

## Tratamiento psicológico de la impulsividad desde la perspectiva de las terapias de conducta de tercera generación. A propósito de un caso

Marcos López Hernández-Ardieta  
*Centro de Atención Integral a Drogodependientes Este,  
Madrid*

*Objetivo: en el presente trabajo se muestran algunos aspectos claves del tratamiento, en un centro público de la Comunidad de Madrid, de un sujeto policonsumidor de drogas ilegales con importantes conductas impulsivas. Método: la intervención realizada se enmarca en el paradigma conductista, utilizando herramientas características de las terapias de conducta de tercera generación. En este sentido, se utilizó la relación terapéutica como el contexto en el que aplicar contingencias que alteraran las relaciones funcionales problemáticas. También se emplearon el rol-playing, exposiciones planificadas a circunstancias en donde el paciente pretendía poner en marcha alternativas de respuesta, e instrucciones a los educadores del piso de tratamiento en el que residía. Toda esta intervención psicológica se realizó en el marco de un tratamiento multidisciplinar, en donde el trabajador social y el médico tuvieron un papel relevante. Resultados: dicha intervención permitió la recuperación significativa del paciente en sus áreas vitales importantes y el logro de los objetivos terapéuticos. Discusión: con esta exposición se pretende mostrar la utilidad, para el abordaje de la conducta impulsiva, de la tecnología conductual y del planteamiento de objetivos diferentes a los habituales en otros modelos terapéuticos.*

*Palabras clave: impulsividad, adicciones, terapias de conducta de tercera generación.*

## Psychological treatment of impulsivity from the perspective of the third generation of behavior therapies. About a case report

*Aim:* This paper show some key aspects of the treatment, in a public center of the Community of Madrid, of a subject with polydrug addiction with important impulsive behaviors. *Method:* The intervention realized belongs to the behavioral paradigm, using typical tools of the third wave of behavior therapy. In this sense, the therapeutic relationship was used as the context to apply contingencies that alter the functional problematic relations. In the intervention was also used role-playing, exposures to circumstances where the patient was trying to implement alternative responses, and instructions to the educators of the treatment flat where he lived. All this psychological intervention was realized in the frame of a multi-disciplinary approach, where the social worker and the doctor had an important role. *Results:* This intervention allowed the significant recovery of the patient in his vital important areas, and the achievement of therapeutic goals. *Discussion:* This work tries to show the usefulness, for the treatment of the acting-out, of the behavioral technology, and the different objectives with respect to other therapeutic approaches.

Keywords: *Impulsivity, addictions, third wave of behavior therapy.*

### Introducción

La definición prototípica de impulsividad la recogen Moeller, Barratt, Dougherty, Schmitz y Swann (2001) como «una predisposición hacia la ejecución de reacciones rápidas, no planeadas, hacia estímulos internos o externos, sin consideración alguna hacia las consecuencias negativas que la reacción pueda tener tanto para el individuo impulsivo, como para otros» (p. 1.784). Desde un punto de vista conductual, la impulsividad puede implicar una rígida relación funcional entre eventos privados que surgen en un contexto determinado (por ejemplo, rabia, enfado, alegría...) y la conducta problemática (conducta agresiva, consumo de sustancias, etc.), de modo que la conducta sigue un patrón de reforzamiento a corto plazo y no se encuentra dirigida por las consecuencias a largo plazo. Es obvio que dicho comportamiento problemático se halla funcionalmente presente en múltiples entidades nosológicas distintas (trastornos del control de los impulsos, trastorno límite de la personalidad, trastorno adictivo, etc.).

La intervención psicológica predominante (cognitivo-conductual) ha abordado este problema, principalmente, mediante la intervención en la relación contexto-evento privado. Así los esfuerzos terapéuticos se dirigen a evitar la aparición del evento privado (sensaciones), por medio de la intervención en el contexto (control estimular), o en la alteración de la intensidad o forma de dicho evento privado mediante distintas estrategias (relajación, distracción cognitiva, autoinstrucciones, reestructuración cognitiva), y ello independientemente de que se trate, por ejemplo, de un problema de violencia doméstica (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2009) o de un trastorno de personalidad (Pretzer, 1998).

Así, la terapia cognitivo-conductual se ha mostrado útil para el abordaje de esta problemática, al igual que ha mostrado con otros trastornos psicológicos, situándose como el tratamiento de referencia. Sin embargo, la evidencia disponible indica que no siempre son efectivas estas intervenciones destinadas a controlar el evento privado como vía para que el sujeto se comporte adecuadamente. Estas intervenciones, destinadas a que el sujeto se encuentre bien como requisito para que no reaccione de forma impulsiva, pueden ser útiles en los casos más cronificados y en fases iniciales de la intervención. No obstante, esta estrategia de control aplicada de forma generalizada cuenta con importantes limitaciones, evidenciadas a nivel empírico, que se pueden resumir en tres:

1. En ocasiones se logra el efecto contrario al deseado: se incrementa la intensidad del evento privado que se quiere controlar, el llamado “efecto de supresión” (Wegner, Schneider, Carter y White, 1987). Es decir, se produce un efecto paradójico –se hace más presente el pensamiento o sensación que se quiere controlar–, ocurriendo con mayor probabilidad cuando el evento privado es de elevada intensidad.

2. El intento de control es ineficaz a la larga, al volver a presentarse el evento privado en cuanto las circunstancias lo demandan. Las reacciones emocionales y los pensamientos asociados a determinadas circunstancias están fuertemente condicionados, dada una historia de aprendizaje consolidada durante décadas. En estas circunstancias puede ser poco pragmático el intento de cambio de esas reacciones emocionales como requisito para que el sujeto funcione de manera adaptativa (Wilson y Luciano, 2002).

3. También puede ocurrir que el estar enfrascado en el intento de control de pensamientos y sensaciones impida el poner en marcha habilidades o conductas que serían más funcionales en ese contexto. Un exceso de control estimular puede llevar a que el sujeto mantenga una vida muy limitada, con actividades poco significativas (Hayes, Strosahl y Wilson, 2011).

Dados estos problemas, encontrados en las intervenciones generalizadas destinadas al control de los eventos privados para el abordaje de la impulsividad, han surgido, al hilo del conductismo radical, intervenciones destinadas a actuar sobre la relación funcional entre el evento privado y la conducta –que es propiamente el comportamiento impulsivo–. En este caso el objetivo no sería, por ejemplo, que el sujeto no se enfade cuando le lleven la contraria, puesto que en ocasiones puede ser inevitable, sino que cuando el sujeto se enfade no realice comportamientos que su experiencia le muestra que son contraproducentes a largo plazo (porque le generan problemas legales, familiares, laborales, etc.). El objetivo ya no sería controlar, modificar o atenuar el evento privado (que el sujeto se sienta de otra forma en esas circunstancias), sino modificar lo que hace en presencia del evento privado, es decir, que el sujeto se relacione de forma distinta con determinados pensamientos y emociones.

Este tipo de intervención es consistente con las terapias de conducta de tercera generación (Hayes, Masuda, Bissett, Luoma y Guerrero, 2004) y se lleva a cabo para el tratamiento de la impulsividad desde la Terapia Conductual Dialéctica (Linehan, 1993), la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999; Wilson y Luciano, 2002) y la Psicoterapia Analítico Funcional (Kohlenberg y Tsai, 1991). Estas intervenciones van destinadas a que el sujeto funcione de acuerdo a sus objetivos personales, independientemente de cómo se sienta. Para ello se utiliza la tecnología conductual clásica (modelado, reforzamiento diferencial, exposiciones planificadas, rol-playing...), incorporando la relación terapéutica (como el contexto privilegiado en el que realizar el moldeamiento), y añadiendo interacciones clínicas específicas que se han mostrado útiles para alterar funciones en la dirección señalada (Wilson y Luciano, 2002). Hay que señalar que las terapias de tercera generación también utilizan intervenciones desarrolladas desde la terapia cognitivo-conductual, como aprender a estar más en contacto con las consecuencias a largo plazo de la conducta problemática, o el entrenamiento en habilidades específicas (por ejemplo, habilidades sociales o de solución de problemas). En cualquier caso, desde ambos modelos se persigue el mismo objetivo final: favorecer conductas alternativas más eficaces.

A continuación se muestra el tratamiento (desde esta perspectiva conductista) y los resultados obtenidos, en un centro público de atención a drogodependientes, con un sujeto policonsumidor a drogas ilegales con importantes conductas impulsivas.

## **Exposición del caso**

Se trata de un varón (en adelante J.) de 40 años, con historia de drogodependencia de cocaína y heroína de 25 años de evolución. Estuvo viviendo en un poblado chabolista durante 10 años, realizando actividades marginales y delictivas que le generaron múltiples problemas legales y una estancia en prisión de tres años. En un recurso de reducción de daños, situado en el propio poblado chabolista, inició la toma de metadona y la derivación a un centro residencial de baja exigencia. Tras una estancia de tres meses en ese recurso fue derivado a un Piso de Estabilización, e inició su tratamiento en un Centro de Atención Integral a Drogodependientes de la Comunidad de Madrid.

J. tendía a la conducta violenta e intimidatoria para intentar solucionar conflictos interpersonales o problemas cotidianos, lo que le generó en el pasado despidos laborales y problemas legales. Así mismo, un angioma facial y la pérdida de visión de un ojo (que le confería un aspecto peculiar) le generaban sensaciones de vergüenza en cuanto la gente le miraba, que resolvía por medio del aislamiento social (se veía incapaz de ir a un bar a tomar café), la conducta agresiva (insultaba o agredía a aquella persona que se le quedaba mirando por la calle) o el consumo de drogas. Estos comportamientos le producían una importante limitación en su

vida personal, puesto que refería no estar satisfecho en ninguna de sus áreas vitales importantes (relaciones sociales, trabajo, salud y ocio).

Acudió al Centro después de 10 años en situación de calle, sin recibir ninguna prestación, una causa penal pendiente (suspensión de la pena condicionada a recibir tratamiento), consumos diarios de 1 gramo de cocaína y heroína fumada, sin contacto ni apoyo familiar, tratamiento con metadona y conflictos interpersonales frecuentes en cuanto experimentaba la más ligera frustración.

### ***Análisis funcional y objetivos terapéuticos***

Como habrá podido apreciarse, determinados contextos sociales generaban en J. la aparición de eventos privados aversivos (ganas de consumir, vergüenza, rabia...). Estas sensaciones eran un estímulo discriminativo, a su vez, para conductas operantes con función de evitación (consumo, aislamiento y agresión), que le estaban produciendo una importante limitación en su vida personal, pero que se mantenían por un potente proceso de reforzamiento negativo a corto plazo (el alivio de esas sensaciones desagradables).

Se planteó como objetivo de la intervención el alterar la relación establecida entre esas sensaciones y las conductas inefectivas (a largo plazo) y contraproducentes (a corto y largo plazo) que llevaba a cabo. Fueron objetivos terapéuticos compartidos con el cliente los siguientes:

- Abstinencia de cocaína y heroína de forma sostenida.
- Resolución de la causa penal pendiente.
- Aprender a relacionarse socialmente de forma diferente, reduciendo la agresividad y el aislamiento (de modo que aumentara la probabilidad de tener pareja). En concreto, fueron objetivos significativos para J. el tomarse un café en el bar por la mañana, realizar actividades grupales normalizadas (de ocio y formativas) y no mostrar conducta verbal y no verbal de carácter agresivo en la interacción con otros.
- Inserción laboral y mantenimiento del empleo.
- Vivir de forma autónoma en una vivienda (no en un recurso terapéutico).
- Retomar el contacto familiar. En concreto, recuperar el contacto con sus padres y su hermano.
- Suprimir el apoyo farmacológico con un agonista opiáceo.

Para lograr estos objetivos se tornaba fundamental lograr que los eventos privados aversivos mencionados no fueran estímulos discriminativos para las conductas problemáticas. Es decir, que en presencia del enfado, la vergüenza o la rabia, J. fuera capaz de realizar conductas orientadas a sus metas personales, en lugar de orientadas a la reducción o eliminación (evitación) de esas emociones.

## **Intervención**

Se decidió utilizar los procedimientos de las terapias de conducta de tercera generación, puesto que están específicamente diseñadas para lograr ese objetivo terapéutico. La intervención se llevó a cabo mediante citas individuales semanales con el psicólogo, quincenales con el médico y la trabajadora social, así como diarias por parte de los educadores sociales del recurso en el que residía (un piso de tratamiento), durante un periodo de un año. A lo largo del segundo año, las citas con el psicólogo fueron quincenales, y mensuales con la trabajadora social y el médico. Durante todo el proceso terapéutico realizó controles toxicológicos de orina de una a tres veces a la semana, analizados por el Colegio Oficial de Farmacia, para verificar de forma objetiva la abstinencia de heroína y cocaína.

La intervención psicológica trató de alterar la relación funcional entre las sensaciones aversivas que surgían a diario (vergüenza, rabia, enfado, etc.) y los comportamientos problemáticos que cumplían función de evitación (agresiones, insultos, aislamiento, consumo de drogas,...). Existe evidencia experimental de las interacciones clínicas más efectivas para el logro de estos propósitos terapéuticos (y que fueron utilizados para el presente caso), consistentes en la utilización de diversos tipos de ejemplos, metáforas y ejercicios experienciales en sesión (ver Hayes *et al.*, 1999; Wilson y Luciano, 2002, para una descripción pormenorizada de estos procedimientos), que permiten que el sujeto adquiera la habilidad de ser capaz de estar en contacto con el evento privado aversivo y ejecutar conductas orientadas a sus valores personales. Se entiende por valores aquellos reforzadores construidos verbalmente que son libremente elegidos (Hayes *et al.*, 1999; Wilson y Dufrene, 2008, p. 66). Con “libremente” no significa funcionalmente independiente del contexto, por supuesto. “Libre” en el sentido del que habló Skinner: libre de control aversivo (Skinner, 1948, 1971).

No es objetivo del presente trabajo el desarrollo de los ejemplos, metáforas y ejercicios experienciales utilizados, puesto que se hallan convenientemente especificados en los manuales de Hayes *et al.* (1999) y Wilson y Luciano (2002). Sirva de ejemplo la utilización del ejercicio denominado “contacto ocular” (Wilson y Luciano, 2002, p. 199), en el que se sitúa al paciente en una situación incómoda (el mantenimiento del contacto ocular con el terapeuta durante unos minutos), de modo que el sujeto experimenta sensaciones corporales (vergüenza, nervios, impaciencia...) que le “impulsan” a comportarse en una determinada dirección (retirar la mirada) y, sin embargo, dirige su conducta en sentido contrario (mantener la mirada). Obviamente estos ejercicios se realizan en el contexto de su utilidad de cara a aprender a poner en marcha respuestas alternativas en su vida cotidiana, que implican ser capaz de comportarse en ocasiones en un sentido contrario al que le “aconsejan” sus sensaciones corporales. La instrucción que se le dio a J. para la realización del ejercicio fue la siguiente:

*Te pido permiso para realizar un ejercicio que puede ser de utilidad para lo que estamos hablando. Por un periodo de dos minutos, nos vamos a sentar próximos y, sin hablar, nos miraremos a los ojos. Posiblemente, esto no resulte agradable para ninguno de los dos. La tarea consiste en estar abierto a todo lo que surja. Esto pueden ser pensamientos sobre la estupidez del ejercicio, sobre lo que estará pensando el otro, sobre lo mal que uno se siente, o el pensamiento de querer acabar, las ganas de no querer seguir mirando, o cualquier cosa. Observa cualquier pensamiento, recuerdo, sensación corporal, sin hacer nada con ello, dejando que venga lo que venga, mientras mantienes el contacto visual. Es posible que las sensaciones te aconsejen retirar la mirada pero, aun así, quiero que te veas manteniéndola porque es lo importante en este preciso momento. ¿Crees que puede ser útil para ti tener esta habilidad de hacer lo que consideres importante, independientemente de lo que te aconseje la sensación?...*

De forma añadida a esas interacciones clínicas, se realizaron los siguientes procedimientos terapéuticos:

1. La utilización de la relación terapéutica como contexto en el que moldear el estilo impulsivo de J.
2. La realización de rol-playing en sesión para simular situaciones que en el piso le generaban reacciones emocionales fuertes, y ensayar alternativas de respuesta.
3. Exposiciones planificadas en su vida cotidiana destinadas a la puesta en marcha de estas nuevas habilidades en su contexto natural.
4. Instrucciones a los educadores del piso de tratamiento, de modo que se reforzara adecuadamente las conductas objetivo y se extinguieran las inadecuadas.

Veamos estas intervenciones con un poco más de detalle.

1. Obviamente, en la relación terapéutica se mostraron conductas clínicamente significativas de J., ya que ciertas conductas del terapeuta (que se retrasa con respecto a la hora en la que estaba programada la cita, que no acceda a alguna petición inadecuada de J., que le pregunte por algún aspecto que le genere incomodidad, que le mire el angioma facial...), resultaban aversivas para J. y servían de estímulo discriminativo para la aparición de eventos privados (impaciencia, vergüenza, enfado...). Recordemos que la dificultad de J. consistía básicamente en su dificultad para manejarse con esas sensaciones, de modo que su aparición en sesión constituía una oportunidad única para, con ayuda y guía del psicólogo, ensayar respuestas alternativas que le permitieran alcanzar sus objetivos personales. Cuando el psicólogo detectaba la aparición de esas sensaciones en J., establecía una equivalencia funcional entre lo que estaba ocurriendo en sesión y sus problemas fuera de ella (Kohlenberg y Tsai, 1991), y le pedía permiso para realizar ejercicios que supusieran estar en contacto con el malestar en lugar de evitarlo (por ejemplo, describir pormenorizadamente sus sensaciones, bajar el volumen de voz pese a las tremendas ganas que tenía de gritar, etc.). Es decir, se empleó la

relación terapéutica y el *aquí y ahora* para moldear la conducta de J. en las direcciones deseadas (por medio de reforzamiento diferencial y el ensayo conductual), de modo que gradualmente fuera incrementando su competencia de cara a no actuar las sensaciones desagradables que le fueran apareciendo en sesión. El sujeto accedió a realizar estos ejercicios en sesión, que inevitablemente generaban malestar, al situarlos en el contexto de su importancia de cara a controlar su conducta y alcanzar sus objetivos personales.

2. J. traía a sesión dificultades de relación que estaba experimentando en el piso con respecto a los educadores sociales, cuando éstos le imponían la normativa o establecían límites. Se simularon por medio de rol-playing estas situaciones, representando el terapeuta el papel de educador. Estos ejercicios fueron útiles en la medida en que despertaban con enorme facilidad intensas reacciones emocionales en J. Cuando la respuesta era inadecuada (por ejemplo, agresiva), se le ponía en contacto con las consecuencias a medio y largo plazo («¿es así como quieres verte?...») y se reforzaba cualquier aproximación a una conducta más funcional para sus objetivos de tratamiento.

3. Para J. era importante reducir el aislamiento. Un ejemplo paradigmático era su deseo de tomarse un café leyendo el periódico en la cafetería. Hasta entonces lo había evitado porque le generaba respuestas de vergüenza intensa, que aplacaba no yendo o intimidando a la gente que le miraba de forma sostenida. Se realizaron exposiciones planificadas a diversas cafeterías, jugando con parámetros como la cantidad de gente que había en la misma o la ubicación del lugar en el que se sentaba dentro del local para tomar el café (es decir, mayor o menor exposición a la mirada de los otros), de modo que J. potenciaba la mayor tolerancia al malestar que iba adquiriendo por medio de las exposiciones que, a su vez, se realizaban en las sesiones.

4. Se dieron instrucciones a los educadores del piso para que supieran de qué forma podían no reforzar las conductas inadecuadas de J. Por ejemplo, en ocasiones en las que mostró malestar por alguna situación, los educadores debían normalizar el malestar en lugar de intentar ayudarle a evitarlo (que es precisamente su problema). De esta forma, las instrucciones del psicólogo permitieron que los educadores no realizaran conductas propias del sentido común, como intentar tranquilizarle, que habrían reforzado su forma disfuncional de interactuar con sus sensaciones. La siguiente transcripción lo ejemplifica:

*J.: estoy nervioso por la entrevista de trabajo de mañana.*

*Educador: bienvenido al mundo... recuerdo que yo también me puse muy nervioso en la última entrevista que tuve... (normaliza el malestar, no fomenta la evitación del mismo).*



En esta interacción, hipotéticas respuestas del educador como «venga, que no pasa nada...», «ya verás como va a salir bien...», «tranquilízate» u otras equivalentes funcionalmente (orientadas a la reducción del malestar), habrían situado al malestar como algo negativo a ser evitado y, por tanto, habrían reforzado su problema, consistente en intentar eliminar sensaciones desagradables (vergüenza, enfado o ganas de consumir) con operantes con función de evitación (aislamiento, agresión verbal o física, consumo de drogas) efectivas a corto plazo, pero limitantes a largo plazo.

Entre las sensaciones con las que se realizó este tipo de interacciones clínicas y ejercicios estuvieron, obviamente, las ganas de consumir cocaína y heroína.

De forma paralela a este trabajo psicológico, la trabajadora social le ayudó a gestionar su problema legal pendiente, con orientación y realización de los informes a los juzgados correspondientes. Así mismo, realizó un trabajo específico orientado a la búsqueda de empleo cuando J. llevaba un periodo prolongado de abstinencia, y le apoyó en la búsqueda de vivienda normalizada. A su vez, el médico realizó una reducción gradual de la dosis de metadona pautaada hasta su total eliminación.

## Resultados

Tras dos años de intervención, J. estuvo abstinentes de heroína y cocaína de forma objetiva y continuada durante todo el proceso de tratamiento pese a las ganas de consumir que inevitablemente surgieron con mayor o menor intensidad durante este periodo. Así mismo, resolvió la incidencia legal actual gracias a su buena evolución en el tratamiento. Al finalizar la intervención: tenía pareja desde hacía ocho meses; trabajaba de ayudante de carga con contrato indefinido desde hacía seis meses; vivía en una habitación de alquiler; retomó las relaciones familiares, tras incrementar de forma gradual el contacto con ellos (comenzó con contacto telefónico), de modo que al final de la intervención pasaba el fin de semana en la casa de sus padres y su hermano; y no tenía tratamiento farmacológico alguno. En el último año de tratamiento no presentó, ni en el piso ni en el centro ambulatorio, ningún comportamiento impulsivo (no insultaba, ni agredía, no se encerraba en la habitación), tal cual refirieron los propios profesionales de los dispositivos. Refirió ser “más libre”, de modo que, por ejemplo, todas las mañanas se tomaba su café en el bar (ya sin esa elevada activación) y acudía a actividades grupales de senderismo gratuitas.

Se procedió a darle el alta terapéutica, manteniendo todos los avances mencionados tras 12 meses de seguimiento. El seguimiento consistió en citas mensuales con el psicólogo, en las que se revisaba su funcionamiento durante ese periodo y se realizaba un control toxicológico.

## Discusión

Con estas breves pinceladas sobre el tratamiento de J. se ha querido ejemplificar lo siguiente:

1. Como bien se sabe desde la perspectiva conductual, el análisis funcional es el elemento central que fundamenta los objetivos de intervención y cómo llevarlos a cabo.

2. Los casos más complejos y cronificados no implican, necesariamente, una problemática irresoluble, ni tampoco demuestra que se trate de una “enfermedad crónica recidivante” (NIDA, 2001). Como se ha mostrado, una intervención efectiva pasa por abordar el elemento nuclear del análisis funcional (en nuestro caso, una relación problemática del sujeto con sus sensaciones) de una forma sistemática y prolongada en el tiempo. Esta forma de proceder produce buenos resultados incluso con los casos más enquistados. Desde el modelo de las terapias de conducta de tercera generación existe bibliografía que muestra que la rehabilitación psicosocial completa es posible con los sujetos drogodependientes con alto grado de impulsividad y con el perfil característico de mayor deterioro y cronicidad (véanse algunos ejemplos en Batten y Hayes, 2005; Hayes, Wilson, *et al.*, 2004; Heffner, Eifert, Parker, Hernández y Sperry, 2003; López, Luciano y Páez, 2013; Luciano, Gómez, Hernández y Cabello, 2001; Stotts, Masuda y Wilson, 2009; Twohig, Shoenberger y Hayes, 2007).

3. Cuando existe un deterioro generalizado como el expuesto, el trabajo ha de ser necesariamente multidisciplinar. El tratamiento realizado de esta forma implica una parcelación de las intervenciones especializadas, pero bajo un hilo conductor común (los objetivos de intervención basados en el análisis funcional). Esto implica que el psicólogo debe coordinar las intervenciones.

4. Para el tratamiento de la “impulsividad” son útiles los recientes desarrollos dentro de la terapia de conducta, que aportan herramientas terapéuticas destinadas a alterar la relación funcional eventos privados-conducta problemática.

## REFERENCIAS

- Batten, S.V. y Hayes, S.C. (2005). Acceptance and Commitment therapy in the treatment of comorbid substance abuse and post-traumatic stress disorder. A case study. *Clinical case studies*, 4(3), 246-262.
- Echeburúa, E. y Fernández-Montalvo, J. (2009). Evaluación de un programa de tratamiento en prisión de hombres condenados por violencia grave contra la pareja. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9(1), 5-20.
- Hayes, S.C., Masuda, A., Bissett, R., Luoma, J. y Guerrero, L.F. (2004). DBT, FAP, and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies? *Behavior Therapy*, 35, 35-54.

- Hayes, S.C., Strosahl, K.D. y Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy. An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D. y Wilson, K.G. (2011). *Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change*. New York: Guilford.
- Hayes, S.C., Wilson, K.G., Gifford, E.V., Bissett, R., Piasecki, M., Batten, S.V., ... Gregg, J. (2004). A preliminary trial of twelve-step facilitation and acceptance and commitment therapy with polysubstance-abusing methadone maintained opiate addicts. *Behavior Therapy*, 35, 667-688.
- Heffner, M., Eifert, G.H., Parker, B.T., Hernández, D.H. y Sperry, J.A. (2003). Valued directions: Acceptance and Commitment Therapy in the treatment of alcohol dependence. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10, 378-38.
- Kohlenberg, R.J. y Tsai, M. (1991). *Functional Analytic Psychotherapy: A guide for creating intense and curative therapeutic relationship*. New York: Plenum.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Nueva York: Guilford Press.
- López, M., Luciano, C. y Páez, M. (2013). *Estudio controlado de comparación entre la terapia cognitivo-conductual y la terapia de aceptación y compromiso en drogodependientes*. En revisión.
- Luciano, C., Gómez, S., Hernández, M. y Cabello F. (2001). Alcoholismo, Evitación Experiencial, y Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). *Análisis y Modificación de Conducta*, 27, 333-372.
- Moeller, F.G., Barratt, E.S., Dougherty, D.M., Schmitz, J.M. y Swann, A.C. (2001). Psychiatric aspects of impulsivity. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1783-1793.
- NIDA (2001). *Principios de Tratamiento para la Drogadicción: una guía basada en investigaciones*. Washington: National Institute on Drug Abuse.
- Pretzer, J. (1998). Cognitive-behavioral approaches to the treatment of personality disorders. En C. Perris y P.D. McGorry (Coords.), *Cognitive Psychotherapy of psychotic and personality disorders: Handbook of theory and practice* (pp. 269-291). Chichester, England: John Wiley & Sons.
- Skinner, B.F. (1948). *Walden two*. New York: Macmillan.
- Skinner, B.F. (1971). *Beyond freedom and dignity*. New York: Knopf.
- Stotts, A.L., Masuda, A. y Wilson, K.G. (2009). Using Acceptance and Commitment Therapy in methadone dose reduction: Rationale, treatment description, and a case report. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16, 205-213.
- Twohig, M.P., Shoenberger, D. y Hayes, S.C. (2007). A preliminary investigation of Acceptance and Commitment Therapy as a treatment for marijuana dependence in adults. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 40, 619-632.
- Wegner, D.M., Schneider, D.J., Carter, S.R. y White, T.I. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 5-13.
- Wilson, K. y Dufrene, T. (2008). *Mindfulness for two: An Acceptance and Commitment Therapy approach to mindfulness in psychotherapy*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Wilson, K.G. y Luciano, C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso. Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.

**Artículos**

**M. Rus-Calafell, J. Gutiérrez-Maldonado y N. Frerich**

Schizotypy, Alexithymia and Affect as predictors of Facial Emotion Recognition Capability using static and dynamic images

**Raquel Surià Martínez**

Análisis comparativo de la fortaleza en padres de hijos con discapacidad en función de la tipología y la etapa en la que se adquiere la discapacidad

**María Jesús Carrera-Fernández, Joan Guàrdia-Olmos y Maribel Perú-Cebollero**

Psicología y lenguaje en política: los candidatos a la Presidencia del Gobierno y su estilo lingüístico

**Mercedes Amparo Muñetón Ayala y María José Rodrigo López**

The role of pointing in the immediate and displaced references in early mother-child communication

**Antoni Hernández-Fernández y Faustino Diéguez-Vide**

La ley de Zipf y la detección de la evolución verbal en la enfermedad de Alzheimer

**José Cabrera Sánchez y René Gallardo Vergara**

Psicopatía y apego en los reclusos de una cárcel chilena

**Laia Mas-Expósito, Juan Antonio Amador-Campos, Juana Gómez-Benito y Lluís Lalucat-Jo**

Review of psychotherapeutic interventions for persons with schizophrenia

**Marcos López Hernández-Ardieta**

Tratamiento psicológico de la impulsividad desde la perspectiva de las terapias de conducta de tercera generación. A propósito de un caso

