino que ha dejado en suspenso las elecciones que tenía que hacer y además que la vitalidad y el compromiso con su vida no requieren que tenga que eliminar antes el dolor. Que definir lo que es importante y seguir activamente, es de lo que finalmente trata la terapia de aceptación y compromiso. Elegir lo que se valora y realizar acciones dirigidas a acercarse a eso que considera importante puede hacer que su vida sea significativa incluso frente a situaciones difíciles.

Se le puede poner como ejemplo, un agorafóbico que piensa que salir no es una buena idea (cuando en realidad tiene un gran deseo de salir y sabe que eso le puede dar mucho bienestar), el que esta persona se “deje llevar” por la agorafobia, es decir por el evitar la ansiedad no lo llevará a largo plazo a tener la vida que desea.

¿CÓMO VAS A SABER LO QUE QUIERES HACER? (Hayes y Smith, 2013):

¿Cómo saber qué decisión tomar entre tantas alternativas?

La palabra “valores” significa “valioso y fuerte”. Implica un contenido de acción que es por lo que la raíz lleva al término “ejercer”. Tiene connotaciones de utilizar aquello que es importante y fuerte. No solo definen lo que uno quiere perseguir día a día, **sino aquello sobre lo que uno quiere que trate su vida.**

b) Ejercicio: identificar áreas valiosas (tiro al blanco) (Harris, 2009).

Se le pide que considere las siguientes áreas que pueden ser importantes para a él o ella, las cuales contienen una breve descripción de cada una. Se le recuerda que los valores no son metas concretas, más bien direcciones generales de vida y que más adelante, concretará las metas específicas (Hayes y Smith, 2013).

Se le entrega una hoja con diversos valores, para que pueda reflexionar sobre lo que es importante para él o ella. (Ver anexo 5).

c) Ejercicio: la brújula de la vida (Harris, 2009).

Se le entrega una forma (ver anexo 5) y se le pide que, en cada cuadro, escriba unas cuantas palabras clave sobre lo que es importante y significativo en su vida. ¿Qué tipo de persona quiere ser? ¿Qué cualidades quiere cultivar? ¿Qué quiere hacer? ¿Cómo se quiere comportar? Si algún cuadro parece irrelevante puede dejarlo en blanco. Si se quedas “atrapado” en algún recuadro, puede pasar al siguiente y regresar a este después.

Una vez que haya terminado, debe marcar en el cuadro de la parte superior en una escala del 1 al 10, de acuerdo con la importancia de dichos valores en este punto de su vida: 0= no tiene importancia, mientras 10= extremadamente importante. (No importa si varios cuadros tienen la misma puntuación).

Finalmente, en el cuadro de la parte inferior, debe marcar de la misma forma, en una escala del 0 al 10 que tanto está viviendo de acuerdo con esos valores actualmente. 0 = de ningún modo, mientras 10 = estar viviendo de acuerdo con estos.

De forma general, se le pregunta lo siguiente:

- ¿Qué es importante en tu vida?
- ¿Qué estás descuidando actualmente?

EJERCICIOS DE TAREA COMO CRITERIO DE CAMBIO:

Se le entrega una hoja para que realice dos ejercicios de tarea (anexo 6):

1. Fortalezas (Harris, 2009). Con la finalidad de que el estudiante tenga claridad sobre los aspectos positivos que podrían ayudarle a acercarse a sus valores.

2. Modelos a seguir (Harris, 2009). Posteriormente, se le pide que escriba en una hoja sobre alguien a quien admire.

MÓDULO 7: COMPROMETERSE CON LA ACCIÓN

Objetivo: Motivar al estudiante a realizar patrones de acción con el fin de aproximarse a los valores elegidos (Hayes et al., 2006). Basándose en objetivos o en identificar habilidades específicas que deben ser aprendidas (Boone, 2013).

Por ejemplo, un estudiante con ansiedad social podría inscribirse en una clase donde sabe que tendrá que hacer presentaciones orales, esto con la finalidad de ser más capaz de exponerse a situaciones sociales. O un estudiante con miedo a hablar en público pero que valora el contacto con los demás, podría comprometerse a asistir a una reunión social con sus compañeros.

Se presenta un plan de acción para comprometerse en la dirección de los valores elegidos.

1. ESTABLECER METAS (Hayes y Smith, 2013).

A continuación, se decide por uno de los valores seleccionados por el estudiante para comenzar a realizar acciones que se aproximen a dicho valor.

Puede ser con alguno que tenga una puntuación elevada de desviación o pueden elegir alguno que no ocupe un lugar tan alto en la lista, esto si considera que el enfrentarse a un valor con una desviación mayor, podría resultar muy difícil aún.

Se le explica que el verdadero objetivo de las metas es orientarlo hacia sus valores. Y sobre la necesidad de tener en cuenta los objetivos a corto y largo plazo.

Las metas a corto plazo son puntos de referencia que puede alcanzar en el futuro inmediato, las metas a largo plazo están más distantes en el plan de acción. Fijar ambas metas ayuda a establecer un plan de acción graduado.

Se le pide que repase los valores que eligió y que piense en acciones que puede realizar para que ese valor se pusiera de manifiesto de un modo práctico.

Se le motiva a que busque metas realistas. Es decir, que constituyan una forma viable de aproximarse a la dirección de sus valores y que compruebe la meta en relación con:

- ¿Es práctica?
- ¿Se puede alcanzar?
- ¿Funciona en tu situación actual?
- ¿Te conduce en la dirección de tu valor elegido?

Posteriormente, se analiza si la meta que eligió es a corto plazo o si tuviera que completarla con submetas.

a) Ejercicio: línea de tiempo. (Hayes y Smith, 2013).

Se le pide que dibuje una línea del tiempo como se muestra en seguida, y que señale el punto en el que esa meta debería ser alcanzada empezando a contar desde hoy. El final de la línea representa el final de la vida. Se le pregunta: ¿En dónde situarías tu meta sobre esta línea?

Hoy	Final
de la vida	

La distancia relativa entre el lugar en el que se encuentra hoy y el punto en el que cree que podría alcanzar la meta, le indica si se trata de un objetivo a corto plazo o a largo plazo.

Si su meta es a largo plazo, necesitará añadir metas más pequeñas a corto plazo para alcanzarla. Si es a corto plazo, podría preguntarse a dónde lo llevará esa meta. Y hacia dónde le gustaría seguir una vez que la haya completado.

b) Ejercicio: hoja de metas. (Hayes y Smith, 2013):

Se le entrega una hoja de metas (ver anexo 6) para que desarrolle por escrito lo explicado con anterioridad respecto a los valores las metas y los objetivos a corto plazo. Se repite el proceso hasta que haya conseguido un buen plan de trabajo. Se le pide que piense en lo que le gustaría lograr y establece metas en términos de cómo podrían conectarse de un modo práctico. Establecer metas es una cuestión de funcionalidad. El hacer los objetivos factibles en el contexto de la vida, ayuda a acercarse a llevar una vida valiosa.

2. “HACER EL CAMINO”: ACCIONES COMO PASOS PARA LOGRAR LOS OBJETIVOS. (Hayes y Smith, 2013).

¿Qué vas a hacer al respecto sobre vivir de acuerdo con tus valores? Se le hace ver que: “El saber a dónde quiere ir y el ir no ir allí”, no servirá de mucho.

Después se le pregunta lo siguiente:

- ¿Qué acciones vas a emprender para conseguir tus objetivos?

Y se le pide que elija un objetivo a corto plazo.

a) Ejercicio: alcanzar los objetivos mediante la acción. (Hayes y Smith, 2013).

Una vez que sabe cuáles son sus valores y metas, puede elegir qué pasos dar en primer lugar.

Se le pide que anote uno de sus objetivos a corto plazo de los señalados anteriormente (ver anexo 6). Después de anotarlos, que defina qué acciones específicas necesita emprender para acercarse a él. Asegurándose de que sean acciones que sea capaz de llevar a cabo realmente.

Por ejemplo: “hacer amigos” no es una acción concreta; llamar por teléfono a alguien” es mejor, pero aún resulta vago. “Llamar a “Ana” es una acción concreta. Tiene un principio y un final, una forma y contexto específico. Es recomendable incluir, al menos, una cosa que pueda realizar hoy mismo.

Se debe procurar escribir suficientes acciones y pasos secundarios de manera que, si las pusiera en marcha, alcanzara su objetivo con mucha probabilidad o incluso con toda certeza.

Se le pregunta lo siguiente:

- ¿Qué podrías hacer ahora mismo de todo lo que está escrito en tu lista?

b) Ejercicio: barreras esperables (Hayes y Smith, 2013).

Lograr un plan de acción no es tan sencillo ya que surgen obstáculos. Algunos surgen en forma de problemas prácticos. Pero lo más importante es que las barreras surgirán en forma de vivencias que has estado evitando o en pensamientos a los que has estado fusionado.

Se le pide que se centre en una acción concreta que podría llevar a cabo hoy mismo y hacia la que nota que experimenta cierta resistencia. Se le cuestiona lo siguiente: “Si fueras a realizarla ahora mismo ¿Qué te detendría (pensamientos, sentimientos, creencias, etc.)? Localiza los pensamientos, sentimientos, recuerdos o impulsos que te surgirían.

Se le pide que mantenga el propósito de hacer el ejercicio y anota cada obstáculo que haya identificado y que registre en una forma (ver anexo 6), los obstáculos que piensa que podrían interferir con la obtención de sus metas, así como una estrategia para hacer frente a éstos. Se le hace ver que no trate de librarse de la barrera, lo que debe hacer es sitio para las vivencias psicológicas que han estado deteniendo la acción a favor de sus propios intereses.

3. ESTABLECER MODELOS DE ACCIÓN EFICAZ. (Hayes y Smith, 2013).

Muchos de los problemas que generan sufrimiento son en general una cuestión de autocontrol. La evitación y la fusión generan pautas que solo están al servicio de intereses a corto plazo y no fortalecen los intereses a largo plazo. A continuación, se va a explorar cómo establecer pautas más sólidas, así como qué barreras que podrían surgir.

a) Establecer pautas consistentes (Hayes y Smith, 2013).

En cada momento, se está estableciendo una pauta de comportamiento. Lo que ayuda a establecer pautas sólidas al servicio de los intereses propios es reconocer tales pautas en el momento en el que están teniendo lugar. Se le ayuda a reconocer al estudiante si pudiera estar presentando la siguiente pauta, que suele ser común:

- Hacer un compromiso-romper el compromiso

Se le explica que ese podría explicar el motivo de que siga rompiendo sus propósitos.

Pero también podría estar iniciando otras pautas:

- Hacer un compromiso-romper el compromiso- abandonar el compromiso.

O quizá funcione así:

- Hacer un compromiso- romper el compromiso- abandonar el compromiso- sentirse mal por abandonar el compromiso- Temer hacer nuevos compromisos- Dejar de hacer compromisos.

Se le pide que reflexione sobre cómo dichas pautas de conducta ya están totalmente formadas. Y se le pide que observe cómo se forma el molde de su comportamiento. También se le hace ver que en cada momento se están formando.

Se le hace ver que, si quiere que sea diferente, tendrá que producir una conducta diferente. Y se le explica que tiene la posibilidad de organizar una pauta distinta:

Hacer un compromiso- Romper el compromiso- Mantener el compromiso.

Si dicha pauta se consolida, podrá reducir aún más el espacio que corresponde al eslabón intermedio y así aproximarse a la pauta de mantener el compromiso. Si solo se producen unas

cuantas “rupturas”, podrá eliminarlas gradualmente. Es importante mencionarle que tal vez no logre eliminarlas por completo, pero le dará más seguridad para lograr metas a largo plazo.

El proceso de establecer pautas de conducta implica darse cuenta de qué pauta está utilizando y asumir la responsabilidad de establecer otras más firmes que vayan en la dirección de los intereses más importantes.

EJERCICIO DE TAREA COMO CRITERIO DE CAMBIO:

1. El plan de acción y disposición. (Harris, 2009). Para reducir las barreras psicológicas que podrían presentarse al cumplir ciertas metas, se le deja de tarea que desarrolle el plan de acción y de disposición en una forma (ver anexo 6). Primero se les pide especificar valores, metas y acciones. Después que describa que barreras podrían presentarse para el cumplimiento de éstos. De esta forma se aumentan las posibilidades de respuesta, utilizando la aceptación y la defusión.

Después se dividen los objetivos en pasos factibles, además se integra una sección para cualquier “auto-dialogo” que les pudiera servir.

PLANEACIÓN

1. CONCLUSIÓN. (Hayes y Smith, 2013).

A forma de conclusión, se le pide al estudiante que reflexione sobre lo siguiente:

“Hay cosas que tú no has elegido, pero que suceden”. Por ejemplo, un accidente, la pérdida de un ser querido o una enfermedad te pueden poner frente a sentimiento de pérdida. Pero aun así tienes la capacidad de responder.

Las consecuencias para tu vida se derivan de las acciones que tú emprendas y, más en concreto, de las acciones que hemos estado discutiendo.

Sólo tú puedes comprometerte con la aceptación o con la evitación. Con la fusión o la defusión; Con vivir en tu cabeza o vivir en el presente. Nadie más que tú puede decidir tus valores. Es como si hubiera un cruce central en la carretera. Tú debes decidir qué camino seguir. La ruta menos transitada, es la de la izquierda, es la de la aceptación, la consciencia, la defusión y de los valores. En el camino hacia la derecha: los problemas son viejos y familiares. Hacia la izquierda: nuevos y más desafiantes. Ambas rutas llevan a lugares distintos.

Imagina que empiezas justo en el centro, con tus problemas. Si mueves el volante hacia la izquierda entras en el ciclo de la aceptación y el compromiso. Si vas hacia la derecha, entras en el ciclo del control y la evitación.”

Después se entrega una hoja con el ciclo de evitación y aceptación (Hayes y Smith, 2013). (Ver anexo 7). Y se le pide que reflexione sobre lo siguiente:

“En el ciclo del control y la evitación, la vida se centra en lo que te dicen tus pensamientos, emociones, recuerdos, vivencias en general. Tú te quedas enredado en las predicciones y evaluaciones. Empiezas a hacer lo que tus pensamientos, sentimientos, etc. te dicen que hagas, incluso aunque ya hayas intentado eso antes y no haya funcionado. Te diriges al control y a la evitación, todo es predecible, te sientes aliviado. Ya conoces esa ruta y al menos has conseguido sobrevivir”.

Se realizan las siguientes preguntas:

- ¿Hasta cuándo va a durar este ciclo?

- Piensa en los problemas con los que estas luchando ¿cuándo empezaron?

Se le hace reflexionar sobre lo siguiente:

*“Date cuenta de que la presencia de problemas y quizá su frecuencia o intensidad podría ser la misma o incluso mayor si entras en el **ciclo de la aceptación y el compromiso**. Lo que es distinto es que en el espiral que va hacia la izquierda, tú sales de tu “mente” y entras en tu vida. En la espiral de la derecha, te hundes en la guerra mental del sufrimiento”.*

2. SUPERAR OBSTÁCULOS (Harris, 2009).

Posteriormente, se le hace ver que después de clarificar cuáles son sus valores y desarrollar una serie de metas para acercarse a estos, podrían presentarse ciertas barreras. (Harris, 2009)

Se le hace ver cuatro barreras comunes que podrían interferir:

- Fusión
- Metas excesivas
- Evitar el malestar
- Lejanía de los valores

Se le pide que, con base a lo anterior, escriba en pocas palabras cualquier situación que podría obstaculizarlo.

Después en cada respuesta, se le pide que la etiquete con las letras F; M, E o L, dependiendo lo que describa mejor el tipo de barrera que es.

F: fusión (“Voy a fallar”, “Es muy difícil”, “Lo haré después”, “No puedo hacer esto”).

M: Metas excesivas (la meta es muy grande, falta de habilidades, tiempo, dinero, salud):

E: evitación del malestar (falta de disposición para aceptar la ansiedad, frustración, miedo a fallar y otros pensamientos y emociones incómodas).

Lejanía de los valores: (Olvidar o perder contacto con los valores que subyacen a las metas).

Dependiendo de cada barrera, una por una, debe encontrar una estrategia que le sea útil para hacer frente al obstáculo. Utilizando la defusión, aceptación de la incomodidad, metas realistas y acercamiento a los valores. Con base a dichas estrategias, se le pide que escriba debajo cómo podría responder a las barreras (Ver anexo 7).

Referencias.

- Biglan, A., Hayes, S.C & Pistorello, J. (2008). Acceptance and Commitment: Implications for prevention science. *Prevention Science*, 9,139-152.
- Boone, M.C. (2013). Acceptance and commitment therapy (ACT) : process and application. En Pistorello, J (Ed), *Mindfulness and acceptance for counseling college students: Theory and Practical applications for intervention, prevention an outreach*. Oakland, California: New Harbinger Publications.
- Harris, R (2009). *Act made simple: An easy to read primer on acceptance and commitment therapy*. Oakland, California: New Harbinger Publications.
- Hayes, S. C., Strosahl, K.D., & Wilson, K (2012). *Acceptance and commitment therapy. The process and practice of mindful change. 2da edición*. Nueva York, Estados Unidos: The Guilford Press.

Hayes, S.C & Smith, S (2013). *Sal de tu mente, entra en tu vida. La nueva terapia de aceptación y compromiso*. España: Desclée De Brouwer.

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: 1-25.

Posteriormente, escribe todo lo que has tratado de hacer con dichas emociones y pensamientos:

Distracciones: Decidir quitar (dejar, evitar, procrastinar o abandonar):

Pensar (resolver problemas, pensar positivo, fantasear, preocuparse, autocriticarse, culpar a otros):

Uso de sustancias, autolesiones (comer en exceso, automedicación, alcohol, cigarro):

Preguntas:

¿Dichas estrategias te ayudaron a deshacerte de los pensamientos y emociones problemáticos a largo plazo y estos nunca regresaron?

Cuando usas esas estrategias de forma excesiva, rígida o inapropiada. ¿Qué costos tiene para ti en términos de salud, vitalidad, energía, relaciones, trabajo, tiempo libre, dinero, oportunidades perdidas, tiempo perdido, dolor emocional?

ACEPTACIÓN DE EMOCIONES (Harris, 2009).

1. **El científico curioso:** Date cuenta dónde estás sintiendo la emoción en tu cuerpo. Acércate a esta parte de tu cuerpo. Obsérvalo como si fueras un científico curioso, que nunca ha encontrado nada como eso. ¿Cuáles son los bordes? ¿Dónde empieza y termina? ¿Se está moviendo o está quieto?
2. **Respirar:** Así como estás observado la emoción, respira en dicha emoción. Esto como si tu respiración fluyera en ella y alrededor de ella.
3. **Expandir:** Y así como estás respirando en ésta, imagina que mágicamente, se abre un espacio dentro de ti. Se abre en torno a dicho sentimiento o emoción. Has espacio para ese sentimiento o emoción. Amplia a su alrededor. Es como si algo dentro de ti se expandiera para darle espacio.
4. **Permitiendo:** Ve si se puede permitir que el sentimiento o emoción permanezca ahí. Sin que necesariamente te guste o lo quieras, simplemente permitirlo.
5. **Fiscalización:** Imagina que ese sentimiento o emoción es un objeto.
 - ¿Es líquido, sólido o gaseoso?
 - ¿Qué tan grande es? ¿Es ligero o pesado?
 - ¿Qué temperatura tiene?
 - ¿Está en la superficie o dentro de ti?
 - ¿Qué color tiene?
 - ¿Es transparente u opaco?
 - ¿Cómo se siente la superficie?, ¿fría?, ¿caliente?, ¿áspera o lisa?, ¿húmeda o mojada?
6. **Normalización:** Dichas emociones o sentimientos te indican que eres un ser humano normal que tiene un corazón y que cuida de éste. Y que hay cosas en la vida que te importan y esto es lo que los humanos sienten cuando hay una distancia entre las cosas que les importan y donde están ahora. Cuanto mayor es la brecha, mayor es el sentimiento.
7. **Autocompasión:** Toma una de tus manos y pásala por esa parte de tu cuerpo donde sientes la emoción o el sentimiento e imagina que es una mano “sanadora” de un amigo cariñoso o un padre o una enfermera y siente la calidez de su mano en tu cuerpo, no para deshacerse del sentimiento, pero si para hacer espacio para éste, para suavizarlo. Sostente este sentimiento suavemente como si fuera un bebé llorando o un cachorro asustado.

¿En qué situaciones pusiste en práctica las estrategias de aceptación de emociones?

¿Pudiste permitir que las emociones surgieran sin intentos por evitar o escapar de éstas?

ANEXO 3**Ejercicio: Explorar la diferencia entre descripciones y evaluaciones**

A continuación, anota los atributos de un árbol:

ATRIBUTOS PRIMARIOS (DESCRIPCIONES)	ATRIBUTOS SECUNDARIOS (EVALUACIONES)

Primarios (hojas, color, etc.).

Secundarios (feo, estorboso, hermoso).

Ahora intenta distinguir la diferencia entre los atributos primarios y secundarios de alguna situación que actualmente consideres dolorosa.

Experiencia dolorosa:

ATRIBUTOS PRIMARIOS (DESCRIPCIONES)	ATRIBUTOS SECUNDARIOS (EVALUACIONES)

TAREA: PONER EN PRÁCTICA LA DEFUSION

a) Diferencias entre descripciones y evaluaciones.

De acuerdo con el ejercicio realizado en sesión, intenta distinguir la diferencia entre los atributos primarios (descripciones) y secundarios (evaluaciones) de alguna (s) situación que consideres dolorosa (s). Recuerda que las **descripciones** se refieren a lo observable, es decir los datos objetivos. Mientras que las **evaluaciones** son juicios que realizamos como bueno o malo, soportable o insoportable.

Anota tu experiencia emocional dolorosa aquí_____.

Realice una lista de los atributos de tal experiencia:

ATRIBUTOS PRIMARIOS (DESCRIPCIONES)	ATRIBUTOS SECUNDARIOS (EVALUACIONES)

b) Etiquetar las experiencias personales (Hayes y Smith, 2013).

De acuerdo con el ejercicio realizado en la sesión sobre etiquetar pensamientos, ponlo en práctica en cuantos empieces a lidiar con pensamientos difíciles y necesites poner cierta distancia a tal pensamiento. Tales como: “no puedo”, “son incapaz”, “jamás podré lograrlo”, “esto es insoportable”. ¡Si puedes dílos en voz alta!

Por ejemplo, si estás pensando que no terminarás la tarea que tienes para hoy, en lugar de decir: “No terminaré la tarea para hoy”, añade una etiqueta: “estoy teniendo el pensamiento de que no terminaré la tarea para hoy.” Si te sientes triste, toma nota diciéndote para ti: “Estoy teniendo el sentimiento de tristeza.”

Toma en cuenta el siguiente formato:

- Estoy teniendo el pensamiento de que...
- Estoy teniendo el sentimiento de que....
- Estoy teniendo la sensación corporal de que ...
- Estoy sintiendo el impulso de....

Anota al reverso de la hoja con qué tipo de pensamientos lo llevaste a cabo y ¿qué tan útil fue en una escala del 1 al 10?

TÉCNICAS DE DEFUSIÓN (Hayes y Smith, 2013).

Objeto externo	Tratar a los pensamientos como un objeto externo, casi independiente de uno. Ejemplo: “bien aquí están mis pensamientos otra vez” o “mi mente se está preocupando de nuevo”.
Cortesía mental	Darle las gracias a la “mente” cada vez que se entrometa con preocupaciones y opiniones; mostrarse muy cortés con ella por sus sugerencias. Ejemplo: “Estás haciendo un gran trabajo de preocupación hoy, gracias por la sugerencia, gracias por la idea”.
Compromiso de abrirte	Al notar que se empieza a luchar internamente cuando aparecen contenidos negativos, preguntarse: ¿Puedo aceptar ese contenido negativo? y tratar de conseguir un “sí.”
Simplemente, darse por enterado	Utilizar el lenguaje de observación (recibido) cuando se trate experiencias internas. Por ejemplo: “me estoy dando cuenta de que, en este momento, me estoy juzgando”.
“Asumir” los pensamientos	Utilizar un lenguaje activo para diferenciar entre los pensamientos que están teniendo lugar y los pensamientos a los que uno se está aferrando. Ejemplo: “Creo que estoy asumiendo el pensamiento de que soy malo”
Los pensamientos no son causas	Si un pensamiento parece que se convierte en una barrera para la acción, preguntarse a sí mismo: “¿Será posible mantener este pensamiento como tal pensamiento y, sin embargo, hacer X? Se anima a que lo intenten, es decir mantener deliberadamente el pensamiento mientras hacen aquello que su pensamiento intentaba impedir.
¿Cuántos años tiene esto? ¿Es como tú?	Cuando surge un pensamiento y se cree al pie de la letra, preguntarse: “¿Cuántos años tiene este patrón de pensamientos? O “¿es tan viejo como yo?”
¿Y cómo me ha funcionado?	Cuando se está aferrado a un pensamiento, preguntarse: “¿Cómo me ha funcionado esto?” Y si no ha funcionado bien preguntarse: “¿Por quién debería guiarme, por mí, el contenido de mis pensamientos, o por mi experiencia?”
Llevar tarjetas	Anotar pensamientos problemáticos en tarjetas y llevarlas a todos lados. Utilizar esta práctica como una metáfora de la posibilidad de ir cargando con situaciones problemáticas sin perder la capacidad de controlar su vida.
Llevar las llaves	Asignar pensamientos y experiencias problemáticos a las llaves. Luego, pensar en el pensamiento como tal pensamiento, cada vez que utilices las llaves. Sigue adelante llevando tus llaves y tus pensamientos.
“Trabajabilidad”	Si dejas que ese pensamiento te dicte que hacer, ¿Cómo funcionaría a largo plazo? ¿Te ayudará a crear una vida rica, plena y con significado?
Darse cuenta	Si tú te crees esos pensamientos, o les das toda tu atención, ¿Cómo cambiaría tu comportamiento? ¿Qué empezarías o dejarías de hacer cuando aparecen?

ANEXO 4

Ejercicio: Reinterpretar la propia historia.

1. De acuerdo con el ejercicio realizado en la sesión, escribe la historia de alguna otra situación difícil por la que estás pasando o alguna que ya pasó pero que aún te afecte; es decir los eventos clave que conforman dicha situación. Escribe tal como lo hubieras hecho antes de iniciar terapia. Describe las razones que justifiquen tu sufrimiento ante esa situación.
2. Después subraya los **HECHOS** (es decir las descripciones), tienen que ver con los datos objetivos. Por ejemplo: “tuve un ataque de pánico mientras exponía en clase”.
3. Posteriormente circula todas las reacciones psicológicas como pensamientos, sentimientos, emociones, recuerdos, impulsos, sensaciones, disposiciones, tales como: “Yo pensé que iba a morir”.
4. En seguida, escribe la historia una vez más con todo lo subrayado y circulado.
5. Posteriormente, escribe otra historia utilizando los eventos subrayados, pero con reacciones psicológicas diferentes o evaluaciones diferentes.

Ejercicio: Aquí van tus pensamientos.

1. Ahora aquí viene tu “mente” zumbando, debatiendo y analizando, deja que haga eso de nuevo. Date cuenta de dónde están tus pensamientos, ¿son imágenes o palabras? ¿Se mueven o están quietos? Aquí vienen tus pensamientos, y tú estás observándolos. Tus pensamientos cambian. Pero tú que los observas, que eres el observador no cambias.
2. Date cuenta de la forma de estos pensamientos: ¿Son imágenes, palabras o sonidos? Y ahora date cuenta ¿se están moviendo o están quietos?
3. Ponte en una posición cómoda y cierra los ojos. Ahora date cuenta, ¿dónde están tus pensamientos? ¿Dónde están situados? ¿Encima de ti? ¿Delante de ti? ¿Atrás de ti? ¿A tu lado?

4. Y sí se están moviendo, ¿a qué velocidad y en qué dirección? Nota que hay dos procesos separados aquí: hay un proceso de pensar. La parte que piensa contiene todas esas palabras e imágenes. Pero hay otro proceso, el de darse cuenta. Esta es tu parte observadora, la cual se da cuenta de todos esos pensamientos.

- ¿Pudiste notar que una parte de ti es la que piensa y otra es la parte observadora?
- ¿Pudiste observar tus pensamientos?
- ¿Te diste cuenta de que el contenido de estos va cambiando, pero tu parte observadora es siempre la misma?

ANEXO 5

EJERCICIOS DE TAREA DE ATENCIÓN PLENA

CAMINAR EN SILENCIO

Dedica diez minutos a caminar en silencio.

Puedes caminar en círculo, alrededor de tu patio o también puede hacerlo alrededor de tu casa o dar un paseo por el vecindario.

Trata de permanecer en silencio durante todo el paseo de modo que puedas “escuchar” el contenido de tus pensamientos.

Cuando notes que tu atención se queda fijada en algún objeto concreto del entorno, en algún pensamiento o en alguna sensación de tu cuerpo, trata de decirlo en voz alta o al menos procura tener consciencia de éste. El propósito es ayudarte a que te desconectes de tus pensamientos.

COMER CONSCIENTEMENTE

En muchas culturas se presta demasiada atención a lo que se come.

El hacerte consciente del acto de comer es un modo excelente de centrar la atención al momento presente. No importa si le gusta la actividad de comer, lo importante es practicar la atención al momento presente.

Reserva un tiempo extra en la próxima comida y compruébalo.

Efectúa tu comida despacio. Tomándote el tiempo necesario para ejecutar cada acción y así percibir dicha experiencia a medida que se realiza.

Posteriormente, contesta las siguientes preguntas:

- ¿Descubres que aparecen determinados pensamiento o sensaciones durante la comida?
- ¿Estás comiendo con un amigo o con tu pareja?
- ¿Estás comiendo solo o sola? Podría ser interesante observar tu mente mientras te relacionas con la gente que está comiendo.

ATENCIÓN PLENA EN LA RUTINA DE LA MAÑANA

Elige una actividad que constituya parte de tu rutina diaria, como cepillarte los dientes, afeitarte, tender la cama o tomar un baño.

Cuando realices alguna actividad cotidiana, centra la atención completamente en lo que estás haciendo: los movimientos del cuerpo, las sensaciones, el sabor, los sonidos, los gestos. Date cuenta de lo que está pasando en ese momento con una actitud de apertura y curiosidad.

¿Pudiste estar más atento a lo que ocurre a tu alrededor en el momento presente?

¿Qué tanto estabas enfocado en la actividad de tarea y qué tanto te distraías?

¿Qué tanto te ayudaron las actividades para no estar pensando en futuro y pasado?

ANEXO 6

EJERCICIO: TIRO AL BLANCO (Harris, 2009).

TUS VALORES: ¿Qué es lo que realmente importa para ti? ¿Qué es lo que quieres hacer con tu tiempo? ¿Qué tipo de persona quieres ser? ¿Qué fortalezas personales o cualidades quieres desarrollar?

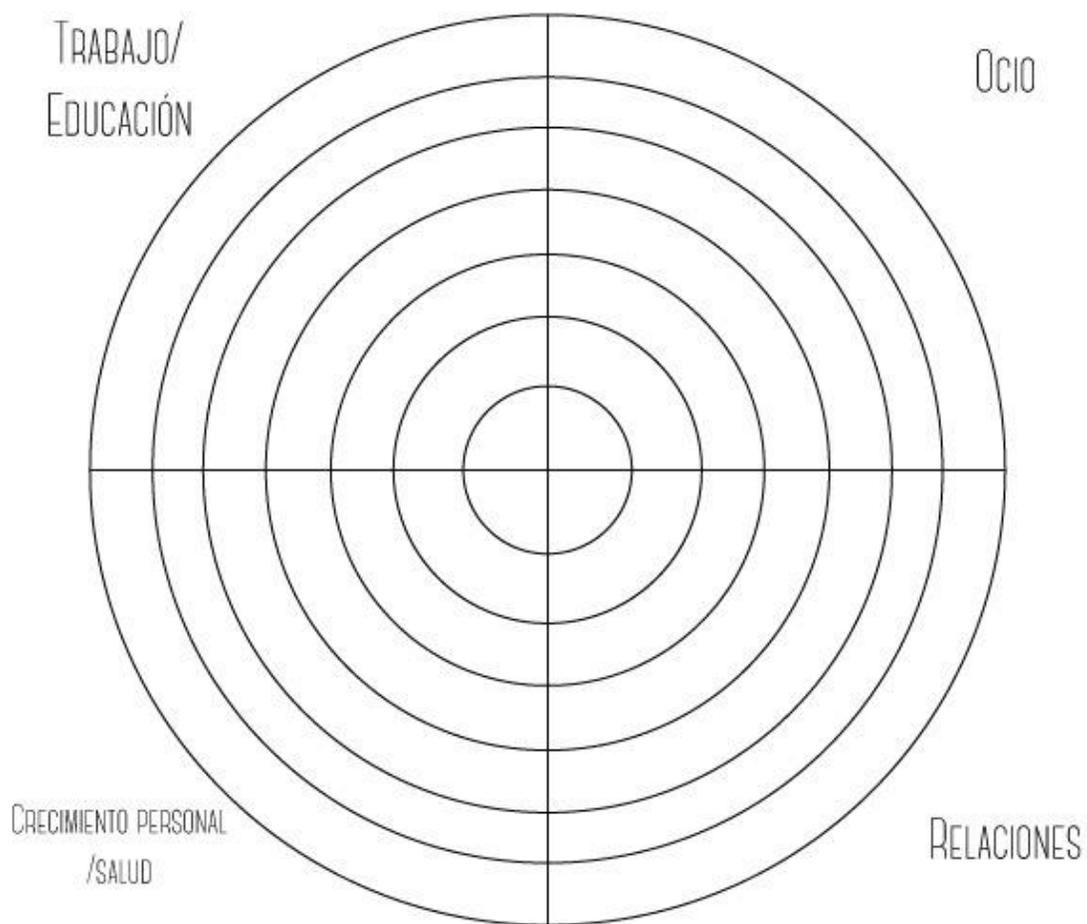
1. Trabajo / Educación: incluye lugar de trabajo, carrera, educación, habilidades a desarrollar, etc.

2. Relaciones: Incluye tu pareja, hijos, padres, amigos, colegas y contacto social.

3. Crecimiento personal / salud: podría incluir religión, espiritualidad, creatividad, habilidades para la vida, meditación, yoga, naturaleza, ejercicio, nutrición y/o direccionamiento de factores de riesgo para la salud como fumar, alcohol, drogas o comer en exceso.

4. Ocio: la forma de jugar, relajación, estimulación o disfrutarse a uno mismo; actividades para descansar, recreación, diversión y creatividad.

Señala con una X sobre cada área del siguiente tablero, para representar donde tú encuentras el día de hoy respecto a tus valores. Es importante tomar en cuenta que el centro significa que estás viviendo de acuerdo con tus valores, mientras más lejos del centro, estás viviendo de una forma inconsistente con tus valores.



EJERCICIO: LA BRÚJULA DE LA VIDA. (Modificado de Harris, 2009).

En cada cuadro, escribe unas cuantas palabras clave sobre lo que es importante y significativo para ti en la vida. ¿Qué tipo de persona quieres ser? ¿Qué cualidades quieres cultivar? ¿Qué quieres hacer? ¿Cómo te quieres comportar? Si algún cuadro te parece irrelevante, no hay problema, déjalo en blanco. Si te quedas “atrapado” en algún recuadro, pasa al siguiente y regresa a él después.

<p>Paternidad</p>	<p>Crecimiento Personal</p>	<p>Tiempo Libre</p>	<p>Espiritualidad</p>
<p>Salud</p>	<p>Escuela</p>	<p>Trabajo</p>	<p>Medio Ambiente</p>
<p>Relaciones Familiares</p>	<p>Relaciones Intimas</p>	<p>Relaciones Sociales</p>	

Una vez que hayas terminado, marca en el cuadro de la parte superior en una escala del 1 al 10, que tan importantes son esos valores para ti, en este punto de tu vida:

0= no tiene importancia, mientras, 10= extremadamente importante. (No importa si varios cuadros tienen la misma puntuación).

Finalmente, en el cuadro de la parte inferior, marca en una escala del 0-10 qué tanto estás viviendo de acuerdo con esos valores actualmente.

0 = de ningún modo, mientras 10 = estar viviendo de acuerdo con éstos.

EJERCICIOS DE TAREA: VALORES (Harris, 2009).

FORTALEZAS: Con la finalidad de que tengas consciencia sobre cuáles son los aspectos positivos que podrían ayudarte a acercarte a tus valores, contesta lo siguiente:

- ¿Qué fortalezas y cualidades posees?
- ¿Cuáles te gustaría desarrollar?
- ¿Cómo podrías aplicarlas?

MODELOS QUE SEGUIR

Escribe en una hoja sobre alguien a quien admires. Siguiendo estas preguntas:

- ¿A quién admiras? ¿Quién te inspira?
- ¿Qué cualidades o fortalezas tiene esa persona?

ANEXO 7

Ejercicio: Hoja de metas (Hayes y Smith, 2013).

Valor _____

Este valor se pondrá de manifiesto en el siguiente OBJETIVO A LARGO PLAZO:

1. _____

Que, a su vez, irá concordando en estos OBJETIVOS A CORTO PLAZO:

1. _____

2. _____

3. _____

Este valor se pondrá de manifiesto en el siguiente OBJETIVO A LARGO PLAZO:

1. _____

Que, a su vez, se irá concordando en estos OBJETIVOS A CORTO PLAZO:

1. _____

2. _____

3. _____

EJERCICIO: ACCIONES PARA LOGRAR OBJETIVOS.

Objetivo a corto plazo:

Acciones principales y pasos secundarios:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

EJERCICIO: EL PLAN DE LA DISPOSICIÓN Y DE LA ACCIÓN (HARRIS, 2009).

Mi meta es (especifica):

Los valores que guían mi meta son:

Las acciones que tomaré para lograr dicho objetivo son:

Los pensamientos, recuerdos, sentimientos, impulsos los cuales estaré dispuesto a aceptar para conseguir mi meta son:

Pensamientos / recuerdos:

Emociones:

Sensaciones:

Impulsos:

Esto podría ser útil recordarme a mí mismo:

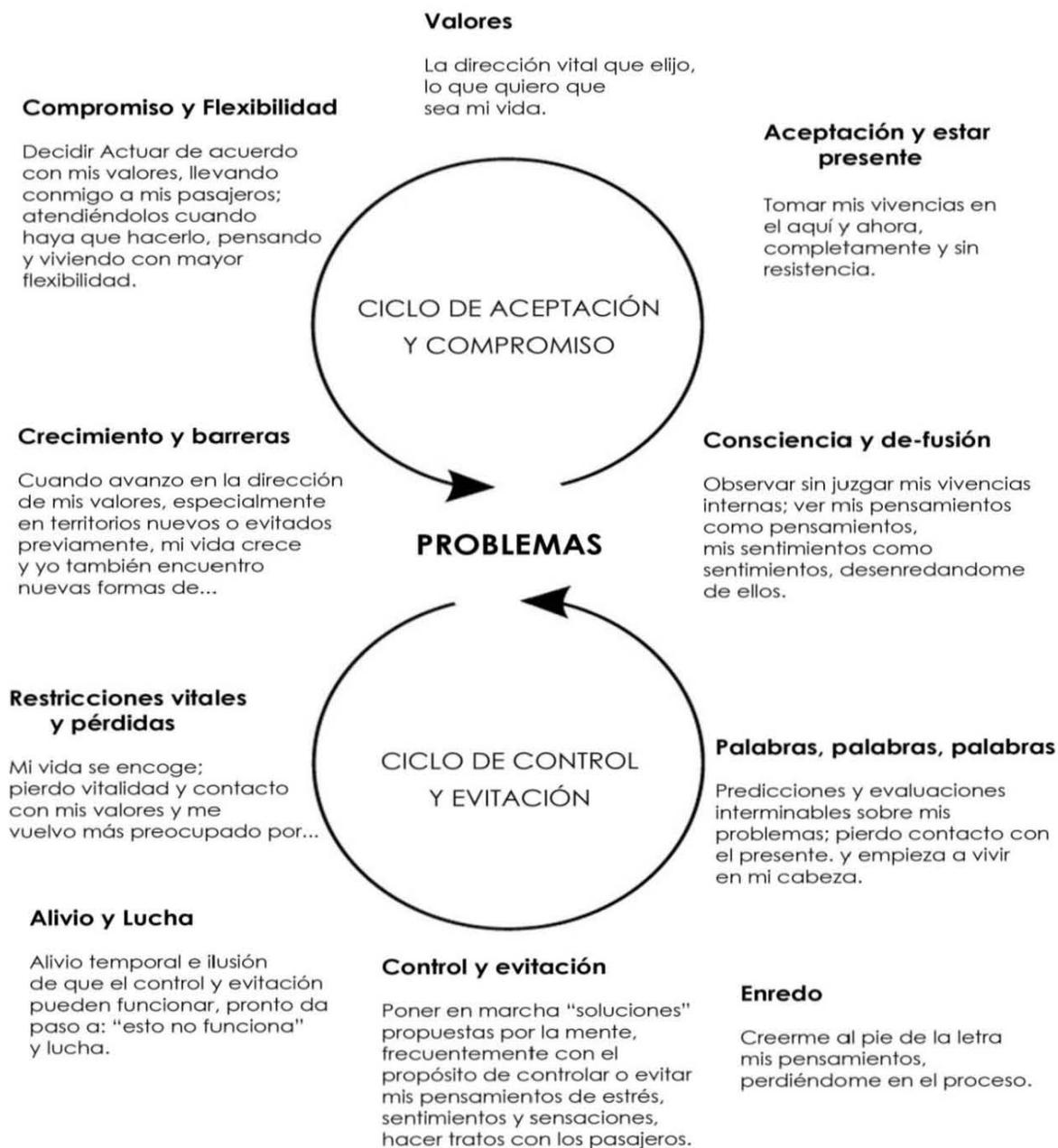
Si es necesario, puedo “romper esta meta en metas pequeñas, como:

El paso más pequeño, más fácil con el que puedo empezar es:

El tiempo, día y fecha que realizaré el primer paso es:

ANEXO 8

Ciclo de evitación y aceptación (Hayes y Smith, 2013).



EJERCICIO: SUPERAR OBSTÁCULOS (HARRIS, 2009)

Después de clarificar cuáles son tus valores y desarrollar una serie de metas para acercarte a estos, podrían presentarse ciertas barreras. Existen cuatro barreras que podrían frenarte:

- Fusión
- Metas excesivas
- Evitar el malestar
- Lejanía de los valores

Con base a lo anterior, escribe en pocas palabras cualquier situación que podría obstaculizar:

1)

2)

3)

4)

5)

Después por cada respuesta, etiqueta con las letras F; M, E o L, dependiendo lo que describa mejor el tipo de barrera que es.

F: Fusión (“Voy a fallar”, “Es muy difícil”, “Lo haré después”, “No puedo hacer esto”).

M: Metas excesivas (la meta es muy grande, falta de habilidades, tiempo, dinero, salud):

E: evitación del malestar (falta de disposición para aceptar la ansiedad, frustración, miedo a fallar y otros pensamientos y emociones incómodas).

L: Lejanía de los valores (Olvidar o perder contacto con los valores que subyacen a las metas).

Dependiendo de cada barrera, una por una, encuentra una estrategia que te podría ser útil para hacer frente a éstas.

Utilizando la defusión, aceptación de la incomodidad, metas realistas y acercamiento a los valores. Escribe debajo cómo podrías responder a las barreras:

1)

2)

3)

4)

5)