



**UNIVERSIDAD DE JAÉN**  
*Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación*

Trabajo Fin de Grado

**Aplicación de la Terapia  
de Aceptación y  
Compromiso (ACT) al  
duelo**

**Alumno/a: Ana Campos Pedrosa**

Tutor/a: Prof. D<sup>a</sup>. Mónica Hernández López  
Dpto: Psicología

**Julio, 2017**

## ÍNDICE

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE .....	2
1. INTRODUCCIÓN .....	3
2. EL DUELO: CONCEPTO, MODELOS Y MANIFESTACIONES HABITUALES.....	3
2.1. El duelo complicado .....	7
2.2. Intervenciones comunes en duelo .....	8
2.3. Terapias de tercera generación como alternativa.....	10
2.3.1. La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) .....	12
2.3.2. La ACT y su aplicación al duelo .....	15
3. PROPUESTA DE APLICACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN BASADA EN ACT PARA DUELO .....	17
3.1. Participantes .....	17
3.2. Materiales e instrumentos .....	18
3.3. Recursos .....	19
3.4. Procedimiento .....	19
4. CONCLUSIONES .....	23
5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	24

## RESUMEN

A lo largo de la vida todas las personas sufren la pérdida de algún ser querido y, aunque en la mayoría de los casos el duelo se logra superar con el tiempo, en otras ocasiones se vuelve complicado y es necesario la ayuda psicológica. El objetivo de este trabajo se ha basado en la revisión de los distintos modelos y manifestaciones que se producen durante el proceso de la pérdida, así como el análisis de la evolución que han presentado las terapias de conducta. A pesar de que este proceso ha sido investigado desde múltiples perspectivas psicológicas apenas se han realizado análisis desde las terapias de tercera generación; por ello, en este estudio se ha llevado a cabo una revisión de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), proponiendo además una intervención para el caso del duelo.

**PALABRAS CLAVE:** duelo, Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), pérdida, evitación experiencial.

## ABSTRACT

Throughout the life all the people suffer the loss of some loved one and, although in the majority of cases the mourning is managed to overcome with the time, in other occasions becomes complicated and the psychological aid is necessary. The objective of this study was based on the review of the different models and manifestations that occur during the loss process, as well as the analysis of the evolution of behavioral therapies. Although this process has been investigated from multiple psychological perspectives, there has been scarcely any analysis since third generation therapies; Therefore, in this study, a review of the Acceptance and Commitment Therapy (ACT) has been carried out, also proposing an intervention for the case of mourning.

**KEY WORDS:** grief, Acceptance and Commitment Therapy (ACT), loss, experiential avoidance.

## 1. INTRODUCCIÓN

A lo largo de la vida, todos los humanos sufren el duelo por la pérdida de algún ser querido y esta experiencia conlleva un sufrimiento casi inevitable. A pesar de la dificultad emocional que conlleva una pérdida, en la mayoría de los casos las personas afrontan un proceso de duelo “normal” en el que gradualmente se va aceptando la pérdida, y que en algunos casos supone incluso una oportunidad de crecimiento personal (Gil-Juliá, Bellver y Ballester, 2008 y Howarth, 2011).

La pérdida es un fenómeno universal pero la forma de responder ante ella puede ser muy diferente, encontrándose distintos grados de manifestaciones de dolor y distintos niveles de duración, además de diversos rangos de manifestaciones que pueden ir desde la depresión a la rabia o la evitación (Howarth, 2011).

Desde siempre, para poder superar una pérdida se ha realizado la elaboración del duelo, y para ello la gente se ha apoyado en los recursos y los medios de los que disponían en cada momento, como la familia y los amigos. En la actualidad, aunque la mayoría de las personas afrontan el duelo de manera saludable y sin ningún tipo de complicación, existen una amplia gama de medios y terapias diferentes para poder afrontarlo cuando este se complica; haciendo además que este tema suscite un gran interés por parte de los profesionales que tratan temas relacionados con la muerte y, con ello, aumentando la inquietud por el tema del duelo (Worden, 2016).

A lo largo de esta revisión bibliográfica, se analizará el duelo describiendo sus principales manifestaciones y modelos explicativos, así como algunas de las intervenciones más habituales que se han llevado a cabo para el trastorno por duelo. Por último, se llevará a cabo una propuesta de intervención desde el enfoque de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT).

## 2. EL DUELO: CONCEPTO, MODELOS Y MANIFESTACIONES HABITUALES

La palabra “duelo” proviene del término latino “dolus” que significa dolor (Gil-Juliá, Bellver y Ballester, 2008). A pesar de ser un tema que ha sido estudiado de manera extensa aún no hay acuerdo sobre una definición exacta de duelo.

Echeburúa (2005) define el duelo como:

“El conjunto de reacciones de tipo físico, emocional y social que se producen por el fallecimiento de una persona próxima y que pueden oscilar desde un sentimiento

transitorio de tristeza hasta una sensación de desgarramiento y desolación completa que, en los casos más graves, puede durar años e incluso toda la vida. (p.340)”

Por otro lado, autores como Brown y Goodman (2005) definen el duelo como:

“La experiencia de haber perdido a un ser querido hasta la muerte. La expresión del duelo se manifiesta a través del dolor en forma de reacciones emocionales, psicológicas, cognitivas y conductuales y mostrando el luto como la práctica cultural a través de la cual se expresan el duelo y la aflicción. (p.248)”

Según lo anterior, Bayés (2001) considera que los componentes que se presentan ante duelo normal serían:

- a) Una reacción universal ante la pérdida debido a que en todas las culturas se manifiesta aunque se presente de forma diferente.
- b) Sufrimiento expresado en forma de comportamientos activos o pasivos.
- c) Posible afectación negativa a la salud de quien lo padece.

Otros autores como Worden (2016) proponen una lista de conductas normales que se suelen dar en el duelo. Este autor los divide en cuatro categorías: sentimientos, sensaciones físicas, cogniciones y conductas:

- a) En sentimientos incluye aquellos como la tristeza, la ira, la culpa y el remordimiento, la ansiedad, la soledad, la fatiga, el desamparo, el shock, la añoranza, la emancipación, o incluso el alivio o la insensibilidad.
- b) Con respecto a las sensaciones físicas que se producen destaca algunas tan variadas como el vacío en el estómago, la opresión torácica o en la garganta, la hipersensibilidad al ruido, la sensación de despersonalización, la falta de aliento, la debilidad muscular, la apatía o la sequedad bucal.
- c) Pasando a los pensamientos o cogniciones destaca la incredulidad, la confusión, la preocupación, la sensación de presencia, o las alucinaciones.
- d) Con respecto a las conductas más frecuentes que suelen darse, este autor destaca los trastornos del sueño, de alimentación, conductas distraídas, retraimiento, sueños con el fallecido, evitación de recuerdos del fallecido, búsqueda y llamadas en voz alta, suspiros, hiperactividad y agitación, lloros, visitas a lugares que frecuentaba el fallecido, o atesoramiento de objetos que recuerden a la persona fallecida.

Naturalmente una persona no manifestará todas estas reacciones, pero es necesario que se conozca el amplio abanico de manifestaciones para así no patologizar conductas que se pueden considerar normales durante el proceso de duelo (Worden, 2016).

Con respecto a las distintas fases o etapas que atraviesan las personas que se encuentran en un proceso de duelo, existe una gran variedad de clasificaciones según el autor que tomemos por referencia. Según Kübler-Ross (1989) (citado por Gala León et al., 2002, p. 45) las reacciones que se producen durante el proceso de duelo serían:

- a) Embotamiento mental. Esta fase se caracteriza por la presencia de conductas que se realizan de forma automática y por la incapacidad de tomar conciencia sobre la realidad.
- b) Anhelo y búsqueda del referente perdido. Esta etapa se caracteriza por la presencia de sentimientos de culpa, ansiedad, depresión y/o injusticia.
- c) Desorganización y desesperación. Caracterizada por la ruptura de los esquemas habituales que solía presentar el sujeto y por una tendencia a abandonarse.
- d) Reorganización. Esta fase aparece una vez que se superan las anteriores y se caracteriza por la vuelta a llevar una rutina sobre la propia existencia.

Otro autor que ha investigado sobre el tema del duelo es Bowlby (1993). Las etapas o fases que el autor diferencia serían:

- a) Fase de aturdimiento o etapa de shock. Esta etapa destaca por el aturdimiento o la incredulidad que se presenta ante la pérdida. Las reacciones de las personas en esta fase pueden variar dependiendo de cada individuo encontrándose actitudes de incredulidad o, por el contrario, parálisis o inaccesibilidad. El shock es una respuesta adaptativa y un mecanismo protector que permite dar a las personas tiempo para asimilar la información recibida.
- b) Fase de anhelo y búsqueda. Esta fase tiene lugar una vez se toma conciencia de la pérdida y se caracteriza por la necesidad de encuentro con la persona fallecida. Las reacciones de quienes lo sufren son irritabilidad o inquietud lo que puede derivar en baja autoestima, pérdida de seguridad sobre uno mismo o incluso autorreproches.
- c) Fase de desorganización y desesperación. Esta etapa se caracteriza por los sentimientos depresivos y la apatía. Lo más destacable en esta fase es la

asimilación por parte de la persona que sufre el duelo del no retorno del fallecido que se expresa en forma de llanto incontrolado debido al vacío que siente.

- d) Fase de reorganización. En esta fase el individuo va rehaciendo su vida y el duelo va estableciendo nuevos vínculos.

Bowlby (1993) considera que estas etapas no siguen una secuencia fija, lo que significa que no existe un corte claro entre cada una, pudiendo incluso existir fluctuaciones entre ellas.

Otros autores como Worden (2016) consideran que en lugar de fases sería más correcto hablar de tareas a la hora de explicar las etapas por las que atraviesa un sujeto que presenta duelo. Así distingue entre: a) aceptar la pérdida, b) trabajar las emociones y el dolor de la pérdida, c) adaptarse a un medio en el que el ser querido está ausente y d) recolocar emocionalmente al fallecido para así volver a llevar la vida como antes del fallecimiento.

Ante estas fases, que pueden desembocar en un duelo complicado, las terapias y las ayudas que se necesitan deben adaptarse al momento presente (Worden, 2016). Como se ha mencionado anteriormente, la elaboración del propio duelo comienza cuando se toma conciencia de la pérdida. Según algunos autores, el trabajo debe comenzar incluso antes de que se produzca el fallecimiento (Gil-Juliá, Bellver y Ballester, 2008) e irá destinado a la prevención de un posterior duelo complicado. Estos autores proponen las acciones principales sobre las que se debe trabajar:

- a) Identificar las necesidades, dificultades, preocupaciones y temores de la familia para aliviarlos o suprimirlos.
- b) Evaluar y potenciar los recursos de la familia para que se pueda llevar a cabo un adecuado control emocional.
- c) Valorar los factores de riesgo y prevenir las posibles complicaciones ofreciendo alternativas.
- d) Proporcionar información a los familiares.
- e) Ayudar a aceptar el futuro próximo del enfermo.
- f) Mostrar una buena comunicación, tanto verbal como no verbal, con el fin de facilitar las relaciones familiares y la despedida con el ser querido.

Estos mismos autores defienden que tras el fallecimiento también se deben realizar tareas con el principal fin de mantener la estabilidad emocional, sobre todo para

aquellos familiares que presenten mayor riesgo de sufrir un duelo patológico (Gil-Juliá, Bellver y Ballester, 2008). Para ello las principales medidas de prevención que se podrían tomar después del fallecimiento son:

- a) Utilizar técnicas que faciliten la interiorización de que la realidad de la muerte.
- b) Informar sobre el proceso del duelo.
- c) Clarificar las circunstancias de la muerte.
- d) Reforzar la expresión de sentimientos, pensamientos y emociones.
- e) Reforzar el apoyo social mostrado por el entorno.
- f) Ayudar en la búsqueda del sentido y de la muerte.

### 2.1. El duelo complicado

A veces a los individuos que sufren una pérdida les cuesta recomponerse ante ésta, y el curso que sigue el duelo se complica. En los casos en los que esto ocurre, la adaptación del individuo, tanto a la pérdida como a la organización de su propia vida, se vuelve inadecuada (González Castroagudín, et al., 2013).

Con respecto a la epidemiología del trastorno no se han encontrado apenas datos para el problema en concreto. Esto puede deberse a que el duelo suele presentarse en casi todos los casos en los que se produce el fallecimiento de algún ser querido, y sus manifestaciones pueden confundirse con la depresión, la ansiedad o algún otro trastorno del estado de ánimo. Sin embargo, la Fundación Mario Losantos del Campo, una fundación benéfico-particular de carácter asistencial que trabaja para contribuir al desarrollo integral del ser humano mediante acciones específicas centradas en los ámbitos de la salud y la educación, y que además cuentan con intervenciones específicas en duelo, afirma que el 40% de las consultas que reciben se deben a la pérdida de un progenitor, seguido de las consultas por la pérdida de un cónyuge (más de un 25%). El 17% de las consultas se deben a la pérdida de un hijo y, por último, el 10% de las intervenciones sobre duelo las realizan con niños. Además, otro dato a destacar es que, las mujeres buscan más ayuda que los hombres frente a este problema (75% de las pacientes son mujeres) (Díaz, 2017).

En el DSM-V se ha propuesto el trastorno de duelo complejo persistente que se caracteriza por “la pena intensa y persistente y por reacciones de luto” (APA, 2013, p. 172). Este trastorno se incluye dentro de los trastornos relacionados con traumas y



factores de estrés y, en concreto, dentro del apartado otro trastorno relacionados con traumas y factores de estrés especificado (APA, 2013). Esta última categoría se aplica a aquellas situaciones en las que aparecen predominantemente los síntomas de un trastorno relacionado con traumas y factores de estrés, que causan un malestar clínicamente significativo o que provoca deterioro social, laboral o en otras áreas importantes del funcionamiento; pero que no llega a cumplir con todos los criterios de los trastornos de la categoría de los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés, y se utiliza en aquellas situaciones en las que se quiere comunicar el motivo específico por el que no se cumplen todos los criterios de ningún trastorno relacionado con traumas y factores de estrés específico (APA, 2013).

Otro tema importante a la hora de tratar el duelo son los factores de riesgo que pueden desembocar en que el duelo se vuelva complicado. Según Lacasta y Soler (2004) los principales factores de riesgo a la hora de sufrir el duelo patológico serían:

- a) Factores personales tales como la juventud o ancianidad del doliente, ciertos problemas tanto de salud física como mental, depresión, culpabilidad por la muerte, o incluso duelos anteriores no resueltos.
- b) Factores relacionales como la pérdida de un familiar querido, dependencia hacia el fallecido, relaciones conflictivas u hostilidad.
- c) Factores circunstanciales como la pérdida súbita, accidentes, suicidios o recuerdos dolorosos, entre otros.
- d) Factores sociales como un bajo nivel socioeconómico, falta de apoyo familiar, responsabilidad del cuidado de hijos o posibles proyectos truncados.

Estos efectos mencionados pueden ser muy prolongados o variables en el tiempo, pueden ser reactivados porque se produzcan otras pérdidas, y/o por otras relaciones o sucesos que se produzcan en la vida de los individuos; ya que lo que ocurra en una etapa actual puede influir en las etapas posteriores de la vida (Gamo Medina y Pazos Pezzi, 2009).

## 2.2. Intervenciones comunes en duelo

Las reacciones de duelo pueden variar como resultado de factores como la cultura, la edad y el tiempo transcurrido desde la pérdida. A pesar del sufrimiento emocional que significa para los familiares que pierden a un ser querido, normalmente suele volver la capacidad de involucrarse en nuevas metas e intereses con el paso del tiempo (Tomita y

Kitamura, 2002). En los casos en los que esto no sucede puede que las reacciones que se producen ante el duelo se cronifiquen y provoquen un deterioro significativo en las áreas sociales del individuo que lo padece.

En la actualidad, las investigaciones que se han llevado a cabo sobre cuáles deben ser los tratamientos más adecuados para este tipo de trastorno ha sido escasa, y los resultados encontrados en las que se han realizado no clarifican cuáles son las terapias más adecuadas (Jacobs y Prigerson, 2000).

La terapia más extendida es la de tipo cognitivo-conductual y, por supuesto, también ha sido utilizada en el caso de tratamiento para abordar aspectos del dolor y la pérdida (Mathews y Marwit, 2004). Se ha observado que este tipo de terapia ayuda a la identificación y, al mismo tiempo, al cambio de los pensamientos y conductas que no son adaptativos y es lo que algunos investigadores consideran que es el principal generador del dolor (Jacobs y Prigerson, 2000).

Se trata de una terapia estructurada orientada hacia el problema, donde el elemento central se basaría en la identificación de aquellos pensamientos o cogniciones distorsionados que presentan los pacientes y que, haciendo uso de las técnicas apropiadas, ayudarían al paciente a evaluar sus propios pensamientos, cuestionarlos y generar otros nuevos más ajustados a la realidad (Caro, 2002). Según Beck (2006), el principal fin de la terapia debe ir dirigido al control de los pensamientos y cogniciones automáticos negativos, y al conocimiento de la relación existente entre las cogniciones, el afecto y la conducta, de forma que se logre entender que el control de los pensamientos será el responsable del control de la conducta. Algunas de las técnicas que se emplearían incluirían procedimientos conductuales como relajación, exposición o manejo de contingencias; así como procedimientos cognitivos tales como la reestructuración cognitiva o la parada de pensamiento con el fin de modificar los pensamientos automáticos negativos.

La forma en que se puede aplicar este tipo de terapia puede ser tanto individual, como grupal y/o familiar o incluso usando la combinación de ambas técnicas (Echeburúa y Herrán, 2007). Cada una de estas técnicas lleva unas ventajas asociadas. Así, por ejemplo, la terapia individual ayuda a que la intervención sea más personalizada pudiéndose adaptar a las necesidades de cada individuo (Barreto y Soler, 2004). Por otro lado la terapia de tipo grupal o familiar posee la ventaja de poder trabajar a través del apoyo social y, con ello, poder expresar los sentimientos y emociones que sufren las personas por un proceso de duelo, así como ofrecer modelos entre personas que sienten

el mismo sufrimiento (Barreto y Soler, 2004). La forma de aplicación del tratamiento dependerá de las posibilidades que ofrezcan las personas que reciban la terapia.

### 2.3. Terapias de tercera generación como alternativa

A lo largo de la historia de la psicología clínica, la terapia de conducta ha ido evolucionando dando lugar a distintos periodos en los que los tratamientos han ido adaptándose a las necesidades de cada época.

En 2003 Steven C. Hayes propuso la existencia de tres generaciones de terapias en el desarrollo de la Terapia de Conducta (Hayes, Masuda y De Mey, 2003). Esta distinción se ha vuelto bastante popular y está ampliamente aceptada por otros autores. A continuación se desarrollan las principales características de cada una de estas generaciones.

La primera generación de terapia de conducta se inició en torno a la década de 1950 coincidiendo con el inicio de una nueva época para la psicología clínica (Pérez Álvarez, 2006). Los principales cambios que caracterizaron esta generación fueron el fin del dominio del psicoanálisis y, por otro lado, la instauración de una terapia psicológica basada en principios científicos, sobre todo por parte de la psicología del aprendizaje (Pérez Álvarez, 2008).

En la psicología del aprendizaje se diferenciaban dos paradigmas básicos: el condicionamiento clásico cuyo principal representante es Pavlov, y el condicionamiento operante de Skinner. Dentro del condicionamiento clásico se desarrollaron unas técnicas que fueron utilizadas principalmente para resolver problemas relacionados con el miedo, las obsesiones y/o la ansiedad. Estas técnicas fueron la desensibilización sistemática de la mano de Wolpe y la desensibilización sistemática con exposición, propuesta por Eysenck. En aquella época las terapias de conducta supusieron un cambio y una revolución en el campo de la psicoterapia (Pérez Álvarez, 2008).

Por otro lado, en la línea del condicionamiento operante se desarrollarían las técnicas operantes. Estas técnicas fueron utilizadas para tratar de resolver la problemática tradicional de la psicoterapia, es decir, se identificaría más como análisis aplicado de la conducta (Pérez Álvarez, 2008).

La segunda generación de terapia de conducta se desarrolló en la década de 1970 y se basó, principalmente, en la incorporación de las cogniciones en el trabajo terapéutico, dando lugar a lo que hoy conocemos como terapia cognitivo-conductual. En un principio, se plantearon dos terapias contrarias al psicoanálisis: la terapia racional-emotiva de Ellis

y la terapia cognitiva de la depresión de Beck. El éxito de estas terapias radicó en la evaluación de sus resultados que venía demandando la terapia de conducta, y en el cambio hacia un enfoque más cognitivo especialmente valorado en la época (Pérez Álvarez, 2006a).

La base científica sobre la que asentó la psicología de esta nueva generación fue la metáfora del procesamiento de la información (además de la psicología del aprendizaje que permanecería de la primera generación). El guión que se seguía en la psicología del aprendizaje (Estímulo-Respuesta-Consecuencias) cambia en la segunda generación a través de la metáfora del procesamiento de la información, en el que el esquema seguido sería: Input-Output (I-O), tomado del cognitivismo (Pérez Álvarez, 2004).

La terapia cognitivo-conductual de la segunda generación entiende que los pensamientos y cogniciones son los causantes de los problemas tanto emocionales como conductuales y, además, cada trastorno tiene una condición ‘cognitiva específica’ que los provoca (Pérez Álvarez, 2008).

Pero en la terapia cognitivo-conductual no todo son ventajas. Los principales problemas que presenta la terapia cognitivo-conductual son la limitación debido a la estandarización a los casos y la dudosa eficacia de la técnica por la parte cognitiva (como se ha mostrado con la terapia de activación conductual) (González Pardo y Pérez Álvarez, 2007).

Como solución a los inconvenientes que presentan las terapias tanto de primera como de segunda generación, surgen un nuevo grupo de terapias con el fin de solventar estos problemas. Estas terapias son conocidas con el nombre de “terapias contextuales” o “terapias de conducta de tercera generación”. Se trata de una serie de tratamientos que surgen en la década de 1990. Las terapias más conocidas que se encuentran dentro de este grupo serían: la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) propuesta por Steven C. Hayes, Kirk D. Strosahl y Kelly Wilson, la Psicoterapia Analítica Funcional cuyos autores de referencia son Robert Kohlenberg y Mavis Tsai (ambas con un origen conductual), y la Terapia de Conducta Dialéctica cuya autora de referencia es Marsha Linehan. Además de estas también destacan la Terapia Conductual Integrada de Pareja, la Terapia de Activación Conductual, la Terapia Cognitiva basada en Mindfulness y la Terapia Cognitiva con base en la persona para las Psicosis, entre otras (Pérez Álvarez, 2008).

Todas las terapias que se han mencionado tienen el elemento común de presentar una perspectiva funcional y contextual de los trastornos psicológicos, lo que también se

conoce con el nombre de contextualismo funcional. Este contextualismo funcional se basa en el estudio de los sucesos psicológicos de manera que se centra en las relaciones que se producen entre la persona y el contexto, y tomando como referencia su historia y las circunstancias actuales (Pérez Álvarez, 2008).

Las terapias contextuales o de tercera generación presentan una serie de características particulares entre ellas destacan (Pérez Álvarez, 2008):

- a) El trastorno se explicaría en términos interactivos, funcionales y contextuales; a diferencia de los demás tipos de terapias que lo explican como algo “defectuoso” dentro del propio individuo, es decir, las terapias contextuales explicarían el trastorno basándose en la historia y las circunstancias de quien los sufre.
- b) El modelo contextual de psicoterapia supone que el problema tiene que ver con la persona en sus relaciones con la conducta de los demás y con su propia conducta.
- c) El modelo contextual de terapia se basa en dos grandes principios terapéuticos: la aceptación y la activación. La aceptación se basa en el acto de aceptar las experiencias que antes se intentaba eliminar. Por otro lado, la activación consiste en reorientar y en actuar en dirección a las cosas que importan para poder así cambiar las circunstancias que mantenían el problema.
- d) Por último, el modelo contextual de psicoterapia mide su eficacia a través de los logros personales conseguidos siguiendo la dirección de los valores en los distintos dominios en los que la persona presenta un problema, y no se tiene tanto en cuenta la reducción de los síntomas negativos que la persona pueda experimentar.

### 2.3.1. La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)

De todos los tipos de tratamientos terapéuticos que se incluyen dentro de las terapias de tercera generación, la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) es la que cuenta con un mayor apoyo empírico. Trata de promover la flexibilidad psicológica pudiendo aplicarse a casi todas las personas, para solucionar un gran número de trastornos.

Según Pérez Álvarez (2008), la ACT “propone a los clientes de la terapia aceptar y experimentar los eventos privados sin someterlos a ‘juicios valorativos’, a la vez que les propone perseguir los valores y objetivos relevantes para su vida (p.10)”. Según esta definición, la ACT se centraría en la aceptación de los síntomas y en la orientación hacia objetivos que valgan la pena, a pesar de las experiencias sufridas y los síntomas experimentados. Esta característica es la clara diferencia que presenta frente a las terapias cognitivo-conductuales tradicionales (Pérez Álvarez, 2008).

Según Luciano, Valdivia, Gutiérrez y Páez-Blarrina (2006), las principales características de la ACT son:

- a) Se parte de un marco que toma por referencia las ventajas y los inconvenientes de la condición humana.
- b) Se mantiene una idea contextual-funcional, es decir, asume el posible impacto que pueden tener las contingencias.
- c) Mantiene una coherencia con el modelo funcional sobre la cognición y el lenguaje (Teoría del Marco Relacional).
- d) El concepto funcional de la evitación experiencial toma un papel central en esta nueva perspectiva psicopatológica.
- e) Destaca la importancia entre la investigación, la psicopatología y los métodos clínicos con el fin de buscar la prevención de los trastornos psicológicos.

Por su parte Pérez Álvarez (2008) resume en dos las principales aportaciones de la ACT de la siguiente forma:

- a) La identificación del “trastorno de evitación experiencial”, común en la mayoría de los trastornos.
- b) El principal objetivo terapéutico se basará en la aceptación y el compromiso para actuar.

Se denomina trastorno de evitación experiencial (TEE) al hecho de no querer establecer contacto con los propios pensamientos, sentimientos, sensaciones corporales, etc.; es decir, la evitación de las propias experiencias privadas (Wilson y Luciano, 2002). Autores como Hayes, Wilson, Gifford, Follette y Strosahl (1996) consideraron que el TEE se trataba de un aspecto funcional cuya clave no se encontraría en lo que se evita o se hace para evitar los pensamientos, sino en que conscientemente se rechazan las funciones aversivas, lo que provoca un costo con respecto a los valores personales. El principal problema y punto común que presentan los trastornos con evitación experiencial

es la falta de aceptación por parte del que lo sufre de ciertos contenidos psicológicos. Las personas se comportan de distintas formas para alterar la frecuencia o la manera de expresar estas experiencias (Wilson y Luciano, 2002). Este patrón de comportamiento puede resultar eficaz a corto plazo, pero a largo plazo se convertiría en crónico, limitando la vida de la persona que lo padece. Este tipo de patrón conductual se refuerza negativamente cada vez que se elude el pensamiento o la cognición que le provoca el malestar; y también positivamente, pues resulta un patrón de conducta coherente, es decir, la persona está convencida de hacer lo correcto (Pérez Álvarez, 2008). Muchos de los trastornos, a pesar de ser muy diferentes entre sí, presentan un foco común: la evitación experiencial que se convierte en problema, más que en solución (Pérez Álvarez, 2008).

Como ya se ha mencionado, la ACT se puede aplicar en multitud de trastornos sobre todo a aquellos que presentan una base evitativa disfuncional, es por ello que uno de los principios fundamentales de esta terapia sea el auto-distanciamiento comprensivo, es decir, la aceptación de las experiencias que se intentan evitar pero que no desaparecen. Además, por otro lado, otro de los objetivos fundamentales debe ser el compromiso de actuar conforme a los valores, aquello que es realmente importante para la vida de cada persona. La aceptación se basa en estar abierto ante ciertas conductas que se preferirían no tener, pero que no se pueden evitar. No se trata de un estado de resignación, ni sumisión; sino en el compromiso o activación hacia una dirección positiva (Pérez Álvarez, 2008).

La ACT se debe entender como la ruptura con los repertorios que el cliente tiene preestablecidos, dando lugar a una ‘desesperanza creativa’, lo que sitúa al sujeto con otra perspectiva diferente frente al problema, dando así oportunidad a nuevas soluciones y oportunidades que hasta ahora no se habían considerado.

La ACT se considera una terapia compleja debido a que su comprensión se debe traducir en el análisis funcional de todos los síntomas, quejas o problemas presentados por los clientes. La dificultad radica en ser capaces de analizar los síntomas que se producen en los trastornos psicológicos de manera diferente a como normalmente son asumidos por la gente (Pérez Álvarez, 2008). A pesar de esto, si se siguen los principios de aceptación y activación (ya mencionados), se podría llevar a cabo la terapia de forma sencilla.

### 2.3.2. La ACT y su aplicación al duelo

Aunque la ACT es una terapia, que como ya se ha mencionado, ofrece una gran flexibilidad y se puede aplicar a múltiples problemas, al ser una terapia relativamente novedosa no contamos con evidencia empírica acerca de su aplicación a todos los trastornos psicológicos. En el caso del duelo la evidencia es escasa. Una de las pocas aplicaciones de ACT en duelo fue la llevada a cabo por Luciano y Cabello (2001), en la que se aplicó la ACT a un hombre de 55 años que presentaba trastorno por duelo con evitación experiencial debido al fallecimiento de su hijo. Como la muerte de un ser querido es un evento no controlable, la única forma posible de superación es la integración de la realidad; la evitación solo supondría un elemento perjudicial, ya que los intentos por modificar los pensamientos o recuerdos supondrían una limitación a largo plazo, lo que llevaría a un sufrimiento mayor (Luciano y Cabello, 2001).

El trastorno por duelo podría considerarse como una forma de evitación experiencial, debido a que si se quiere eludir la aceptación del fallecimiento de un ser querido, podría suponer una condición psicológicamente perjudicial para el individuo que lo sufre, ya que este tipo de eventos no son susceptibles a ningún tipo de cambio (Luciano y Cabello, 2001). Es más, la evitación de los eventos privados ligados a este hecho llevaría a una exacerbación de los síntomas y al alejamiento de los valores personales. En el caso que se describe, aparece la aplicación de la ACT junto con la inclusión de ciertos elementos de Psicoterapia Analítica Funcional (FAP). La ACT pretende la modificación de las funciones aversivas de los eventos verbales y, por último, otorga una gran importancia a los valores del cliente a la hora de marcar la dirección que se sigue en el tratamiento (Luciano y Cabello, 2001).

La muerte de un ser querido supone que aparezcan numerosos eventos negativos con funciones aversivas, tanto de forma directa como a través del lenguaje o las cogniciones y pensamientos relativos al fallecido (Luciano y Cabello, 2001). La solución a esto, desde la perspectiva del doliente, pasaría por conseguir un control de los mismos, para acabar así con este sufrimiento (Hayes y Hayes, 1992, citado por Luciano y Cabello, 2001, p. 403).

Por todo lo anterior el sujeto pone en marcha estrategias para evitar y/o controlar situaciones o pensamientos que le hacen sentir mal. Estos intentos de evitación acaban convirtiéndose en el problema. Si a todo esto se suma la permisividad del ambiente del individuo, el problema se volverá mayor y más incontrolable (Luciano y Cabello, 2001).



Estos intentos de evitación se convierten en un problema a largo plazo por varias razones (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999):

- a) Por la imposibilidad de variación de algunos eventos, en los que cualquier intento por hacerlo se consideraría inútil.
- b) Cuando se intenta evitar estas cogniciones se ponen en marcha las funciones aversivas, dando lugar a la activación de lo que se pretende evitar.
- c) Todas las actuaciones que se encaminan a la evitación producen un descenso de aspectos importantes en la vida del cliente como las relaciones familiares, las relaciones sociales, el trabajo, la salud o el ocio.

En resumen, se trataría de poner el foco de atención en aquello que no puede cambiarse, dando paso a la aceptación, con el principal fin de realizar actuaciones dirigidas en esa dirección.

Al tratarse de una aplicación novedosa de ACT en duelo, la intervención se llevó a cabo durante 27 sesiones, ya que no se tenía ninguna referencia anterior sobre esta terapia en duelo (Luciano y Cabello, 2001).

La intervención se llevó a cabo siguiendo tres grandes bloques: sesiones de evaluación (2 sesiones previas) y las sesiones de tratamiento (sesiones 1-17), abordaje de las barreras (sesiones 18-25) y, por último, seguimiento (a los 15 días, al mes y a los cuatro meses). La agrupación de las sesiones se establecía en base a acontecimientos importantes en la vida del cliente (Luciano y Cabello, 2001). A lo largo de todo el proceso de tratamiento se incluyeron una serie de metáforas para que al cliente le fuera más sencillo entender lo que le ocurría y fuera capaz de interiorizarlo de manera más efectiva.

Los resultados encontrados en la intervención mostraron la eficacia de la terapia por varias razones (Luciano y Cabello, 2001):

- a) Disminuyó la sintomatología depresiva del cliente, así como los pensamientos sobre el fallecido.
- b) Se distanció de aquellos pensamientos y recuerdos que limitaban su vida actual.
- c) Se adoptó un cambio en la orientación y en la capacidad de decisión sobre aspectos valiosos en su vida, siendo capaz además de aceptar situaciones difíciles que se presentaron.

Todo lo anterior se pudo llevar a cabo gracias a los valores personales que poseía el cliente que hacían que su vida se orientara en una dirección capaz de superar el

problema, a pesar de que en algunos momentos de la terapia se le expusiera a situaciones que, en otras circunstancias, hubiera evitado. El objetivo de la exposición al propio “dolor” tiene como principal fin el alivio del malestar (Hayes, Stosahl y Wilson, 1999).

Por otro lado, todos los elementos que se incluyeron dentro de la terapia deben entenderse dentro de la dirección marcada por la vida del cliente, ya que este es el punto de partida que toma la ACT (Luciano y Cabello, 2001). El uso de metáforas y paradojas facilitó que se produjeran cambios en las respuestas de evitación ante situaciones difíciles, y fue especialmente útil en este caso en el que los intentos previos de reducir o aliviar los síntomas problemáticos no habían dado resultado (Luciano y Cabello, 2001).

### 3. PROPUESTA DE APLICACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN BASADA EN ACT PARA DUELO

Como se mencionó anteriormente, la aplicación de la ACT al duelo ha sido insuficiente. En España sólo contamos con el estudio de caso de Luciano y Cabello de 2001. Además, se ha realizado una tesis doctoral en lengua inglesa en el año 2013 en la que se examinó un enfoque relativamente nuevo y poco investigado en el tratamiento del dolor, el uso de ACT. Se propuso que este enfoque podría proporcionar un modelo empíricamente sólido en el que los terapeutas podrían basar sus intervenciones (Walker, 2013). Por ello, a continuación, se expondrá una propuesta de intervención de ACT con un formato mixto, aunque principalmente grupal, para el duelo complicado. Se ha elegido este formato de aplicación por la ventaja que ofrecen las terapias grupales en las que varios individuos que están pasando por un proceso similar son capaces de compartir situaciones similares y, así, poder comprender lo que les sucede a ellos mismos. Al mismo tiempo se incluyen algunas sesiones individuales con el fin de atender las necesidades específicas de cada participante y abordar aquellos contenidos de la terapia cuya aplicación grupal resulta más complicada.

#### 3.1. Participantes

La intervención basada en ACT que se llevará a cabo irá dirigida a grupos de entre 5-6 personas. Los criterios de inclusión que deben cumplir estas personas para participar en el grupo serán:

- a) Haber sufrido la pérdida de algún ser querido entre los últimos 6 meses a 3 años.

- b) Persistencia de más de 6 meses de sintomatología depresiva (lloros, quejas, anhedonia, desesperanza, evitación de relaciones sociales, etc.), así como dificultades de funcionamiento personal y en las relaciones sociales.
- c) Ser mayor de 18 años.

De la intervención se excluirían a aquellos sujetos que presenten trastornos psicóticos, abuso de sustancias o demencia.

### 3.2. Materiales e instrumentos

Los instrumentos que se utilizarían son:

- a) Cuestionario de Aceptación Acción II (AAQ II). Este cuestionario mide de manera genérica la evitación experiencial y la aceptación psicológica. Está formado por 7 ítems que se puntúan con una escala tipo Likert de siete puntos, donde las puntuaciones altas indican mayor grado de evitación experiencial y menor aceptación psicológica (Bond, et al., 2011. Adaptación española Ruíz, Langer, Luciano, Cangas y Beltrán, 2013).
- b) Inventario de Depresión de Beck- II (BDI-II) (Beck, Sterr y Brown, 1996. Adaptación española Sanz y Vázquez, 2011). Este test es una de los instrumentos más utilizados para detectar y medir la gravedad de la depresión. Está formado por 21 ítems que se puntúan con una escala tipo Likert. Cada ítem se responde en una escala de 0 a 3 puntos, excepto los ítems 16 (que mide cambios en el patrón de sueño) y 18 (mide cambios de apetito), que se puntúan en una escala de 7 puntos. Las puntuaciones obtenidas se clasifican en: 0-13 puntos, mínima depresión; 14-19 puntos, depresión leve; 20-28 puntos, depresión moderada; y 29-63, depresión grave (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2013).
- c) Cuestionario de Ansiedad Estado- Rasgo (STAI) (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970. Adaptación española Buela-Casal, Guillén-Riquelme y Seisdedos Cubero, 2011). Este cuestionario se utilizaría para evaluar dos conceptos independientes de la ansiedad. Por un lado, la ansiedad como estado (A/E) en la que se evalúa un estado emocional transitorio caracterizado por sentimientos de atención y aprensión con hiperactividad del sistema nervioso autónomo. Por otro lado, la ansiedad como rasgo (A/R) cuyo fin principal es identificar a los sujetos con una propensión ansiosa relativamente

estable. El instrumento está compuesto por 40 ítems, de los cuales 20 miden la ansiedad como estado y los otros 20 la ansiedad como rasgo. El sistema de respuesta que se emplea es una escala tipo Likert de 4 puntos según la intensidad (0 corresponde a casi nunca/nada y 3 a mucho/casi siempre). La puntuación en las subescalas oscila entre 0 a 60 puntos (Fonseca-Pedrero, Paino, Sierra-Baigrie, Lemos-Giráldez y Muñiz, 2012).

- d) Inventario de Experiencias de Duelo (IED) (Sanders, et al., 1977. Adaptación española García-García, Landa Petralanda, Trigueros Manzano y Gaminde Inda, 2001). El objetivo de este test es evaluar las áreas emocionales, somáticas y relacionales del cliente. Está compuesto por 135 ítems que, a su vez, se dividen en 18 subescalas: 3 de validez (Negación, Respuestas Atípicas y Deseabilidad Social); 9 clínicas (Desesperanza, Enfado, Culpa, Aislamiento Social, Pérdida de Control, Rumiación, Despersonalización, Somatización y Ansiedad ante la Muerte), y 6 experimentales (Alteraciones del Sueño, Pérdida de Apetito, Pérdida de Energía, Síntomas Físicos, Optimismo/Desesperanza y Dependencia). El formato de respuesta es dicotómico (verdadero/falso).

### 3.3. Recursos

Los recursos que se necesitarían para poder llevar a cabo la intervención son:

- a) Un/a terapeuta profesional graduado/a en Psicología y con formación específica en intervención psicológica que desarrollará las funciones de terapeuta. El/la facultativo/a deberá de contar con formación y experiencia previa en ACT. Se le formará en la aplicación específica del duelo.
- b) Un espacio para poder llevar a cabo el tratamiento que contará con dos áreas diferenciadas: una destinada a la aplicación de las sesiones grupales, y otra distinta para la aplicación de las sesiones individuales.
- c) Por último, los instrumentos de evaluación, ya mencionados, y material fungible (lápiz, goma,...) que permitan a los sujetos que formarían parte de la intervención rellenar los cuestionarios.

### 3.4. Procedimiento

Contactaremos con las asociaciones que trabajan con personas en duelo, así como con los centros de salud y hospitales de Jaén para ofrecer el servicio. A las personas

interesadas se les administrará un cuestionario con información sociodemográfica y de síntomas para ver si cumplen con los criterios de inclusión, además de los cuestionarios antes citados. A los participantes que cumplan con los criterios de inclusión se les agrupará en grupos de no más de 6 personas, y se procederá a llevar a cabo la intervención. Las sesiones, que tendrían una duración aproximada de 90 minutos, se realizarían semanalmente durante 7 semanas. A continuación se presenta una breve descripción de las sesiones de intervención:

- Sesión 1: se realizará de manera individual e irá destinada al análisis de la experiencia de cada paciente en relación a la pérdida y a realizar un análisis funcional de cada caso particular desde el punto de vista de la ACT. Además, se llevará a cabo una clarificación de las trayectorias para cada individuo. Para terminar esta sesión se tratará de establecer un contexto adecuado para la terapia, proponiendo el modelo terapéutico de ACT. Para poder llevarlo a cabo de manera adecuada se presentará la metáfora del “vaso sucio”, con la que se tratará de hacer ver al paciente que si se hace un buen trabajo habrá malestar, pero debe entender que es parte del proceso de “limpiar el vaso” (Wilson y Luciano, 2002).
- Sesión 2: esta sesión se llevará a cabo en formato grupal. Al inicio de la sesión se realizará la presentación de los integrantes del grupo con el fin de fomentar la cohesión del mismo y poder destacar también el valor del grupo como un contexto en el que intercambiar experiencias y dar y recibir apoyo. Por otro lado, se retomarán algunos de los aspectos con los que se trabajaron en la primera sesión y se introducirán las metáforas del “polígrafo” y “el elefante rosa” para empezar a revisar la agenda del control personal. La metáfora del “polígrafo” se utilizará para que el sujeto tome conciencia de que cuando intenta controlar sus emociones y quiere dejar de experimentar cualquier sentimiento (p.e, la ansiedad), éste se hace más presente (Wilson y Luciano, 2002). Por otro lado, con la metáfora del “elefante rosa” se pretende socavar los intentos de control de los pensamientos (Wilson y Luciano, 2002).
- Sesión 3: esta sesión se realizará en formato grupal y el objetivo de la misma será clarificar los valores personales para que los sujetos puedan dirigir su vida y así tratar de centrarse en los aspectos importantes. Para ello se hará uso de la “metáfora del jardín”, que será el elemento central de la sesión. Esta metáfora propone a los sujetos que imaginen que son jardineros y que están

al cuidado de un jardín, el jardín de su vida. Se les preguntará por cómo están cuidando su jardín, o lo que es lo mismo, cómo están llevando su vida. Probablemente lleven un tiempo centrados en las malas hierbas, esto es pensamientos y sentimientos dolorosos. Pero cuanto más se centran en estas hierbas, paradójicamente más hierbas hay. Y además se está olvidando del cuidado del resto de plantas del jardín (Wilson y Luciano, 2002). Se trabajará la clarificación de valores en los diferentes ámbitos: familiar, social y laboral, y se definirán trayectorias valiosas, objetivos y acciones al servicio de los valores personales. Al final de la sesión se aclararán las posibles dudas.

- Sesión 4: esta sesión también se realizaría de forma grupal, y se dedicará a trabajar las habilidades necesarias para estar en el momento presente. Consistirá en enseñar a los participantes a pasar del estado mental de resolución de los problemas al estado mental de contemplación. Se utilizarán técnicas de *mindfulness*, con el fin de ayudar a identificar sus sensaciones, estados corporales, pensamientos y emociones de cada momento. Estas técnicas deberán trabajarse también en casa.
- Sesión 5: esta sesión se realizará de forma individual e irá destinada a realizar una valoración de los progresos de cada paciente hasta el momento. Para ello, se revisarán los contenidos de sesiones anteriores y se abordarán los posibles problemas surgidos. Por último, se retomarán los contenidos trabajados en la sesión anterior y se introducirán ejercicios de defusión o distanciamiento desde el yo-contexto. Para esto se podrá utilizar la “metáfora del otoño y las hojas” en la que el terapeuta utilizará un pensamiento del cliente y le pedirá que cierre los ojos y se imagine un árbol con sus hojas cayendo y que deposite el pensamiento en una de las hojas y vea como cae, mientras el sujeto es un mero observador y no el pensamiento en sí (representado a través de la hoja que cae) (Wilson y Luciano, 2002).
- Sesión 6: esta sesión se realizará en formato grupal y se retomará el trabajo en valores, y en especial se abordarán las barreras personales para actuar en la dirección de los valores. Se trabajará con los pacientes para promover la aceptación de los eventos privados y no queridos. Se les ayudará a adoptar un enfoque abierto y curioso para emprender acciones personalmente valiosas en presencia del dolor y del malestar. En esta sesión se utilizará la “metáfora del vecino molesto”, con el fin de fomentar una mayor flexibilidad frente al dolor,

el malestar y otros eventos no queridos. Se pedirá a los participantes que se imaginen dando una fiesta e invitando a todos sus vecinos. Algunos son muy amables y considerados, pero entre ellos hay un vecino molesto, que no les gusta nada. Deciden echarlo, pero al rato vuelve a aparecer. Entonces decides quedarte en la puerta para que no vuelva a entrar. Si dedican toda la noche a vigilar al vecino molesto, ¿podrán disfrutar de la fiesta? Deberán elegir entre focalizarse en la eliminación de los eventos privados o en retomar su vida (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999).

- Sesión 7: en esta sesión, que también presentará un formato grupal, se revisarán brevemente los contenidos de las sesiones anteriores y se abordarán los posibles problemas que hayan surgido. Por último, se trabajará en la normalización del malestar y en la prevención de recaídas con la “metáfora del jinete” en la que se pretende que los sujetos sean conscientes de que, a pesar de las posibles caídas, ellos son los que llevan las riendas de su vida (Wilson y Luciano, 2002). Al final de la sesión se volverán a aplicar los cuestionarios utilizados para poder evaluar los cambios obtenidos durante las sesiones de intervención.

Por último, se realizarán un seguimiento de los sujetos a los 15 días, al mes y a los 6 meses para valorar su evolución y la efectividad de la terapia.

#### 4. CONCLUSIONES

Tras desarrollar la presente revisión sobre duelo y ACT, se pueden destacar las siguientes conclusiones:

La pérdida de un ser querido conlleva un sufrimiento inevitable. Este sentimiento es universal aunque se pueda manifestar de diversas formas según los factores personales del individuo que lo sufre, así como factores sociales, circunstanciales y/o culturales, encontrando diferentes rangos de duración e intensidad. Todo el proceso de superación de la pérdida se lleva a cabo a través del duelo y, según el autor que tomemos por referencia, se diferencian distintas fases o etapas.

Por otro lado, a lo largo de la historia de la psicología clínica, las terapias de conducta han ido evolucionando y adaptándose a las necesidades de cada época dando lugar a distintas generaciones de tratamiento. En la primera generación el cambio más destacable fue el fin del dominio del psicoanálisis, lo que dio lugar a una psicología con base en principios científicos y dio paso a la psicología del aprendizaje. En la segunda generación se incorporaron las cogniciones al trabajo terapéutico, dando paso a la extendida terapia cognitivo-conductual. La última ola de terapias de conducta se desarrolló a partir de las terapias de tercera generación o terapias contextuales. En concreto, dentro de estas últimas terapias, hemos elegido focalizar este trabajo en ACT por ser la que cuenta con un mayor apoyo empírico, tratando de promover la flexibilidad psicológica y pudiéndose aplicar en un gran número de trastornos. Las principales aportaciones de esta terapia han sido la identificación del trastorno de evitación experiencial, así como la necesidad de aceptación, de elegir una dirección y comprometerse para actuar.

A pesar de la versatilidad con la que cuenta la terapia, no ha habido apenas aportaciones de la misma en el caso del duelo. Es por ello que en este trabajo se ha planteado una propuesta de intervención principalmente grupal en duelo, usando para ello los principios fundamentales que hay que tener en cuenta en ACT para, posteriormente en las sesiones de intervención, ayudar a los clientes a aceptar la realidad de la pérdida, trabajando las emociones y el dolor causado y proporcionando las habilidades necesarias para poder recolocarse emocionalmente de la pérdida y poder volver a continuar con su vida.



## 5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (APA). (2013). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 5ª ed. Arlington, VA: APA. (trad. cast.: Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2014).
- Barreto, M.P., y Soler, M.C. (2004). Apoyo psicológico en el sufrimiento causado por las pérdidas: el duelo. En R. Bayés (ed.), *Monografías Humanitas 2: Dolor y Sufrimiento en la Práctica Clínica*, pp. 139-150. Barcelona: Fundación Médica y Humanidades Médicas.
- Bayés, R. (2001). *Psicología del sufrimiento y de la muerte*. Barcelona: Martínez Roca.
- Beck, A. (2006). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Bowlby, J. (1993). *La pérdida afectiva*. Barcelona: Paidós.
- Brown, E., y Goodman, R. (2005). Childhood Traumatic Grief: An Exploration of the Construct in Children Bereaved on September 11. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(2), 248–259.
- Caro, I. (2002). *Manual de Psicoterapias Cognitivas*. Barcelona: Paidós.
- Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (2013). Evaluación del Inventario BDI-II. Recuperado de: <https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BDI-II.pdf>
- Díaz, P. (2017). Ayuda en duelo: Balance del año 2016. Recuperado de <http://blog.fundacionmlc.org/ayuda-en-duelo-balance-2016/>
- Echeburúa, E., Corral, P., y Amor, P. J. (2005). *La resistencia humana ante los traumas y el duelo*. En W. Astudillo, A. Casado y C. Mendinueta (Eds.), *Alivio de las situaciones difíciles y del sufrimiento en la terminalidad (pp.337-359)*. San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos.
- Echeburúa, E., y Herrán, A. (2007). ¿Cuándo el duelo es patológico y cómo hay que tratarlo? *Análisis y Modificación de Conducta*, 33(147), 32-49.
- Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Sierra-Baigrie, S., Lemos-Giráldez, S., y Muñiz, J. (2012). Propiedades psicométricas del “Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo” (STAI) en universitarios. *Behavioral Psychology/ Psicología Conductual*, 20(3), 547-561.

- Gala León, F. J., Lupiani Jiménez, M., Raja Hernández, R., Guillén Gestoso, C., González Infante, J. M., Villaverde Gutierrez, M. C., y Alba Sánchez, I. (2002). Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo. Una revisión conceptual. *Cuadernos de Medicina Forense*, 30, 39-50.
- Gamo Medina, E., y Pazos Pezzi, P. (2009). El duelo y las etapas de la vida. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 29(2), 455-469.
- García-García, J. A., Landa Petralanda, V., Trigueros Manzano, M. C., y Gaminde Inda, I. (2001). Inventario de experiencias en duelo (IED): adaptación al castellano, fiabilidad y validez. *Atención Primaria*, 27(2), 86-93.
- Gil-Juliá, B., Bellver, A., y Ballester, R. (2008). Duelo : Evaluación , Diagnóstico y Tratamiento. *Psicooncología*, 5(1), 103–116.
- González Castroagudín, S., Suárez López, I., Polanco Teijo, F., Ledo Marra, M., y Rodríguez Vidal, E. (2013). Papel de la matrona en el manejo del duelo perinatal y neonatal. *Cadernos de Atención Primaria*, 19(1), 113-117.
- González Pardo, H., y Pérez Álvarez, M. (2007). *La intervención de trastornos mentales. ¿Escuchando al fármaco o al paciente?* Madrid: Alianza.
- Hayes, S. C., Masuda, A., y De Mey, H. (2003). Acceptance and Commitment Therapy and the third wave of behavior therapy. *Gedragstherapie (Dutch Journal of Behavior Therapy)*, 2, 69-96.
- 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., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., y Strosahl, K. (1996). Experiential Avoidance and Behavioral Disorders: A Functional Dimensional Approach to Diagnosis and Treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152-1168.
- Howarth, R. (2011). Concepts and Controversies in Grief and Loss. *Journal of Mental Health Counseling*, 33(1), 4–10.
- Jacobs, S., y Prigerson, H. (2000). Psychotherapy of traumatic grief: A review of evidence for psychotherapeutic treatments. *Death Studies*, 24(6), 479-495.
- Lacasta, M., y Soler, M. (2004). *El duelo: prevención y tratamiento del duelo patológico. Cuidados después de la muerte*. Madrid: Dispublic, S.L.
- Luciano, M. C., y Cabello, F. (2001). Trastorno de duelo y terapia de aceptación y compromiso (ACT). *Análisis y Modificación de Conducta*, 27(113), 400-424.

- Luciano, M.C., Valdivia, S., Gutiérrez, S., y Páez-Blarrina, M. (2006). Avances desde la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). *EduPsykhé*, 5(2), 173-201
- Mathews, L. T., y Marwit, S. J. (2004). Complicated grief and the trend toward cognitive-behavioral therapy. *Death Studies*, 28, 849-863.
- Pérez Álvarez, M. (2004). *Contingencia y drama. La psicología según el conductismo*. Madrid: Minerva.
- Pérez Álvarez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *eduPsykhé*, 5, 159-172.
- Pérez Álvarez, M. (2008). Las terapias de conducta de tercera generación como modelo contextual de terapia. *FOCAD*, 1, 3-16.
- Pérez Álvarez, M., y García Montes, J. M. (2006a). Entendimiento filosófico de la esquizofrenia. *Apuntes de Psicología*, 24, 11-29.
- Ruiz, F. J., Langer, A. I., Luciano, C., Cangas, A.J., y Beltrán, I. (2013). Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: The Spanish version of the Acceptance and Action Questionnaire – II. *Psicothema*, 25(1), 123-129.
- Tomita, T., y Kitamura, T. (2002). Clinical and research measures of grief: A reconsideration. *Comprehensive Psychiatry*, 43(2), 95-102.
- Walker, K. A. (2013). *The Experiences of Therapist and Bereaved Clients of using an Acceptance and Commitment Therapy approach to grief* (tesis doctoral). Universidad de Wolverhampton, Wolverhampton, Inglaterra.
- Wilson, B. E., y Luciano, M. C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.
- Worden, J. W. (2016). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós.