

# Tratamiento de un caso de cleptomanía basado en la terapia de aceptación y compromiso

## *Treating a case of kleptomania based on acceptance and commitment therapy*

Rafael Jiménez Díaz<sup>1</sup>

### RESUMEN

En este artículo se presenta un caso clínico de cleptomanía en el que la conducta de robo compulsivo tenía consecuencias positivas a corto plazo y negativas a mediano y largo plazo para la sujeto. Debido a este conflicto entre las consecuencias, cuando la sujeto experimentaba deseos de robar se esforzaba por controlar o evitar tal conducta. Este hecho empeoraba paradójicamente el problema debido a las consecuencias negativas adicionales que el propio acto de control acarrea, como muestra el análisis funcional realizado. Como tratamiento, se aplicó terapia de aceptación y compromiso con el fin de que abandonara el círculo vicioso de lucha y rendición en el que se encontraba respecto de la conducta de robar mediante la aceptación de que robar o no robar tienen consecuencias negativas, y mediante el compromiso con una de estas opciones a pesar de sus inconvenientes. Por último, se plantea que la terapia de aceptación y compromiso goza de eficacia terapéutica, ya que se produce la disminución del sufrimiento subjetivo experimentado por la sujeto y la eliminación de la conducta problemática planteada, esto es, el robo compulsivo.

**Palabras clave:** Cleptomanía; Consecuencias paradójicas; Análisis funcional y topográfico; Robo compulsivo; Terapia de aceptación y compromiso.

### ABSTRACT

*The present study presents a clinical case of kleptomania. The subject's stealing behavior had produced both positive and negative consequences and the subject tried unsuccessfully to practice control over her urge to steal. A functional analysis approach indeed showed failure to control this urge. Despite her very best efforts the problem got worse and led to negative consequences. Acceptance and commitment therapy was applied in order to break down the fight-surrender vicious circle of the stealing behavior. Two treatment strategies were agreed upon: acceptance of the fact that both stealing and not stealing had negatives consequences, and was led to commit to one of these options despite its disadvantages. Finally, it is proposed that acceptance and commitment therapy is a useful therapeutic tool as it decreases suffering and, in this case, eliminated the compulsive stealing behavior.*

**Key words:** Kleptomania; Paradoxical consequences; Functional and topographic analysis; Compulsive stealing; Acceptance and commitment therapy.

---

<sup>1</sup> C/ Jaén Núm. 16, Vélez-Málaga, 29700 Málaga, España, correo electrónico: rfjdpsicologo@hotmail.com. Artículo recibido el 4 de julio y aceptado el 11 de noviembre de 2014.

## INTRODUCCIÓN

La cleptomanía es un trastorno que se caracteriza por un impulso incontrolable de robar objetos, aun cuando estos resulten innecesarios para el individuo. El sujeto no los roba por su valor económico o para su uso personal, sino para reducir la tensión que experimenta justo antes del robo, la que únicamente disminuye cuando lleva a cabo ese acto (American Psychiatric Association [APA], 2013).

A pesar de que todavía se observa cierto rechazo y prejuicios sociales hacia los individuos que padecen cleptomanía, hace tiempo que esta conducta se considera un trastorno psicológico que interfiere negativamente con el funcionamiento cotidiano de las personas que lo padecen. Por todo esto, cobran especial interés el conocimiento de los factores implicados en la génesis, eclosión y mantenimiento de la cleptomanía, así como la búsqueda de tratamientos terapéuticos adecuados y eficaces para afrontarla.

El análisis funcional viene planteándose desde hace tiempo como una herramienta fundamental para entender los diversos tipos de conductas problemáticas que pueden manifestar los seres humanos (Ferro, Valero y López, 2007; Kohlenberg y Tsai, 1991; Velasco y Quiroga, 2001). Por otro lado, la llamada terapia de aceptación y compromiso ha mostrado su eficacia terapéutica en el tratamiento de psicopatologías de diversa índole (Hayes, 2004; Luciano y Valdivia, 2006; Wilson y Luciano, 2002).

### Descripción del caso clínico

El caso clínico de cleptomanía que se expone es el de M., una joven de diecisiete años de edad, soltera y estudiante del segundo curso de bachillerato. M. acude a consulta demandando ayuda por un problema de cleptomanía que viene padeciendo desde hace dos años, aproximadamente. Es la propia joven la que etiqueta su trastorno como “cleptomanía” después de haber buscado información al respecto en varias páginas de Internet.

M. relató que desde hace dos años sentía deseos incontrolables de robar objetos cuando se encontraba en distintos establecimientos (tiendas de complementos, ropa, bisutería, supermercados,

etc.). Cuando intentaba resistir tal deseo, experimentaba una tensión tan insoportable que se veía obligada a rendirse a su impulso a fin de que esta tensión disminuyese.

M. recordaba perfectamente la primera vez que robó un objeto tras experimentar ese impulso incontrolable. Tenía entonces catorce años, aunque estaba ya a punto de cumplir los quince. Como de costumbre, M. acompañó a su madre al supermercado. Al pasar frente a las estanterías, a M. se le antojó una golosina envuelta en un sugerente papel brillante. Pensó en pedírsela a su madre, pero en ese momento se acordó de lo que ésta solía decirle en esas situaciones: que no tenía dinero para satisfacer sus caprichos. Su padre llevaba cuatro meses desempleado y la situación económica de la familia era precaria.

Ante estas circunstancias, la sujeto refiere que tuvo entonces un pensamiento fugaz: analizó la posibilidad de coger la golosina y meterla en su bolsillo para llevársela sin pagar. Aunque instantáneamente descartó tal idea por considerarla inapropiada, recuerda que empezó a experimentar ansiedad tras haber valorado tal posibilidad. Al parecer, M. había tenido una educación bastante estricta por parte de sus padres. Desde muy pequeña le inculcaron el cumplir las normas y dar una buena imagen ante los demás. Así, M. aprendió a respetar a los mayores, saludar cuando llegaba a algún lugar, ceder su asiento en el autobús a los ancianos y, en definitiva, a ser una niña modélica y bien educada. Sus calificaciones escolares eran buenas, nunca había dado problemas en el colegio y sus profesores estaban bastante satisfechos con ella.

Por todo ello, si bien había conseguido resistir el primer impulso y finalmente no había robado el dulce, en el fondo se seguía sintiendo culpable. M. refiere que, aunque al final no lo hubiese robado, lo había pensado, y para ella pensarlo era tan malo como hacerlo.

M. informa que intentó tranquilizarse asegurándose a sí misma que realmente no hubiese sido capaz de llevar a cabo el hurto, pero no había forma de conseguirlo. Mientras más aumentaban sus esfuerzos por convencerse de que era incapaz de robar, más tensa se ponía y peor se encontraba. Además, empezó a preocuparse por la posibilidad de ser descubierta si finalmente llevaba a cabo un

robo. Su pulso se aceleraba y sentía un nudo en la garganta y presión en las sienas.

Ante estas circunstancias, la sujeto recordaba que de repente, en un instante, se dio cuenta de que la única manera de que aquella angustia desapareciera era robando de una vez por todas la golosina. Si realmente la robaba, no tendría que seguir preocupándose por la posibilidad de que ello ocurriera. Aunque saliera de ese supermercado sin haber robado, sabía que se iba a sentir tan mal como si lo hubiese hecho, de modo que no tenía mucho sentido seguir resistiéndose.

Cuando M. metió el dulce en su bolsillo, experimentó repentinamente un gran placer y se sintió aliviada de inmediato. El problema fue que, nada más atravesar el umbral de la puerta del supermercado, M. empezó a arrepentirse. A pesar de que había sentido un intenso placer en el momento en que se guardó la golosina en el bolsillo dejándose llevar por sus impulsos, esa efímera sensación de bienestar apenas duró unos segundos.

M. rememora que apenas llegó a su casa, la tiró a la basura, pues no fue capaz de comérsela. Esa noche permaneció despierta. Se sentía sucia y mala. Dice que pidió perdón a Dios (al parecer, tuvo una educación religiosa por parte de sus padres) y se juró a sí misma que jamás volvería a hacer algo así.

A raíz de aquel episodio, puso todo su empeño en asegurarse a ella misma que no era una ladrona y que aquello había sido un hecho aislado. A partir de ahí, cada vez que entraba a cualquier comercio, no solo al supermercado donde robó por primera vez, empezaba a darse autoinstrucciones del tipo: “No vuelvas a hacer algo así” o “Tienes que controlarlo”. Estos pensamientos la ponían tensa, en estado de alerta, y el ciclo descrito en el primer episodio se repetía una y otra vez, de manera que el desenlace casi siempre era el mismo: M. acababa robando.

En algunas ocasiones conseguía controlarse, pero lo habitual era que no lo hiciera. Dependía de cómo se encontrara ese día, de su estado de ánimo o de si estaba más o menos estresada. Sus robos se hicieron más frecuentes en determinadas circunstancias; por ejemplo, cuando tenía exámenes pendientes o cuando rompió su relación con su primer novio a los dieciséis años de edad.

## Análisis funcional y topográfico del caso

Con base en la información aportada, parece claro que M. sufría el trastorno del control de los impulsos denominado *cleptomanía* dado que cumple con los criterios diagnósticos que establece el DSM-V (APA, 2013).

Al margen de lo anterior, desde una perspectiva basada en el análisis funcional, habría que dejar claro que tal diagnóstico psicopatológico tiene una utilidad clínica limitada, toda vez que no proporciona clave alguna de tipo funcional que pueda orientar al momento de programar una intervención terapéutica. Para establecer el tratamiento idóneo, es fundamental llevar a cabo el análisis funcional y topográfico de las conductas problemáticas con el objetivo de actuar sobre las variables relevantes de un caso concreto.

La conducta que la sujeto señaló como problemática era el robo impulsivo de diversos objetos manifestado desde hacía algunos años. Desde el punto de vista topográfico, es posible considerar que esa conducta, que ocurría cuando la sujeto se encontraba en distintos establecimientos donde había la posibilidad de robar (situación estimular desencadenante), iba precedida por las siguientes respuestas:

1) Respuesta cognitiva previa: La sujeto tiene pensamientos del tipo “Tienes que controlarlo” (evitación), “Seguro que vuelvo a caer”, “Podrían acabar descubriéndome” (miedo), “Debería controlarme, aunque, si robo, conseguiré este objeto y reduciré este malestar” (ambivalencia).

2) Respuesta fisiológica previa: Como consecuencia de la respuesta cognitiva señalada en el punto anterior, la sujeto experimentaba una activación fisiológica desagradable (tensión, agitación, ansiedad, etc.).

Como se puede observar, lo que la paciente catalogaba como “ganas de robar”, en realidad implicaba todo un entramado de sensaciones fisiológicas desagradables, desencadenadas a su vez por múltiples respuestas cognitivas. Los pensamientos relacionados con el miedo y la evitación desataban una activación fisiológica desagradable. Tal activación aumentaba aún más cuando aparecían pensamientos ambivalentes, pues cuando una persona tiene que elegir entre dos opciones posibles (en este caso robar o no), se produce una especie de ac-

tivación o tensión que la empuja a decidirse hacia una opción u otra. Además, los pensamientos evitativos hacen que paradójicamente esté aún más presente en la mente del individuo el contenido que pretende evitar (Hayes, Wilson, Gifford, Follette y Strosahl, 1996). Dicho fenómeno paradójico se ha puesto de manifiesto anteriormente en los trastornos obsesivo-compulsivos, de pánico y de personalidad límite, las drogodependencias, la depresión, la bulimia, las parafilias y el alcoholismo (Craske, Street y Barlow, 1990; Dougher y Hackbert, 1994; Gold y Wegner, 1995; Linehan, 1993; LoPiccolo, 1994; Luciano y Huertas, 1999; Marlatt, 1994; McCarthy y Foa, 1990; Nash y Farmer, 1999; Strosahl, 1991; Velasco y Quiroga, 2001; Wulfert, 1994).

Ante estas circunstancias, la activación fisiológica en M. llegaba a hacerse tan insoportable que se veía obligada a robar para que aquella disminuyera. La sujeto experimentaba una gran tensión fisiológica cuando intentaba controlar su impulso de robar, siendo infructuosos todos sus esfuerzos por evitar estas sensaciones, lo que hacía que paradójicamente se fuese sintiendo cada vez peor. Ella sabía que, si robaba, más tarde acabaría sintiéndose culpable y mal consigo misma, pero la cuestión es que ella ya se sentía mal antes de robar. Lo que se intenta explicar es que la anticipación ansiosa de la posibilidad de no controlar su impulso es lo que, paradójicamente, hacía que no lo controlara.

Topográficamente, las respuestas que emitía la sujeto eran las siguientes:

1) Respuesta cognitiva: La sujeto, tras luchar sin éxito por controlar las sensaciones desagradables que experimentaba cuando se encontraba ante la posibilidad de robar, tenía el pensamiento “No soporto esta angustia, me rindo”.

2) Respuesta motora: La sujeto acababa robando nuevamente.

Las consecuencias de estas respuestas son claras. A corto plazo, la sujeto descargaba el malestar fisiológico desencadenado por los intentos de evitación o control de la conducta problemática, pero en el largo plazo se seguían desencadenando las consecuencias negativas (deterioro de la autoestima de la sujeto, riesgo de ser descubierta, etc.). Estas consecuencias negativas hacían que en

ella aparecieran pensamientos relacionados con la culpa, tales como “Soy una ladrona, una delincuente”, “No tengo fuerza de voluntad” o “Me estoy dañando a mí misma”, pensamientos que la predisponían a esforzarse aún más por controlar sus impulsos la próxima vez que se hallara ante la posibilidad de robar (factor de mantenimiento).

Debido a estas consecuencias, cada vez que M. estaba en contacto con situaciones estimulares en las que surgía la posibilidad de robar cualquier objeto, se disparaba el proceso de lucha-rendición descrito anteriormente.

Como se ve, la conducta de la sujeto seguía un patrón de reforzamiento mixto, que combina el refuerzo negativo (la sujeto consigue eliminar malestar fisiológico) y el refuerzo positivo (la sujeto obtiene objetos apetecibles).

Aunque para M. la conducta problemática que pretendía eliminar era el robo impulsivo de objetos, para los terapeutas el problema a tratar era más bien el círculo vicioso de lucha-rendición relativa a la propia conducta de robar.

### **Tratamiento terapéutico del caso clínico basado en la terapia de aceptación y compromiso**

Teniendo en cuenta el análisis funcional y topográfico descrito, la intervención terapéutica se encaminó a eliminar la conducta de control/evitación del impulso de robar, dado que el propio intento de hacerlo constituía el factor principal del problema (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999).

El primer paso en la aplicación de la terapia de aceptación y compromiso consistió en la discusión, junto con la paciente, de la finalidad y utilidad de las estrategias de control/evitación que venía utilizando hasta ese momento para que entendiera claramente que tales estrategias constituían el factor principal que mantenía su conducta problemática.

M. no mostró demasiadas dificultades para entender las explicaciones funcionales de su problema. Ella misma ya refería, durante las entrevistas en que se recogían los datos clínicos, cómo las sensaciones desagradables que experimentaba cuando intentaba resistir el impulso de robar aumentaban a medida que lo hacían sus propios esfuerzos de control. En cualquier caso, para ayudar-

la a entender mejor este proceso, se emplearon varias metáforas, que por cuestiones de espacio se presentan resumidas:

- **Metáfora del monstruo:** Se le explicó a la sujeto que las sensaciones desagradables que experimentaba equivalían a un monstruo que crece y se pone más furioso entre más atención se le presta. En cambio, si se le ignora, permanece pequeño e inofensivo.
- **Metáfora de los visitantes molestos:** En esta metáfora, las sensaciones desagradables equivalen a los visitantes molestos que acuden a una fiesta a la que no han sido invitados. Si el anfitrión les presta atención, le impedirán disfrutar de su fiesta, y si intenta echarlos puede ocurrir un conflicto desagradable que arruine definitivamente la reunión. La solución sería ignorarlos y centrarse en otros invitados a los que se aprecia.
- **Metáfora de las alarmas:** Las sensaciones desagradables equivalen a múltiples alarmas que suenan estridentemente cuando hay algún peligro. Son útiles en cuanto que avisan de la proximidad de un peligro (en este caso, la posibilidad de acabar cometiendo un hurto), pero se vuelven insoportables si no se desactivan a tiempo. La cuestión es que las alarmas están programadas para desactivarse por sí mismas, y cualquier intento externo para apagarlas de otra manera hará que el sonido se vuelva más estridente aún.

El uso de metáforas es una herramienta fundamental en la terapia de aceptación y compromiso (García, Luciano, Hernández y Zaldívar, 2004; Hayes y Wilson, 1994; Velasco y Quiroga, 2001) y permite a los sujetos tomar conciencia de forma clara de los fenómenos paradójicos de la evitación experiencial.

Además de desenmascarar los procesos paradójicos contraproducentes de dicha evitación, se consideró importante intervenir en algunas de las cogniciones de la sujeto que se pusieron de manifiesto en el análisis funcional y topográfico previo. Como se ha mencionado en el punto anterior, la sujeto, antes de llevar a cabo la conducta de robo (cuando sentía el impulso previo o “ganas

de robar”) y después de realizarla, refería respuestas cognitivas del tipo: “Soy una ladrona, una delincuente”, “No tengo fuerza de voluntad” o “Me estoy dañando a mí misma”. Tales pensamientos le generaban un gran sentimiento de culpa y dañaban su autoconcepto, predisponiéndola a esforzarse por evitar que tal conducta volviese a ocurrir y retroalimentando el círculo vicioso de lucha-rendición. Por ello, se le propuso sustituir tales pensamientos dañinos para el autoconcepto por otros que generaran menos culpa, tales como “Tengo un problema que tiene consecuencias negativas para mí, pero puedo resolverlo”.

Tras conseguir que M. experimentara cierta disminución de culpabilidad, asumiera que seguir robando tendría consecuencias muy negativas en el mediano y largo plazo para ella (posibilidad de ser descubierta, disminución de la autoestima, etc.) y comprendiera que intentar controlar el impulso de robar era contraproducente, el siguiente paso de la intervención consistió en plantearle su compromiso con la decisión de abandonar la conducta de robar ahora que sabía que no podía evitar o controlar el hecho de “sentir ganas” de robar; es decir, abandonar la conducta de robar implicaría necesariamente aceptar y sobrellevar toda la activación fisiológica desagradable que experimentaba cuando se hallaba ante la posibilidad de cometer un hurto.

Es en este punto cuando se expuso a M. la alternativa terapéutica de aceptar esas ganas de robar como una de las muchas experiencias aversivas que podía experimentar en otros contextos cotidianos de su vida. Así, se le ofrecieron ejemplos de otras circunstancias en las que tenía que aceptar experiencias desagradables, tales como esperar en clase, aunque se encuentre fatigada, hasta que toca la sirena para salir, o esperar y soportar la sensación de hambre hasta que sale del instituto y puede ir a casa para almorzar, etcétera.

M., tras un breve período de reflexión, se comprometió con esta alternativa terapéutica. Se le volvió a citar en un mes y se dio por finalizado el tratamiento después de ocho sesiones (una primera sesión para recoger sus datos clínicos, dos para explicarle el análisis funcional de su caso, dos para trabajar cognitivamente los pensamientos generadores de culpa, dos para que asimilara a través de metáforas los procesos paradójicos de la evi-

tación experiencial, y una última sesión en la que M. se comprometió con su elección de no volver a robar).

Transcurrido el mes, acudió a la cita y manifestó que se mantenía sin haber robado durante ese tiempo. Además, informó que la intensidad de las “ganas de robar” que experimentaba al encontrarse en cualquier comercio en que había la posibilidad de robar algún objeto era mucho menor que antes de iniciar la terapia.

Al cabo de cuatro meses, se contactó telefónicamente con ella para llevar a cabo el seguimiento de su evolución terapéutica. Comentó que, a pesar de que todavía sentía “ganas de robar” cuando surgía la posibilidad, permanecía sin embargo sin hacerlo. En el nivel anímico, la sujeto refirió encontrarse mucho mejor que antes de llevar a cabo la terapia de aceptación y compromiso.

El último contacto telefónico con la sujeto se tuvo a los ocho meses de finalizada la intervención, y sirvió para confirmar su evolución positiva ya que se mantenía sin robar y con un buen estado anímico.

## DISCUSIÓN

Al margen de que los estudios de caso único son claramente insuficientes para llevar a cabo cualquier generalización de resultados, y asumiendo la necesidad de que se requiere una mayor validación empírica que respalde la eficacia de la terapia de aceptación y compromiso en el tratamiento de la cleptomanía, el buen desenlace del caso clínico expuesto permite experimentar cierto optimismo al respecto de las posibilidades de dicha terapia.

De esta manera, el caso clínico aquí presentado vuelve a poner de manifiesto la máxima del análisis funcional de que la conducta siempre tiene un sentido o función. Por lo tanto, es fundamental que el terapeuta entienda la función de las conductas del paciente para poder ayudarle. Tal función siempre tiene que ser analizada en relación al entorno o contexto del sujeto.

En las funciones pueden intervenir procesos de reforzamiento positivo, negativo o mixto, y es una condición imprescindible de parte del psicólogo clínico delimitar tales procesos para poder operar sobre ellos.

En el caso de M., su conducta de robo impulsivo estaba gobernada por un proceso de reforzamiento mixto. El descubrimiento de que los esfuerzos por controlar tal conducta generaban en ella una activación fisiológica desagradable que paradójicamente le impedía controlarla, fue clave. Por un lado, la conducta era reforzada negativamente al permitir a la sujeto liberarse –aunque solo por breve tiempo–, de sus pensamientos de miedo, culpa y ambivalencia y descargar la tensión fisiológica desagradable producida por sus intentos de evitación/control previos, y, por otro lado, esta conducta también era reforzada positivamente al permitirle conseguir objetos apetecibles.

Aunque en el largo plazo las consecuencias negativas de la conducta de robo (llegar a ser descubierta y denunciada, problemas de autoestima, etc.) superaban las positivas, constituían a la vez un factor que mantenía y retroalimentaba el círculo vicioso de lucha-rendición en el que se hallaba inmersa. Así, cuando se percataba de todas esas consecuencias negativas, se instruía a sí misma para intentar evitar o controlar la conducta, reanudándose el mencionado círculo vicioso.

Por ello, el que M. tomara conciencia de los efectos paradójicos y contraproducentes de la evitación experiencial constituye un factor clave en la aplicación de la terapia de aceptación y compromiso. Además, dado el importante papel que la culpa desempeña como factor de mantenimiento, es importante trabajar las cogniciones que generan culpa exagerada y que dañan la autoestima, y sustituirlas por otras más positivas y realistas, tal y como se hizo en este caso.

Cuando M. asimiló que no había ninguna forma efectiva de reducir la activación desagradable que experimentaba cuando surgía la posibilidad de robar, y que para abandonar dicha conducta tendría que aceptar tales sensaciones desagradables, estuvo en condiciones de comprometerse con la elección de no volver a robar.

Para finalizar, debe señalarse que algunas variables del caso clínico, tales como un adecuado nivel intelectual de la sujeto –que le ayudó a asimilar sin problemas la explicación del análisis funcional de su conducta y las metáforas sobre los efectos de la evitación– y el hecho de que su problema, a pesar de ocasionarle sufrimiento y malestar psicológico significativo, no hubiese des-

embocado aún en una depresión clínica ni mostrase comorbilidad con trastornos de personalidad (como puede ocurrir en ocasiones), propiciaron la buena resolución terapéutica del mismo. Posiblemente, la aplicación de la terapia de aceptación y

compromiso en otros casos de cleptomanía con variables personales distintas podría implicar algunas dificultades que habría que tener en cuenta y que indudablemente retrasarían (o incluso impedirían) el proceso terapéutico.

## REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-V*. Washington, D.C.: APA.
- Craske, M.G., Street, L. y Barlow, D.H. (1990). Instructions to focus upon or distract from internal cues during exposure treatment of agoraphobic avoidance. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 663-672.
- Dougher, M.J. y Hackbert, L. (1994). A behaviour-analytic account of depression and a case report using acceptance-based procedures. *The Behaviour Analyst*, 17, 321-334.
- Ferro, R., Valero, L. y López B., M.A. (2007). La conceptualización de casos clínicos desde la Psicoterapia Analítica Funcional. *Papeles del Psicólogo*, 30(3), 255-264.
- García M., J.M., Luciano, M.C., Hernández L., M. y Zaldívar, F. (2004). Aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) a sintomatología delirante: un estudio de caso. *Psicothema*, 16, 117-124.
- Gold, D.B. y Wegner, D.M. (1995). Origins of ruminative thought: Trauma, incompleteness, nondisclosure, and suppression. *Journal of Applied Social Psychology*, 25, 1245-1261.
- Hayes, S.C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D. y Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and commitment therapy. An experiential approach to behavior change*. New York: The Guilford Press.
- Hayes, S.C. y Wilson, K.G. (1994). Acceptance and commitment therapy: Altering the verbal support for experiential avoidance. *The Behavior Analyst*, 17, 289-304.
- Hayes, S.C., Wilson, K.W., 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.
- Kohlenberg, R.J. y Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy. Creating intense and curative therapeutic relationship*. New York: Plenum Press.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press.
- LoPiccolo, J. (1994). Acceptance and broad spectrum treatment of paraphilias. En S. C. Hayes, N. S. Jacobson, V. M. Follette y M. J. Dougher (Eds.): *Acceptance and change: Content and context in psychotherapy* (pp. 149-170). Reno, NA: Context Press.
- Luciano, M.C. y Huertas, F. (1999). *ACT through several cases*. Paper presented in the Association for Behavior Analysis. May, Chicago. IL: ABA.
- Luciano, M.C. y Valdivia, M.S. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 27, 79-91.
- Marlatt, G.A. (1994). Addiction and acceptance. En S. C. Hayes, N. S. Jacobson, V. M. Follette y M. J. Dougher (Eds.): *Acceptance and change content and context in psychotherapy* (pp. 175-197). Reno, NA: Context Press.
- McCarthy, P.R. y Foa, E.B. (1990). Obsessive-compulsive disorder. En M. E. Thease, B. A. Edelstein y M. Hersen (Eds.): *Handbook of outpatient treatment of adults: Nounpsychotic mental disorders* (pp. 209-234). New York: Plenum.
- Nash, H.M. y Farmer, R. (1999). *Modification of bulimia-related behavior in the context of acceptance and commitment therapy*. Paper present in the Association for Behavior Analysis. Chicago. IL: ABA.
- Strosahl, K. (1991). Cognitive and behavioral treatment of personality disordered patient. En C. Austad y B. Berman (Eds.): *Psychotherapy in managed health care: The optimal use of time and resources* (pp. 185-201). Washington, D.C.: APA.
- Velasco, J.A. y Quiroga, E. (2001). Formulación y solución de un caso de abuso de alcohol en términos de aceptación y compromiso. *Psicothema*, 13, 50-56.
- Wilson, K.G. y Luciano, M.C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT). Un tratamiento orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.

Wulfert, E. (1994). Acceptance in the treatment of alcoholism: a comparison of Alcoholics Anonymous and social learning theory. En S. Hayes, N. S. Jacobson, V. M. Follete y M. J. Dougher (Eds.): *Acceptance and change: Content and context in psychotherapy*. Reno, NA: Context Press.