

¿Qué demonios son las terapias de tercera ola?

Lo que creció del *conductismo*

Una guía de Fabián Maero a las terapias contextuales



Horacio

Revista de ciencias conductuales-contextuales

Nº 2, enero 2016 · Distribución gratuita

Licencia Creative Commons 2.0

© Grupo ACT Argentina · www.grupoact.com.ar

y Psyciencia · www.psyciencia.com

Contacto: infogrupoact@gmail.com

EDICIÓN ESPECIAL

Esta es una reedición de *Horacio* Nº 2 (enero de 2016) preparada para el especial «Lo que creció del conductismo» de Psyciencia. El texto de Fabián Maero se mantiene como se publicó originalmente; lo nuevo es el diseño y las ilustraciones: una flor para cada entrega de la serie.

Un jardín en diez entregas

	Prefacio	4
	01 Introducción: ¿La tercera ola de qué? <i>Cosmos</i>	5
	02 Terapias Basadas en Mindfulness <i>Loto</i>	9
	03 Terapia Metacognitiva <i>Flor de cerezo</i>	14
	04 Entrevista Motivacional <i>Ranúnculo</i>	18
	05 Activación Conductual <i>Margarita</i>	22
	06 Psicoterapia Analítico Funcional <i>Rosa</i>	25
	07 Terapia Conductual Integrativa de Pareja <i>Alstroemeria</i>	29
	08 Terapia Dialéctico Conductual <i>Magnolia</i>	32
	09 Terapia de Aceptación y Compromiso <i>Amapola</i>	37
	10 Cierre <i>Flox</i>	42
	Referencias	44

PREFACIO

Prefacio

Fabían Maero

Este texto tiene un origen atípico. En el 2013, cuando ya hacía un tiempo que escribía para Psyciencia (www.psyciencia.com) me encontré con un artículo de revisión de la evidencia para las terapias de tercera ola que parecía prometedor (Hayes, Villatte, Levin, & Hildebrandt, 2010).

Nuestro primer instinto fue reseñarlo para el blog (otra forma de decir que quisimos plagiarlo), pero enseguida nos percatamos de que no había buenas descripciones de cada uno de los modelos. Claro está, el lector curioso podía revisar la bibliografía relevante a todos y cada uno de los modelos, pero no es tan fácil acceder a tanto material, sin mencionar que para esos temas el material en castellano escasea, por lo cual decidimos publicar una serie de artículos introductorios siguiendo la lista de ese artículo de revisión, serie que terminaría extendiéndose durante dos años.

Este texto que hoy les traemos es heredero directo de esa serie, adaptada para este formato. Algunos artículos han sufrido adaptaciones menores (remover algunos links, corregir referencias), y otros tienen secciones completamente nuevas. No pretendemos que cubra todos los aspectos de cada modelo, sino que incluya los elementos mínimos que ofrezcan para tener una idea general de las terapias de tercera ola (sospechamos lectores que, como nosotros, tienden a hacer el mínimo esfuerzo posible).

La serie se publicó de manera libre en la web, y es por eso que hemos hecho todo lo posible para que siga siendo de acceso libre en su formato digital. Esperamos que lo disfruten.

01

Introducción: ¿La tercera ola de qué?

Cosmos

Su nombre viene del griego «orden»: el mapa general de la tercera ola.



En los últimos años se ha comenzado a escuchar con frecuencia en los foros psicológicos las palabras “terapias de tercera ola” (también llamadas “terapias de tercera generación”), pero rara vez está claramente descripto a qué se refieren esos términos. Y no, la tercera ola no tiene nada que ver con psicología aplicada al surf.

En palabras de Steven Hayes, uno de sus principales representantes: “Cuando emergen varios abordajes nuevos que son difíciles de clasificar, es posiblemente una señal de que el campo mismo se está reorganizando. Esto ha sucedido antes en terapia conductual. Parece estar sucediendo nuevamente.” (Hayes, 2004).

Por tanto, “tercera ola” se refiere a un grupo de terapias conductuales que comparten cierto espíritu de época, una aproximación común al sufrimiento humano y el uso de determinadas intervenciones y procedimientos. La denominación fue acuñada por Hayes para agrupar perspectivas similares que surgieron casi simultáneamente en el campo de las terapias de conducta. Es la “tercera”, entonces, porque hace referencia a dos movimientos similares previos en los desarrollos terapéuticos conductuales que tuvieron lugar en el siglo XX, movimientos que veremos en unos momentos, tengan paciencia.

Un par de aclaraciones son necesarias antes de continuar. En primer lugar, el término “tercera ola” no es hijo de un consenso: tanto Adrian Wells, creador de Terapia Metacognitiva, como Marsha Linehan, desarrolladora del modelo de Terapia Dialéctico Conductual, no consideran que sus modelos pertenezcan a la tercera ola, sino que los consideran como extensiones de la terapia cognitivo-conductual (Hofmann & Asmundson, 2008). Entonces, no estamos hablando de una expresión fruto de una votación, sino de una denominación útil para agrupar ciertos abordajes terapéuticos. En segundo lugar, hablar de tercera ola no significa que los desarrollos previos estén superados, sino que más bien se designa una expansión, una prolongación del campo. De hecho, en estos últimos años la utilización del término “tercera ola” se ha ido abandonando, a favor de denominaciones más contemporizadoras como la de “terapias contextuales cognitivo-conductuales” (Hayes et al., 2010), expresión que tiene la ventaja de ser más descriptiva y precisa pero la desventaja de sonar espantosamente, por lo cual en el presente texto seguiremos hablando de “tercera ola”. Principalmente porque suena más sexy.

La primera ola

La primera ola en terapia conductual surgió como la extensión clínica de la investigación experimental en principios básicos del aprendizaje. “Terapia conductual” se puede definir como “el intento de utilizar sistemáticamente el cuerpo de conocimiento empírico y teórico que ha resultado de la aplicación del método experimental en psicología y disciplinas relacionadas para explicar la génesis y el mantenimiento de las conductas disfuncionales por medio de estudios experimentales controlados de caso único” (Yates, 1970, adaptado ligeramente).

Es decir, las primeras intervenciones dentro de terapia conductual surgieron de la aplicación de principios de aprendizaje establecidos en laboratorio, no de observaciones o especulaciones clínicas. Esto llevó a que en el inicio la terapia conductual rechazara toda teorización o intervención que fuera inespecífica, vaga o con poco énfasis en la investigación de procesos básicos. Si bien esto desembocó en el desarrollo de aplicaciones clínicas altamente efectivas, tuvo como efecto lateral el que los temas considerados demasiado sutiles, complejos o amplios quedaran relegados a un relativo segundo plano. El abordaje era directo y la metodología terapéutica a menudo incluía instrucciones explícitas. Los ámbitos de aplicación más conocidos de estas metodologías fueron el trabajo con niños, personas con trastornos del desarrollo y aquellos problemas clínicos más directamente vinculados al condicionamiento directo, tales como fobias específicas.

Cabe aclarar que contrariamente a lo que se piensa comúnmente, los primeros modelos conductuales sí incluyeron las conductas internas dentro de sus formulaciones, el problema es que ocuparon un lugar secundario frente a las conductas observables, lo cual se refleja en los tópicos de la mayoría de las publicaciones de la época, y en la práctica inexistencia de intervenciones clínicas en ese ámbito.

La segunda ola

La primera ola se vio fuertemente modificada cuando surgieron los métodos cognitivos. El lenguaje, y especialmente los pensamientos, que habían quedado relegados en la primera generación de terapias conductuales, ocuparon un lugar central con el advenimiento de las terapias cognitivas (TC).

Los modelos cognitivos, a diferencia de los anteriormente mencionados, surgieron más cercanos

a la clínica que a la investigación en ciencia básica. Hubo un acercamiento más práctico y directo a las cogniciones. La terapia cognitiva añadió los pensamientos irracionales, esquemas cognitivos patológicos o estilos desadaptativos del procesamiento de la información como blancos clínicos a modificar.

La suposición central detrás de prácticamente todos los modelos TC es la idea de que las respuestas conductuales y emocionales están fuertemente influidas por las cogniciones y la percepción de los eventos; consecuentemente con esto, la modificación de esas cogniciones y percepciones sería el blanco primario de TC. En palabras de Beck, uno de sus principales exponentes: “terapia cognitiva se puede definir como la aplicación del modelo cognitivo en un trastorno particular mediante el uso de una variedad de técnicas diseñadas para modificar las creencias disfuncionales y el procesamiento erróneo de la información que es característico de cada trastorno.” (Beck, 1993). En otras palabras, modificar el contenido o la frecuencia de las cogniciones es allí el medio privilegiado para lograr el cambio conductual.

La TC (más comúnmente conocida como “TCC”, siglas de terapia cognitivo-conductual), recibió un tremendo empuje en términos de popularidad e investigación en estos últimos 25-30 años. Se diseñaron diversos protocolos de intervención para varios trastornos psicológicos, y la investigación siguió estando fuertemente presente, pero se centró más en la eficacia clínica de los protocolos de tratamiento que en los procesos psicológicos básicos involucrados.

Eventualmente, algunas anomalías surgirían respecto a los mecanismos de cambio postulados, como así también limitaciones o inflexibilidad al abordar algunos temas referentes a la condición humana. Si bien no vamos a revisar estas anomalías aquí, el lector curioso puede consultar la revisión de Longmore & Worrell (2007).

La tercera ola

Sea como resultado de un espíritu de época, sea como resultado de anomalías empíricas o teóricas de las tradiciones anteriores, en los últimos 20 años hemos visto aparecer un buen número de terapias que comparten características comunes. Si bien no hay criterios estrictos ni un consenso general sobre cuáles terapias son de tercera ola y cuáles no, vamos a reseñar las terapias que más comúnmente se incluyen en esa denominación.

Dado que se suelen utilizar las siglas sin traducir en la literatura científica, en todo el libro usaremos las siglas originales en inglés para cada modelo, que se traducen de la siguiente manera: MBSR: Mindfulness-based Stress Reduction – Reducción del estrés basada en mindfulness MBCT: Mindfulness-based cognitive therapy – Terapia cognitiva basada en mindfulness MBRP: Mindfulness-based Relapse Prevention – Prevención de recaídas basada en mindfulness MCT: Metacognitive therapy – Terapia Metacognitiva BA: Behavioral Activation – Activación Conductual MI: Motivational Interviewing – Entrevista motivacional IBCT: Integrative Behavioral Couples Therapy – Terapia conductual integrativa de pareja FAP: Functional Analytic psychotherapy – Psicoterapia analítico funcional DBT: Dialectical Behavioral Therapy – Terapia dialéctica conductual ACT: Acceptance and Commitment Therapy – Terapia de aceptación y compromiso

Estos modelos están unificados por una serie de características compartidas que revisaremos a continuación.

Métodos y principios contextuales

Las terapias de tercera ola enfocan el contexto y la función de eventos psicológicos tales como pensamientos, sensaciones o emociones, en lugar de tomar como blanco el contenido, validez, intensidad o la frecuencia de tales eventos.

Por ejemplo, MBCT afirma: “(...) a diferencia de la TCC, hay poco énfasis en MBCT en cambiar el contenido de los pensamientos. El foco está en un entrenamiento sistemático para ser más conciente, momento a momento, de las sensaciones físicas, pensamientos y emociones como eventos en el campo de la conciencia” (Crane, 2009).

Algo similar a lo que sostiene el modelo de terapia metacognitiva: “no es el contenido de las creencias o pensamientos lo importante sino la forma en que un individuo responde a ese pensamiento y la forma de procesamiento del mismo” (Fisher & Wells, 2009).

Una línea similar de pensamiento se puede rastrear en prácticamente todas las terapias de tercera ola: el foco no está en cambiar el contenido de las experiencias internas (sean emociones, pensamientos, sensaciones, etc.), sino en modificar su función o efecto, a través de modificar el contexto en el cual suceden.

Podemos esbozar una analogía: no es lo mismo ver una película de terror en un galpón abandonado, un domingo a las 3 de la mañana, que verla en un parque

lleno de gente a las dos de la tarde. Más allá de que la película (el contenido), siga siendo exactamente igual, el cambio de contexto permite que se experimente de una manera no amenazadora. Es el mismo abordaje que se toma respecto a los pensamientos y emociones: se cambia el contexto para cambiar su función, para que no obren como obstáculos.

Construcción de repertorios amplios de conducta

En contraste con los modelos anteriores, los abordajes de tercera ola se enfocan en construir conjuntos de habilidades que pueden ser utilizados en diversas situaciones: regular las emociones, lidiar de manera distinta con los pensamientos, ejercitar flexibilidad en la atención, etc. Esto ha permitido alejarse del abordaje sindrómico y de la eliminación de síntomas, y reemplazarlo por abordajes que fomentan nuevos aprendizajes, nuevas habilidades potencialmente aplicables a todo tipo de situaciones.

Aplicables al terapeuta, no sólo al paciente

Otra característica de los modelos de tercera es que demandan al del terapeuta explorar los mismos principios que se van a trabajar con el paciente. En algunos abordajes es condición indispensable que el terapeuta pase por el mismo proceso que pasará el paciente (por ejemplo MBSR o MBCT requieren que el terapeuta que guía las meditaciones tenga una sólida práctica personal), mientras que en otros, la aplicación al terapeuta es hija de la propia teoría (por ejemplo, ACT postula que los mismos principios aplicables al paciente son aplicables al terapeuta).

Utilización de recursos de primera y segunda ola

Como mencionamos antes, la tercera ola es una extensión, no una superación ni una declaración de que todo tiempo pasado fue peor, y es por eso que en tercera ola se continúan utilizando procedimientos de la primera y segunda ola como parte de los paquetes de intervenciones. Registros de pensamientos, técnicas de exposición, aprendizaje de habilidades, etc., son incluidos dentro de los nuevos abordajes, si bien con ciertas diferencias. Hay diferentes propósitos y mecanismos de cambio propuestos al utilizar estos métodos: por ejemplo, exposición en ACT se utiliza con el fin de incrementar repertorios conductuales, en lugar de reducir el

miedo, lo cual lleva a modificaciones procedimentales notables.

Esto tiene otra consecuencia: los abordajes de tercera ola tienen un enfoque completamente ecléctico en lo técnico (aunque no en lo teórico): cualquier intervención que sea consistente con los principios del modelo y permita alterar el contexto de un contenido interno puede ser utilizada. Así, estos modelos han tomado prestadas (sí, del tipo de préstamo que se parece a un robo), intervenciones gestálticas, humanísticas, existenciales, psicodramáticas, etc., y readaptado de acuerdo los principios teóricos y empíricos que las sustentan.

Abordaje de temas complejos

Quizá esta característica sea la más difícil de argumentar, pero una revisión a la literatura muestra que el foco de interés de estos abordajes es más amplio que el de tradiciones anteriores en terapias cognitivo-conductuales. Por ejemplo, el libro más conocido de Psicoterapia Funcional Analítica (FAP), tiene como subtítulo Amor, Coraje y Conductismo; el primer paper con contenidos de ACT fue publicado por Hayes en 1984, y habla acerca del self y la espiritualidad. El principal objetivo de DBT es construir “una vida que valga la pena ser vivida”. Y aún hoy es frecuente encontrar publicaciones e investigaciones que hablen de valores, de sentido, de espiritualidad y conciencia, aceptación, compasión, compromiso, etc.

Resumen

Las terapias de tercera ola ofrecen perspectivas distintas sobre el sufrimiento humano y sobre la manera de alcanzar una vida con sentido. Si bien se trata de terapias subterráneas y poco conocidas (en nuestro entorno y en todo el mundo), en los últimos años han ido cobrando fuerza y presencia en los medios. En esta introducción hemos intentado ofrecer una perspectiva general respecto a qué demonios son esas terapias, tercera ola de qué cuernos y quiénes entran dentro de esa bolsa. En las siguientes secciones recorreremos con más detalle los modelos que la integran.

02

Terapias Basadas en Mindfulness

Loto

Se abre sobre el agua quieta, como la atención
que vuelve al presente.



¿Qué es mindfulness?

En los últimos años hemos visto correr ríos de tinta (o de píxeles, según el medio), acerca de Mindfulness, bajo la forma de artículos, cursos, entrenamientos, retiros, etc. “Mindfulness” es una palabra inglesa que se suele traducir al castellano como “Atención Plena”, “Conciencia Plena”, o “Mente Plena”, todas denominaciones algo ingratas (es un término que no tiene una equivalencia literal), por lo cual, y de acuerdo con el uso actual, seguiremos usando “mindfulness”, sin traducir.

Una definición posible es la siguiente:

Mindfulness se trata de estar completamente conciente de lo que sea que esté sucediendo en el momento presente, sin filtros ni el lente de las evaluaciones. Puede ser aplicado a cualquier situación. Dicho simplemente, mindfulness consiste en cultivar la percepción de la mente y el cuerpo y vivir en el aquí y ahora. Mientras que mindfulness como práctica está enraizada en antiguas disciplinas meditativas budistas, es también una práctica universal de la cual cualquiera puede beneficiarse. Y de hecho, estar presente y atento es un concepto importante en muchas tradiciones espirituales, incluyendo el Budismo, Cristianismo, Hinduismo, Islam, Judaísmo y Taoísmo (Stahl & Goldstein, 2010).

La cita sostiene que como práctica mindfulness ha estado dando vueltas en el mundo durante cientos de años. Sin embargo, su arribo a Occidente y su utilización como recurso terapéutico se puede ubicar en un momento histórico bastante más específico: la segunda mitad del siglo XX. Desde entonces, hemos visto como el concepto se ha expandido a varios rincones de la cultura (nuestro corazón geek no puede dejar de señalar que hay ciertos componentes de mindfulness en Star Wars: en una escena, el maestro Qui-Gon Jinn le dice a su aprendiz Obi-Wan Kenobi “*Be mindful!*”. No estamos seguros de que estuviera refiriéndose a mindfulness, pero es Star Wars, así que lo incluimos de todos modos).

Jon Kabat-Zinn, quizá la figura más importante en la introducción de mindfulness como intervención terapéutica en el mundo occidental, lo dice así: “dicho simplemente, mindfulness es conciencia momento a momento. Se cultiva a través de prestar atención deliberadamente a cosas a las cuales ordinariamente no les dedicamos ni un momento de nuestra atención.” (Jon Kabat-Zinn, 1990)

A pesar de lo que las citas anteriores parecieran sugerir, mindfulness es ante todo una práctica, no un

concepto ni una buena idea; una práctica que adopta diversas formas y que por lo tanto se integra de distintas maneras en abordajes terapéuticos.

Prácticamente todos los modelos de tercera ola, explícita o implícitamente, utilizan alguna forma de mindfulness en mayor o menor grado, ya sea como práctica formal (es decir, meditación propiamente dicha), como práctica informal (actividades cotidianas realizadas con atención plena), o como recurso en sesión.

Algo que vale la pena tener en cuenta: cuando hablamos de “mindfulness” no hablamos de hipnosis ni de ningún estado alterado de conciencia:

No se trata de desarrollar ningún estado particular o especial de la mente o el cuerpo, sino que es acerca de estar alerta y atento a lo que está pasando, a lo que está presente, de manera completa, en cada momento. Al prestar atención completamente, atentos a la experiencia sin importar que tan displacentera sea, uno aprende que es posible relacionarse de manera distinta al estrés, el dolor, o de hecho, a cualquier situación. (Brantley, 2005)

Y tampoco, recalco y por el parche de Odín, se lo pueden tatuar en algún lugar visible del cuerpo y luego enviarnos la foto: no es un abordaje para generar bienestar, paz y felicidad. Si bien el bienestar y la relajación a veces surgen como efecto secundario luego o durante una práctica de meditación, no es ese el objetivo de la práctica, sino que el objetivo implica estar abierto deliberadamente a toda experiencia, sea placentera o displacentera, sin juzgarla, a medida que transcurre momento a momento.

Ahora bien, hay un grupo de terapias que utilizan meditación mindfulness como eje principal de la intervención, y esas son las terapias que vamos a reseñar en esta sección, limitándonos a dos modelos: MBSR (Reducción de Estrés Basada en Mindfulness), y MBCT (Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness). Hay otros abordajes que se adaptan al mismo formato: “... basada en mindfulness”, pero estos dos son los que más investigación acumulada tienen, y nos van a servir como muestra.

MBSR

Reducción del Estrés Basada en Mindfulness (MBSR), es la madre de todas las intervenciones del estilo “..... basada en mindfulness” que vendrían después.

Es un programa que fue establecido en 1979 en el Centro Médico de la Universidad de Massachusetts por Jon Kabatt-Zinn, con dos objetivos principales:

- Convertirse en un medio efectivo de entrenar personas en la práctica de meditación mindfulness y yoga para mejorar su salud y reducir su estrés.
- Desarrollar un abordaje amplio que podría ser adaptado en una variedad de contextos del cuidado de la salud en los cuales estrés, dolor y enfermedad fueran las preocupaciones primarias.

Desde el inicio se planteó como un complemento, no una alternativa a la terapia (en los primeros años, incluso, sólo se aceptaban participantes derivados por un médico clínico, requisito que ya no se solicita).

Un programa estándar de MBSR se realiza en formato grupal, con encuentros semanales durante 8 semanas, cada encuentro con una duración de alrededor de dos horas y media. Las actividades que allí se realizan incluyen diversas prácticas de mindfulness guiadas por un instructor, además de discusiones dirigidas a fortalecer la práctica meditativa de los participantes, la aplicación de mindfulness a su situación de vida particular, y a vincular principios de estrés y salud con la práctica de mindfulness.

Además de los encuentros semanales, se incluye una práctica que abarca un día de retiro, durante el cual los participantes pueden practicar mindfulness y yoga durante varias horas con mínimas distracciones o interrupciones. El tamaño de los grupos es variado, pudiendo llegar a 30 participantes guiados por un solo instructor.

El programa suele incluir un compromiso de que los participantes, además de las prácticas en las reuniones, realicen una práctica formal de meditación de unos 45 minutos por día; y también se los alienta a incluir prácticas informales a lo largo del día, como por ejemplo prestar atención a la respiración mientras están esperando a ser atendidos en el banco, prestar atención a una comida o al acto de cepillarse los dientes, etc.

El programa descansa sobre tres principios centrales:

1. Sin importar tu situación, en el programa MBSR se asume que, en tanto estás respirando, hay más cosas bien que mal en uno. Este principio respeta la posición de que cada participante es un ser humano completo, con capacidad de sanar y aprender, y no un paciente con un problema.

2. Ser, no hacer Este principio señala que las personas suelen estar en modo “hacer” todo el tiempo, y en lugar de eso, se los invita a aprender un modo de “ser”, lo cual implica detenerse y sólo

prestar atención a la experiencia tal como se desarrolla, sin intentar modificarla o cambiarla.

3. Adoptar la vía del no saber. Esto significa descartar todo juicio, evaluación e ideas sobre la experiencia, y estar dispuestos a llevar la atención a la experiencia del momento presente.

Además de estos principios, hay siete actitudes que se intentan desarrollar en el programa:

- *No juzgar*: reconocer el flujo mental de pensamientos y dejarlo ir, en la medida de lo posible. Se aprende a notar la experiencia, etiquetarla como tal y no juzgarla. Por ejemplo, en el curso de una meditación, se puede reconocer que uno está preocupado sobre un tema determinado, y en ese caso puede etiquetar el proceso “preocupándome, preocupándome”, sin juzgarlo, y volver al foco de la meditación en ese momento.
- *Paciencia*: involucra dejar que las cosas se desenvuelvan a su propio tiempo y ritmo, teniendo la disposición de estar con lo que sea que esté ocurriendo en el momento.
- *Mente de principiante*: involucra relacionarse con la experiencia como si cada vez estuviera ocurriendo por primera vez; llama a percibir que cada respiración, cada movimiento, cada emoción, es verdaderamente única y tiene posibilidades únicas.
- *Confianza*: significa confiar en uno mismo y en la propia sabiduría que se revela en la práctica de la atención plena de la mente y el cuerpo.
- *No perseguir metas*: (el término en inglés es “nonstriving”, muy difícil de traducir al español). Involucra abandonar el hábito de querer cambiar las cosas que son percibidas durante la meditación, ya sea incomodidad, cansancio, aburrimiento.
- *Aceptación*: implica estar dispuesto a ver las cosas tal como son en este momento. No significa resignación ni significa que a uno le tengan que gustar. Se trata más bien de reconocer que esas cosas están ahí, y estar dispuesto a que estén.
- *Dejar ir*: se trata de cultivar la actitud de desapego hacia la propia experiencia interna: experimentarlas sin aferrarse a ellas, sin suprimirlas ni amplificarlas.

Evidencia de MBSR

MBSR tiene un sólido cuerpo de evidencia que apoya su eficacia en una variedad de ámbitos, como por ejemplo, reducción de estrés (Astin, 1997); dolor

crónico (J Kabat-Zinn, Lipworth, & Burney, 1985; Jon Kabat-Zinn, 1982); trastornos de ansiedad (J Kabat-Zinn et al., 1992; J. J. Miller, Fletcher, & Kabat-Zinn, 1995) trastornos de alimentación (Kristeller & Hallett, 1999); fibromialgia (Goldenberg et al., 1994; Kaplan, Goldenberg, & Galvin-Nadeau, 1993; Weissbecker et al., 2002); y psoriasis (Jon Kabat-Zinn et al., 1998)

Vale señalar que aún hay puntos a investigar, dado que se han señalado algunos problemas metodológicos con los estudios actuales (Baer, 2003; Bishop, 2002), y los estudios sobre los mecanismos de acción de mindfulness distan de ser numerosos.

MBCT

MBCT (siglas en inglés de “Terapia cognitiva basada en mindfulness”), es una variante del programa MBSR que tiene un objetivo específico: prevenir las recaídas en pacientes con depresión mayor. Esto es, no se postula como un tratamiento para la depresión mayor, sino para prevenir las recaídas de personas que hayan sufrido episodios de depresión mayor.

Una digresión es necesaria en este punto: clínicamente, la depresión suele manifestar un patrón de recaídas, recurrencia o cronicidad (véase Judd, 1997), y si bien hay varios tratamientos eficaces para depresión que reducen significativamente el riesgo de recaídas posteriores, el mantenimiento y la prevención de recaídas es un tema más difícil, especialmente en los pacientes con varios episodios depresivos a cuestas.

El modelo de vulnerabilidad cognitiva

¿Cómo recae en la depresión un paciente que no está deprimido en ese momento, pero que lo ha estado? Esta es la pregunta central que intenta responder este modelo. La hipótesis de MBCT es que tras experimentar varios episodios de depresión se establece una vulnerabilidad cognitiva a la misma, consistente en que cuando las personas que han pasado por episodios depresivos y se han recuperado experimentan un estado de ánimo negativo, ciertos patrones de pensamiento depresivo (rumiación, autocrítica), que habitualmente no están presentes en su vida cotidiana, se vuelven a activar.

Estos patrones involucran una percepción de sí mismo como inútil y del futuro como desesperanzador, y una vez que se activan, tienen el efecto de mantener e intensificar el estado de ánimo negativo a través de ciclos progresivos de rumiación y conducta. De este modo, en las personas con una

historia de depresión mayor los episodios leves de disforia –producidos normalmente por la vida cotidiana– pueden convertirse en estados más intensos y persistentes, que a su vez pueden desembocar en nuevos episodios de depresión mayor. Dicho de otro modo, de la misma manera que luego de quemarnos la mano con el agua caliente del mate la piel queda sensible a nuevos estímulos (como verán, la inspiración brota del momento en el cual escribimos el artículo), luego de un par de episodios de depresión uno puede quedar cada vez más vulnerable a nuevos episodios.

Esta hipótesis contribuye a explicar por qué cuantos más episodios de depresión mayor ha tenido una persona, mayor es su riesgo de volver a tenerlos, y menos disparadores externos son necesarios (Kendler, Thornton, & Gardner, 2000; Lewinsohn, Allen, Seeley, & Gotlib, 1999; Post, 1992).

La intervención

MBCT sugiere que el riesgo de recaídas y recurrencias podría reducirse si los pacientes que han sufrido episodios de depresión mayor pudieran aprender a estar atentos a los patrones negativos de pensamiento que se activan con la disforia, y si pudieran “desengancharse” de esos patrones una vez que se activaran.

Para esto, MBCT utiliza un programa muy similar al programa MBSR: ocho encuentros semanales y un retiro de un día de duración, con prácticas formales e informales, al cual se le agregan algunos elementos psicoeducativos provenientes de terapia cognitiva respecto al rol de los pensamientos, para que los pacientes no respondan de manera automática a los pensamientos depresogénicos sino de una manera intencional y habilidosa, conciente. El programa MBCT, entonces, ayudaría a los pacientes a descentrarse de esos patrones de pensamiento, para responder de una manera más eficaz y así evitar un nuevo episodio depresivo.

Dicho de otro modo, se utiliza como base el programa MBSR y se le añaden algunos elementos de terapia cognitiva vinculados a depresión (sí, estoy al tanto de que acabo de hacer una simplificación brutal).

La evidencia de MBCT

Los datos sobre la eficacia de MBCT son de lo más curioso que uno pueda encontrarse en investigación. Sucede que MBCT es eficaz reduciendo recaídas de

depresión en pacientes, pero especialmente en aquellos que hayan tenido al menos tres episodios de depresión mayor; es decir, si usted ha tenido sólo un episodio de depresión mayor, espere a experimentar un par de episodios más antes de hacer MBCT (véase Teasdale et al., 2000). Otra característica curiosa es que MBCT es más eficaz en personas cuyos episodios depresivos no han estado vinculados directamente a eventos vitales negativos –como podría ser el caso de una depresión subsiguiente a un duelo (Ma & Teasdale, 2004).

Curiosos como son, estos datos son consistentes con la hipótesis de la vulnerabilidad cognitiva que plantea MBCT: a mayor cantidad de episodios, más se instala la vulnerabilidad cognitiva.

Otros modelos

Varios otros tratamientos basados en mindfulness utilizan los mismos principios que MBSR y MBCT. Por ejemplo, MBRP (Prevención de Recaídas Basada en Mindfulness), es un abordaje para prevenir recaídas en abuso de sustancias que utiliza un enfoque similar a MBCT: interrumpir los patrones de respuesta automáticos que llevan a las conductas de habituales (consumir, en este caso). MBRE (Mejoramiento de Relaciones Basado en Mindfulness), utiliza también el esquema básico de ocho semanas enfocado a mejorar relaciones de pareja (no es terapia de pareja, sino que está diseñado para aumentar la intimidad y la conexión). También se han realizado varias adaptaciones para problemas alimentarios, tales como la realizada por Baer, Fischer, & Huss (2005), o el modelo BED de Kristeller & Hallett (1999).

Resumen

Si siguen aquí luego de la sopa de letras del último párrafo, señalemos un par de puntos más. El primero es que las intervenciones que utilizan mindfulness no son intervenciones basadas en la buena voluntad y curiosidad meramente: son modelos que se apoyan en investigación, en ensayo y error (en el libro de MBCT se puede leer la historia de las metidas de pata involucradas en el desarrollo del modelo hasta que se pudo formular un protocolo con buen funcionamiento) y hasta la fecha han obtenido resultados generalmente favorables.

Y no sólo los entusiastas de mindfulness dicen esto. Stefan Hofmann, un excelente investigador y escéptico de todo el movimiento de tercera ola (él es una de las razones por las cuales en ámbitos

académicos ya no se usa el término “tercera ola” con tanta frecuencia), realizó un meta-análisis de las intervenciones basadas en mindfulness que termina con esta frase: “(...) estos resultados sugieren que las terapias basadas en mindfulness son una intervención prometedora para tratar problemas de ansiedad y trastornos del humor en poblaciones clínicas” (Hofmann, Sawyer, Witt, & Oh, 2010).

Un segundo punto a rescatar es que se trata de abordajes grupales y limitados en el tiempo (alrededor de dos meses, en general), lo que permite disminuir dramáticamente los costos de intervención y llegar a mayor cantidad de personas (cosa que en países latinoamericanos, no es algo a desdeñar).

Finalmente, dado que estos modelos no se enfocan en reducir síntomas sino en expandir la habilidad de ser conciente momento a momento (más allá de que cada programa se aboque a problemas específicos), sus beneficios permiten un mejoramiento general de la calidad de vida de las personas.

03

Terapia Metacognitiva

Flor de cerezo

Sus pétalos se sueltan y se van, como los
pensamientos que dejamos pasar.



Terapia Metacognitiva (MCT), es un abordaje perteneciente a la tradición de la terapia cognitiva desarrollado por Adrian Wells, profesor en psicopatología clínica y experimental en la Universidad de Manchester, quien comenzó su carrera entrenándose como terapeuta cognitivo (nota para nerds: se formó con el mismísimo Aaron Beck), y cuyo campo primario de investigación ha sido la atención y el procesamiento de la información.

En un recorrido similar al de otros exponentes de terapias de tercera ola, Wells refiere que desarrolló MCT para dar cuenta de ciertos fenómenos que no eran explicados adecuadamente por los modelos de tratamiento con los que se manejaba: “desarrollé MCT porque los abordajes de tratamiento anteriores no dan cuenta de algunos aspectos importantes de la cognición, aspectos que repetidamente emergen en pacientes y reportes empíricos de la experiencia mental en el trastorno psicológico”(Manchester Psychiatry Society, 2011)

Preocupación y Trastorno de ansiedad generalizada

Aunque los procesos que propone serían comunes a una amplia gama de trastornos, MCT surge ante todo como un modelo explicativo y de tratamiento para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG). Si bien una descripción detallada del TAG excedería los límites de este texto, podríamos decir, si nos apuran, que es un diagnóstico cuya característica central es la preocupación excesiva e incontrolable. Para aquellos de ustedes que no estén familiarizados con las emociones y pensamientos humanos (nuestros lectores extraterrestres o robóticos, digamos), la preocupación es un proceso mental que consiste en una cadena de pensamientos (de naturaleza principalmente verbal, no en imágenes), un proceso acompañado por afectos tales como ansiedad, aprensión y tensión, un patrón cognitivo que suele ser intrusivo, persistente y difícil de detener una vez iniciado.

Ahora bien, la preocupación en el TAG no es cualquier preocupación. Si bien preocuparse es normal (quien esté libre de preocupaciones, que tire la primera piedra), en el caso de las personas diagnosticadas con TAG la preocupación ocupa más tiempo en su vida, se preocupan acerca de más temas y reportan sentir menor control sobre sus preocupaciones que las personas sin ese diagnóstico. Según MCT, el TAG se podría definir como un estado

anormal de preocupación. Lo que movilizó los desarrollos de MCT fue la pregunta “¿qué factores contribuyen al surgimiento de este estilo de pensamiento y a la dificultad de detenerlo?” y es aquí en donde entran en juego las metacogniciones como factor explicativo (Wells & Carter, 2001; Wells, 2005, 2007).

Metacogniciones y trastornos psicológicos

“Metacognición” se refiere a una cognición sobre una cognición. Uno puede tener un pensamiento (por ejemplo: “qué bien que sonaría la Marcha de San Lorenzo tocada con 15000 gaitas”), y también puede tener *pensamientos sobre los pensamientos* (“¿qué demonios hago pensando en la Marcha de San Lorenzo y 15000 gaitas?”). Básicamente, la versión cognitiva de la película Inception.

La terapia cognitiva tradicional sostiene que son las creencias disfuncionales que uno tiene acerca de sí mismo, el mundo y el futuro las que llevan a la patología. MCT, en cambio, sugiere que lo perjudicial no son las creencias que una persona tenga (por ejemplo, “el mundo es peligroso”, “soy un inútil”), sino las creencias, positivas y negativas, acerca de los pensamientos (por ejemplo “algunos pensamientos son dañinos”, “estar alerta me ayuda a mantenerme a salvo”, “la preocupación me sirve”).

MCT propone que las personas con TAG tienen metacogniciones positivas sobre la preocupación como un medio efectivo de lidiar con las amenazas (“la preocupación es buena porque así puedo resolver cosas”). Debido a esto la preocupación es utilizada rígidamente como recurso de afrontamiento frente a situaciones difíciles. Esto deja lista la trampa. Más adelante, cuando la preocupación comienza a generar malestar se generan metacogniciones negativas respecto a sus efectos dañinos (“preocuparse es malísimo, me genera malestar”), todo se va cuesta abajo y aparecen estrategias de control disfuncionales. La persona diagnosticada con TAG considera que preocuparse es incontrolable y dañino, pero a la vez considera que la preocupación es una buena forma de resolver problemas, por lo cual termina preocupándose acerca de la preocupación. Podrán imaginarse cómo esto puede escalar rápidamente...

Supongamos que usted ha perdido a su gato (asumiendo que el animal es lo suficientemente querible como para que su extravío represente motivo de preocupación y no de celebración). Eso es lo que llamaríamos un disparador, que lleva a que usted comience a preocuparse como una manera de

afrontar la situación, planteándose una serie de preguntas del estilo “y si...” (“¿y si se perdió?”, “¿y si está en casa del vecino?”, “¿y si se emancipó legalmente?”), hasta que usted se sienta capaz de afrontar la situación o sienta que ha cubierto todos los ángulos posibles. Por un lado, entonces, usted siente aumentar su ansiedad al imaginarse a su gato emancipándose legalmente, pero también la preocupación puede hacer que su ansiedad disminuya si llega a ese punto en el cual se siente capaz de afrontar o resolver la situación. Esta preocupación es la que MCT denomina Preocupación de Tipo 1, la preocupación sobre eventos externos o sobre síntomas no-cognitivos, y no es considerada patológica.

Ahora bien, la historia no termina aquí. Hay una serie de circunstancias que pueden contribuir a que la preocupación tipo 1 sea evaluada como perjudicial, es decir, que aparezcan metacogniciones negativas respecto a la preocupación de tipo 1. Por ejemplo, la preocupación puede hacer que sea difícil regular las propias emociones y entonces se empieza a experimentar como peligrosa, algo de lo cual deshacerse. O uno puede aprender a través del contexto social que la preocupación y el estrés son peligrosos. En cualquier caso, aparece una evaluación negativa de la preocupación, que básicamente dice que la preocupación es incontrolable y peligrosa. Estas creencias llevan a que se desarrolle una Preocupación de Tipo 2, una preocupación sobre la preocupación. Ya no tendrá tan sólo la preocupación de tipo 1 que dice “qué le habrá pasado a mi gato”, sino que además estará la preocupación de tipo 2, diciendo “si me sigo preocupando me voy a enfermar (y además el condenado gato no aparece)”. Una vez que se activan estas creencias y la preocupación de tipo 2, la emoción negativa (ansiedad en este caso) aumenta, lo cual a su vez refuerza las ideas de que la preocupación es peligrosa, lo cual aumenta la ansiedad, etc.

En este punto, el pobre gato pasa a segundo plano, y usted, además de estar preocupado sobre la preocupación, comienza llevar a cabo estrategias de evitación conductual para controlar o evitar la preocupación: evita situaciones, busca reaseguros, consume alcohol, evita información, etc. ¡el único límite es la imaginación! Otra cosa que quizá intente en ese momento es intentar controlar sus pensamientos, intentando no pensar en cosas que disparen su preocupación. Y esto es una muy, muy mala idea, dado que el intentar controlar

pensamientos no sólo no suele ser efectivo, sino que además tiende a hacer que esos pensamientos indeseados aumenten en frecuencia e intensidad (Wegner, Erber, & Zanakos, 1993). Pero en este contexto, la imposibilidad de suprimir los pensamientos de la preocupación vuelve a afirmar la creencia de que la preocupación es incontrolable y peligrosa.

Sí, a veces nuestra mente nos odia.

El modelo teórico explicativo de MCT se denomina S-REF (Modelo de Auto-regulación de la función ejecutiva), y al patrón de respuesta frente a las experiencias internas que termina intensificando las emociones negativas, se lo denomina CAS (Síndrome Cognitivo Atencional, por las siglas en inglés), e incluye:

- Preocupación y rumiación
- Fijación atencional en las amenazas
- Conductas de afrontamiento disfuncionales (evitación, control de pensamientos)

Intervenciones

Las intervenciones de MCT abarcan un amplio espectro de herramientas (Fisher & Wells, 2009). Por un lado, MCT utiliza estrategias de cambio cognitivo pertenecientes a la terapia cognitiva “clásica”, como el diálogo socrático, examinar la evidencia y la contra-evidencia, etc., pero en lugar de ser aplicadas sobre las cogniciones, son utilizadas sobre las metacogniciones positivas y negativas, como también sobre el proceso de pensamiento.

Por otro lado, MCT utiliza intervenciones experienciales similares a las que encontramos en otros modelos terapéuticos de tercera ola. Por ejemplo, la Técnica de Entrenamiento Atencional (ATT, por las siglas en inglés), que consiste en ejercicios en los que se utilizan sonidos ambientales con el objetivo de entrenar desapego y flexibilidad sobre la localización de la atención, es similar a algunos ejercicios que se utilizan en mindfulness, y tiene como objetivo último permitir la flexibilidad de la atención y mejorar el control metacognitivo del procesamiento.

MCT también fomenta una forma de respuesta frente a los eventos mentales que se denomina Mindfulness Desapegado (Detached Mindfulness, DM), un estado de procesamiento alternativo al CAS en el cual la persona: 1) simplemente permanece atenta a los pensamientos, y 2) no intenta afrontarlos ni cambiarlos y los percibe como separados de sí misma. Toda una serie de técnicas en MCT se utilizan

para generar este estado, tal como asociación libre (no confundir con la técnica psicoanalítica del mismo nombre), en la cual el terapeuta lee una serie de palabras al paciente, a quien se le pide que deje fluir su mente sin intentar controlar pensamientos o emociones; también incluye ejercicios de observación de pensamientos, el uso de metáforas, entre otras.

Cerrando

Dentro del panorama general de las terapias de tercera ola, MCT es el modelo que más cercano permanece a la tradición cognitiva. De todos modos, si bien utiliza el marco general de los abordajes cognitivos, hace énfasis en los estilos de pensamiento y en la relación con la actividad mental más que en el contenido de los pensamientos, un desplazamiento que encontramos de manera similar en otros modelos de tercera ola. Respecto a la aplicación, MCT utiliza técnicas e intervenciones estrechamente relacionadas con terapia cognitiva pero aplicadas en el nivel metacognitivo, además de aplicar estrategias que comparten similitudes con estrategias utilizadas por otros modelos de tercera ola, tales como el entrenamiento atencional, las prácticas para promover mindfulness desapegado, el uso de metáforas, etc.

Algo interesante de notar es que si bien MCT se formuló inicialmente con respecto al TAG, en los últimos años ha encontrado aplicaciones en otras problemáticas psicológicas, tales como trastornos de alimentación (Cooper, Todd, & Wells, 2008), estrés postraumático (Wells & Sembi, 2004), y depresión (Wells et al., 2009).

04

Entrevista Motivacional

Ranúnculo

Capullo, a medio abrir y abierto: las etapas del cambio en un mismo tallo.



Entrevista motivacional (MI), es un modelo que inicialmente surgió en el ámbito del tratamiento de abuso de sustancias, y que se ha ido ampliando progresivamente para incluirse en cualquier tratamiento dirigido al cambio conductual.

Hay ciertos cambios que son difíciles de lograr: dejar de fumar (aquí el autor se da una palmadita en la espalda para reforzar el mes y medio sin tabaco que lleva), dejar de tomar alcohol, mantener una rutina de ejercicios o dieta, etc. Las dificultades en realizar estos cambios se suelen asociar a la motivación, y MI intenta aumentar la motivación para realizar esos cambios.

Una forma de definir este modelo puede ser la siguiente:

“se puede considerar que MI es terapia centrada en la persona con una vuelta de tuerca. A diferencia de la terapia centrada en la persona, MI tiene metas específicas: reducir la ambivalencia e incrementar la motivación hacia el cambio. MI crea una atmósfera en la cual es el paciente antes que el terapeuta quien se vuelve el principal defensor y agente del cambio.” (Arkowitz & Miller, 2007)

Otra forma de definirla podría ser esta: “MI es un abordaje directivo, centrado en el paciente, diseñado para incrementar la motivación intrínseca para el cambio a través de comprender y resolver la ambivalencia al mismo.” (Miller & Rollnick, 2012)

MI es “directiva” porque refuerza el cambio, y es “centrada en el paciente” en tanto son las propias metas y valores del paciente lo que se considera el eje de la intervención. La meta principal de MI es generar una conversación para el cambio, es decir, una conversación en la cual la persona pueda verbalizar sus propias motivaciones para el cambio de conducta.

Un prelude al cambio

MI utiliza una adaptación del modelo transteórico del cambio de Prochaska y DiClemente (Prochaska & DiClemente, 2005), modelo que explica el cambio conductual como un proceso que comprende varias etapas: 1. Pre-contemplación: el paciente niega el problema y no considera aún el cambio. 2. Contemplación: el sujeto reconoce tener un problema, se muestra más receptivo a la información en cuanto a su problema y las posibles soluciones pero se muestra ambivalente respecto al cambio. 3. Preparación: la persona se halla lista para el cambio y tiene un plan para llevarlo a cabo. 4. Acción: es la etapa en la cual se realiza el cambio conductual propiamente dicho. 5. Mantenimiento: sigue a la

acción y dura otros 6 meses, el propósito en este estadio radica en sostener los cambios logrados a través de la modificación del estilo de vida y la prevención de recaídas.

MI utiliza estas etapas para comprender dónde está el paciente en ese momento y ayudarlo a avanzar, con particular énfasis en las etapas de pre-contemplación y preparación. Recientemente, sin embargo, se ha señalado que si bien el modelo de Prochaska y DiClemente resulta útil para pensar en qué etapa se encuentra una persona con respecto al cambio, MI no se basa en dicho modelo, ni es necesario pensar en esas etapas para llevar a cabo una intervención de MI (Miller & Rollnick, 2009; Schumacher & Madson, 2015).

La intervención MI tradicionalmente se ha dividido en dos fases con distintos objetivos según la situación del paciente:

- Fase 1: Construir motivación. En esta fase el paciente está ambivalente respecto al cambio, y la motivación es insuficiente para cambiar. Las metas en esta fase son resolver la ambivalencia y construir una motivación intrínseca para el cambio.
- Fase 2: Consolidar el compromiso. Esta fase se inicia cuando el paciente comienza a mostrar signos de disposición para cambiar (hablar más respecto al cambio, preguntas sobre el cambio, perspectivas a futuro, etc.). En esta fase el foco está en fortalecer el compromiso hacia el cambio y ayudar al paciente a desarrollar e implementar un plan de tratamiento.

En este sentido, MI es una intervención de prelude: no proporciona herramientas específicas para el cambio sino que prepara a las personas para llegar al mismo, aumentando la disposición y la preparación para el cambio.

Principios de intervención y habilidades clínicas

MI es una intervención que abarca varios aspectos que se pueden resumir de esta manera (Rosengren, 2009): 1. Principios fundacionales 2. Habilidades clínicas 3. Charla sobre el cambio 4. El espíritu de MI

Los principios de MI

Es importante tener en cuenta que MI es una intervención guiada por principios, no por un manual protocolizado con pasos a seguir (de hecho, los autores recomiendan explícitamente evitar

utilizar un manual para la aplicación de MI). MI se compone de cuatro principios clínicos que el terapeuta sigue durante la conversación clínica para el cambio:

Expresar empatía: un terapeuta empático intenta comprender la experiencia del mundo que tiene el paciente, sin juicio ni crítica. Esto no implica omitir el examen de las conductas, ni tampoco criticar las elecciones tomadas por el paciente: implica que las conductas son más comprensibles cuando se ven desde la perspectiva del paciente.

Desarrollar discrepancia: la motivación se considera como una función de la discrepancia entre las conductas y los valores del paciente, y MI propone que tomar conciencia de esas discrepancias puede aumentar la motivación para el cambio. Por ejemplo, una persona con dependencia a las drogas que a la vez valora ser un buen padre experimentará malestar al percatarse de la discrepancia entre el uso de drogas y su interés en ser un buen padre, y este malestar puede aumentar la motivación para el cambio. Esto no significa que el terapeuta utilice los valores del paciente como un garrote, sino más bien que ayudará a que el paciente pueda notar la discrepancia.

Danzar con la resistencia: MI no considera a la resistencia como un obstáculo a superar, sino como una parte normal y esperable del proceso de cambio, y una valiosa fuente de información acerca de la experiencia del paciente. Se considera que la resistencia surge de la ambivalencia respecto al cambio (“quiero dejar de fumar, pero es algo que disfruto”), y se tratan con empatía y aceptación los argumentos en contra del cambio.

Apoyar la auto-eficacia: se asume la autoeficacia del paciente, es decir, la creencia de que el paciente puede llevar a cabo con éxito las acciones que son necesarias para el cambio; se asume que a menudo las personas tienen el conocimiento y los recursos para cambiar una vez que lo deciden. En los casos en que no sea así, el terapeuta guía al paciente para encontrar vías posibles de realizar el cambio.

Habilidades clínicas

Si los cuatro principios son la guía conceptual para el terapeuta MI, las habilidades clínicas son los recursos técnicos para llevarlos a cabo. Dicho de otro modo, los principios se implementan a través de una serie de habilidades o recursos clínicos que provienen del abordaje centrado en la persona de Carl Rogers:

- Preguntas abiertas

- Escucha reflexiva
- Afirmaciones
- Resumir

A su vez, cada una de estas estrategias clínicas incluye varios caminos para su aplicación (por ejemplo, la escucha reflexiva incluye repetir, rephrasear, parafrasear, etc.).

Charla para el cambio

Este aspecto podría considerarse como una habilidad clínica, pero se separa del resto de las habilidades por tratarse de un recurso específico de MI. El terapeuta MI intenta generar lo que se llama “charla sobre el cambio” por parte del paciente. Esta charla sobre el cambio se refiere al paciente emitiendo enunciados que están orientados hacia el cambio, a menudo especificando conductas o estrategias concretas para cambiar.

Esta es una habilidad crítica para el terapeuta, y por ello MI proporciona un buen número de herramientas conceptuales para elicitación, identificar y reforzar este tipo de enunciados.

El espíritu de MI

Prácticamente todos los textos sobre el modelo mencionan al “espíritu de MI” como un aspecto ineludible del modelo, sin el cual la intervención se transforma en una mera aplicación de técnicas.

Una forma de decirlo es que si las habilidades clínicas y los principios son el “Qué” de MI, el espíritu es el “Cómo” de su aplicación. En otras palabras, el espíritu de MI “es la perspectiva subyacente con la cual uno practica MI. Sin este espíritu subyacente, MI se convierte en un truco cínico, una forma de manipular gente para que hagan lo que no quieren hacer” (Miller & Rollnick, 2013).

El espíritu de MI, así descripto, abarca cuatro aspectos a cultivar: colaboración, evocación, aceptación y compasión. Colaboración se refiere al tipo de relación terapéutica que se establece en MI: el terapeuta no es un maestro ni un experto, sino un compañero en una relación de colaboración.

Aceptación y Compasión se refieren a aceptar la valía y autonomía del paciente, y a hacerlo con un foco en su bienestar. Finalmente, Evocación hace referencia a que el terapeuta MI asume que el paciente posee los recursos para cambiar, y que su trabajo es evocarlos, traerlos a la luz.

Aplicaciones de MI

MI se ha investigado en diversas áreas vinculadas al cambio de conductas: abuso de alcohol, abuso de drogas, tabaquismo, juego compulsivo, salud pública, conductas de riesgo para HIV, adherencia a tratamientos, conductas de dieta/ejercicio, etc., con resultados generalmente favorables (véase Burke, Arkowitz, & Menchola, 2003; Hetttema, Steele, & Miller, 2005; Lundahl, Kunz, Brownell, Tollefson, & Burke, 2010; Smedslund et al., 2011; Vasilaki, Hosier, & Cox, 2006).

Resulta atractivo que además de ofrecer resultados similares a los de otras intervenciones, MI es una terapia que requiere relativamente poco tiempo de aplicación: en las investigaciones el tiempo de intervención promedió los 100 minutos de interacción –aproximadamente dos sesiones (Lundahl & Burke, 2009).

Entrevista motivacional y la tercera ola

MI está más bien en los arrabales de las terapias de tercera ola, pero la incluimos en esta lista debido a ciertas características que comparte con el resto de los modelos:

- Énfasis en la aceptación, compasión y empatía en el abordaje clínico.
- Orientación al cambio conductual según los valores del paciente.
- Aplicación según principios y estrategias generales (en lugar de manuales de tratamiento).

Lo que resulta particularmente atractivo de este modelo es que adopta un ámbito de trabajo acotado: trabajar con la resistencia y aumentar la motivación, convirtiéndolo en una herramienta que puede aumentar las habilidades clínicas y mejorar el resultado de otras intervenciones, incluso si no constituye el modelo principal del terapeuta.

05

Activación Conductual

Margarita

Busca la luz y se mueve con ella: primero la acción, después el ánimo.



En este capítulo revisaremos un abordaje para depresión, uno que, comparado con las teorías psicológicas más populares sobre la génesis y mantenimiento de la depresión, pareciera ir a contramano. Hablemos entonces de activación conductual para depresión (AC).

Poniendo el carro delante del caballo

Generalizando un poco, podríamos decir que los abordajes psicológicos más populares hipotetizan que las manifestaciones de la depresión son causadas por ciertas experiencias internas de la persona: por ejemplo la presencia de ciertos pensamientos, o conflictos intrapsíquicos, o desregulación de emociones, etc., y en consecuencia utilizan procedimientos terapéuticos que intentan de alguna manera resolver o modificar esas experiencias internas, para así modificar las manifestaciones de la depresión (la pérdida del interés, estado de ánimo deprimido, problemas de concentración, entre otras).

AC se aproxima al problema en la dirección opuesta. No busca en primera instancia el cambio de experiencias internas –es decir, no intenta cambiar pensamientos, emociones ni sentimientos– sino que apunta al cambio de conductas, rutinas y actividades del paciente, su contexto general de vida. Esto no quiere decir que las emociones o pensamientos sean ignorados, sino que no serán el blanco principal de la intervención AC.

Ahora bien, ¿qué significa cambiar conductas y actividades? Significa alentar pequeños cambios concretos en la rutina de un paciente, orientados a actuar hacia lo que es valioso para esa persona. En AC se generan actividades concretas de acuerdo a los valores del paciente, y se llevan a cabo con un enfoque de resolución de problemas. Por ejemplo, un paciente con diagnóstico de depresión que al trabajar con sus valores enuncia que algo importante para él es “ser un amigo presente y confiable”, quizá quiera comenzar con una actividad accesible a su nivel de energía y actividad como por ejemplo llamar por teléfono a un amigo una vez por semana para saber cómo está. De esa manera, se introduce en la vida del paciente una actividad que es inmediatamente realizable (al menos en principio) y que encarna en acciones concretas sus valores personales.

Por supuesto, el abordaje es más complejo que eso, utilizando herramientas como registro de conductas, brainstorming de valores y actividades, análisis funcional, resolución de problemas, habilidades sociales, entre otras (las herramientas que se utilizan varían según el tipo de abordaje de activación conductual, los hay más simples y más complejos),

pero el núcleo del tratamiento orbita siempre en torno al aumento de conductas con refuerzo positivo y la disminución de las conductas con refuerzo negativo (disculpas por el lenguaje nerd).

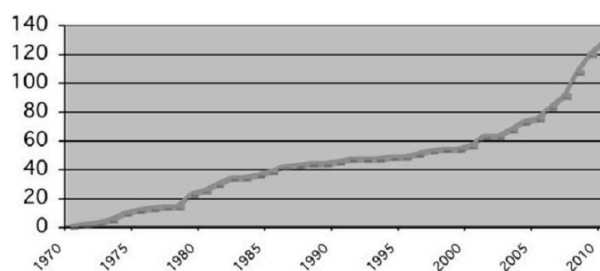
En palabras de Kanter, Puspitasari, Santos, & Nagy (2012):

La hipótesis detrás del abordaje de cambio conductual directo en AC no consiste en sostener que los factores conductuales son los únicos relevantes para la depresión, sino que la depresión es un trastorno de muchos sistemas y que el cambio conductual, en el contexto de una relación genuina, empática y validante, es un método directo y pragmático para alterar ese sistema. (p.362)

¿Qué tanto funciona esto?

Hay algunas dudas que surgen usualmente al considerar un abordaje “simple” como AC. La primera es, ¿qué tanto funciona?, es decir, ¿qué tan eficaz es para el tratamiento de la depresión?

Una manera de responder a esto podría ser asignar pacientes a un tratamiento de AC y comparar los resultados con pacientes asignados a otro tipo de tratamiento establecido (por ejemplo, terapia cognitiva para depresión o psicofármacos), o bien comparar el desempeño de los pacientes en tratamiento vs pacientes en lista de espera. Y en efecto, esto se ha hecho en varias ocasiones. AC tiene un buen número de investigaciones acumuladas, como podemos ver en el gráfico a continuación (Dimidjian, Barrera, Martell, Muñoz, & Lewinsohn, 2011):



Basándonos en esto, la respuesta a la pregunta que encabeza esta sección es: hasta donde sabemos, AC funciona al menos tan bien como otros tratamientos eficaces para depresión.

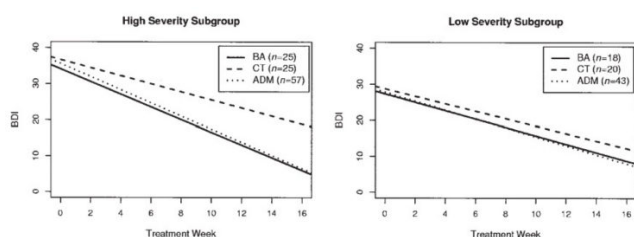
En una investigación particularmente relevante se analizaron 17 ensayos controlados aleatorios incluyendo 1109 pacientes, y se concluyó que AC es más eficaz en depresión que la psicoterapia breve, la terapia de apoyo, e igualmente eficaz que la terapia cognitivo conductual (Ekers, Richards, & Gilbody, 2008); otras investigaciones ofrecieron conclusiones similares (Cuijpers, van Straten, & Warmerdam, 2007; Mazzucchelli, Kane, & Rees, 2009). En base a estos

datos, AC ha sido incluida como un tratamiento basado en la evidencia para depresión en las guías clínicas del NICE en el 2009.

Ahora bien, más allá de si es un tratamiento eficaz, una segunda objeción que podría formularse podría ser: tratándose de un abordaje más simple que otros tratamientos, ¿es efectiva con pacientes con depresión más severa? La evidencia sugiere que AC con los pacientes con sintomatología depresiva más severa parece desempeñarse igual que otros tratamientos, e incluso algunas investigaciones sugieren que es incluso más efectiva en esos casos.

Compárese el gráfico de la página siguiente, del estudio de Dimidjian y colaboradores que compara la reducción en sintomatología depresiva (medida con el Inventario de Depresión de Beck), a lo largo de 16 semanas (Dimidjian et al., 2006). En el cuadro de la derecha están los pacientes con depresión moderada, y en el de la izquierda, los pacientes con depresión severa. Las siglas corresponden a Activación Conductual (BA), Terapia Cognitiva (CT), y antidepresivos (ADM, paroxetina en este caso). Como se puede observar, AC resultó particularmente efectiva con los pacientes con alta gravedad. En palabras de los autores “AC fue comparable en eficacia a la medicación antidepresiva y más eficaz que Terapia Cognitiva, uno de las psicoterapias con mejor apoyo, para los participantes más severamente deprimidos”(p.667)

La tercera cuestión, en extremo importante, es qué tanto se mantienen los efectos del tratamiento, es decir, qué tasa de recaídas tiene AC. Según lo que sabemos hasta ahora, los efectos de AC se mantienen en el tiempo de manera similar a otros tratamientos. En distintos seguimientos de los efectos de AC y Terapia Cognitiva (TC) se ha encontrado que la tasa de recaídas es similar para ambos abordajes (Dobson et al., 2008; Gortner, Gollan, Dobson, & Jacobson, 1998). Por supuesto, las recaídas están presentes (no existen tratamientos perfectos), pero hasta ahora, no hay psicoterapias que puedan demostrar tasas de recaída más bajas que las de estas investigaciones.



Una ramificación interesante, sin embargo, es que MBCT (Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness, véase el capítulo 2), se puede utilizar específicamente para reducir las recaídas en depresión, con muy

buenos resultados, lo cual sugiere la posibilidad de un tratamiento para la fase aguda de la depresión, y uno de mantenimiento, como MBCT, para reducir recaídas.

Cerrando

Una de las ventajas que presenta AC es que se trata de un tratamiento simple, relativamente sencillo de aprender y aplicar. Ekers y colaboradores (2008), por ejemplo, no encontraron correlación alguna entre el nivel de entrenamiento del terapeuta y los resultados obtenidos, lo cual podría indicar que AC sería un tratamiento eficaz incluso aplicado por terapeutas noveles.

Otra ventaja es que al tratarse de un tratamiento flexible y con pocos componentes, es fácil de adaptar a diversas poblaciones y formatos. Dos hechos dan buena cuenta de que esto ya está sucediendo: la existencia de varios protocolos para poblaciones minoritarias, y también que una buena parte de las investigaciones sobre AC se han realizado con pacientes hispanoparlantes.

Quizá valga la pena citar al respecto nuevamente a Kanter (2012):

Quizá la promesa definitiva de activación conductual es que se pueden desarrollar protocolos de entrenamiento que maximicen su recepción e implementación manteniendo la fidelidad a sus mecanismos a través de diversos proveedores, ámbitos y pacientes, a la vez que se minimiza el uso de recursos de entrenamientos. Si una diseminación efectiva y eficiente se puede conseguir de esta manera, activación conductual podría ejercer un gran impacto en el peso que la depresión tiene para la salud pública global. (p.362)

Considerando el costo que la depresión tiene sobre la salud pública, y la escasez de recursos en salud mental que parece endémica en toda Latinoamérica, quizá sea momento de comenzar a prestar más atención a activación conductual como una opción más que atractiva para el tratamiento de la depresión.

06

Psicoterapia Analítico Funcional

Rosa

Pétalos y espinas: la cercanía real que se construye en la relación terapéutica.



Un abordaje conductual de la relación terapéutica

Psicoterapia Analítico Funcional (FAP, por las siglas en inglés) es un modelo de terapia cuya herramienta principal y foco de trabajo está en la relación terapéutica. Sí, sí, ya sé lo que van a decir: todas las terapias trabajan con la relación terapéutica, gran noticia, y no sólo eso, sino que han corrido ríos de tinta sobre el rol de los factores no específicos en psicoterapia, es decir, aquellos aspectos de la psicoterapia que no pertenecen a un modelo en particular pero que están presentes en toda intervención: el encuadre, la educación, expectativas de mejoría, entre otros, pero la relación terapéutica es la gran vedette de los factores no específicos.

Las terapias basadas en la evidencia no han hecho oídos sordos a este aspecto de la terapia. Sin embargo, y pese a la importancia que se le concede nominalmente, no son precisamente numerosas las investigaciones y recursos respecto a cómo fomentar una buena (ie. útil) relación terapéutica. La particularidad de FAP, en este aspecto, es que deliberadamente enfoca la relación terapéutica, es decir, intenta transformar ese factor no específico en un factor específico, utilizando la relación terapéutica como vehículo principal del cambio terapéutico, por medio de principios del conductismo radical.

Los desarrolladores de este abordaje son Robert Kohlenber y Mavis Tsai, que describen de esta manera los inicios del modelo:

Originalmente desarrollamos FAP para explicar por qué algunos de nuestros pacientes que recibían Terapia Cognitivo Conductual (TCC) estándar mostraban transformaciones inesperadas y profundas en sus vidas, más allá de las expectativas usuales del tratamiento. Cada uno de estos notables casos involucró una relación terapeuta-paciente particularmente emotiva, intensa e involucrada. Buscamos explicar estas relaciones utilizando un análisis conductual radical del proceso psicoterapéutico (...), que enfatizaba la historia única de cada individuo. (Tsai et al., 2009, p.2)

Para quien escribe, lo más notable de FAP desde el primer momento es que se trata de un abordaje puramente conductual. Ahora bien, el conductismo no es precisamente conocido por su sentimentalismo y ternura, pero el subtítulo del libro que acabamos de citar es “Conciencia, coraje, amor y conductismo”. Rara mixtura si las hay, y sin embargo, las premisas en que se basa este abordaje son rigurosamente conductuales –probablemente FAP sea uno de los

modelos más cercanos a los principios básicos del conductismo– por lo cual daremos un pequeño rodeo exponiendo algunas ideas básicas del análisis de la conducta.

(Algunas) premisas básicas del análisis de la conducta

El análisis de la conducta humana que sostiene el conductismo radical postula que la conducta está controlada o influenciada por el contexto, es decir, por los estímulos que están presentes antes de la conducta (denominados “antecedentes”), y por los efectos que esa conducta tiene en el ambiente (sus “consecuencias”). Esas consecuencias influyen sobre la probabilidad de que dicha conducta se repita, pueden hacer que la conducta tenga mayores probabilidades de repetirse en un futuro, en cuyo caso las llamamos “refuerzos”, o que tenga menores probabilidades de repetirse, en cuyo caso las llamamos “castigo”.

Señalemos que ninguna consecuencia, ningún estímulo concreto es un refuerzo o castigo en sí, sino que las definimos de uno u otro modo según el efecto que tenga sobre la conducta. Refuerzo o castigo es una función que un estímulo adquiere en base a la historia de aprendizaje de un individuo. Por esto, y al contrario de lo que podría suponerse, un shock eléctrico no es un castigo per se, salvo que reduzca la probabilidad de ocurrencia de una determinada conducta en el futuro. Bajo ciertas circunstancias, el mismo shock eléctrico podría funcionar como un refuerzo para una determinada conducta.

Debido a esto, la perspectiva conductual es necesariamente histórica: se considera no sólo la conducta a analizar, sino también sus antecedentes, sus consecuencias, y cómo afectan a la conducta futura. También se incluye en este análisis la historia de aprendizaje del individuo, es decir, la historia de las relaciones entre el individuo y su ambiente.

Hay dos aspectos al analizar una conducta: uno es su topografía, es decir, en qué consiste exactamente esa conducta, y el otro es su función, es decir, la relación que establece entre antecedentes y consecuencias. Dos conductas pueden ser topográficamente similares pero funcionalmente distintas (el gesto para llamar a un taxi es similar al saludo nazi, pero la función es claramente distinta), y también opera la inversa: varias conductas, topográficamente distintas, pueden tener la misma función (por ejemplo, hay varias maneras para intentar mantener el pánico bajo control, tales como respirar de cierto modo, tomar un clonazepam, evitar

lugares con mucha gente, etc., conductas distintas entre sí pero con una función similar)

Esta forma de analizar una conducta puede aplicarse a conductas simples, como por ejemplo, el movimiento de un dedo al encender la luz, pero también a conductas más complejas, como una conversación con un terapeuta. Este análisis de la conducta tiene un objetivo claro: predecir e influenciar. Una conducta puede tener múltiples consecuencias, y no todas ellas serán relevantes si queremos modificarla. El fin último es poder identificar los aspectos ambientales relevantes (y en principio manipulables), que influyen esa conducta en cuestión.

Una nota sobre este último párrafo: la palabra “influencia” (o la que se usaba anteriormente: “control”), tiende a provocar escalofríos en los terapeutas, pero en realidad se trata de algo que hacen todas las psicoterapias: un terapeuta interpretando un lapsus, dando una tarea, señalando una distorsión, está influenciando al paciente, aún sin proponérselo deliberadamente. Y es justamente asumir este hecho y llevarlo al campo de la terapia la tarea que guía a FAP.

Un panorama general del modelo

En base a los principios bosquejados en la sección anterior, FAP formula algunos principios y pautas de intervención basados en las interacciones terapéuticas

FAP emplea el concepto de función de la conducta para establecer un paralelo entre las conductas que suceden fuera de la sesión y las conductas que suceden dentro de la sesión. Como dijimos antes, dos conductas pueden ser funcionalmente similares aunque descriptivamente sean distintas. FAP plantea entonces que algunas conductas que suceden en sesión van a ser similares a algunas conductas significativas que ocurren fuera de la sesión (que es donde querríamos ver los cambios).

FAP utiliza el concepto de Conductas Clínicamente Relevantes (CCR), para guiar las intervenciones. CCR es toda conducta que sucede en sesión y que tiene alguna importancia para el tratamiento de acuerdo a los objetivos de trabajo. Se distingue entre CCR1, cuando son ocurrencias de las conductas problemáticas y CCR2 cuando son conductas que señalan mejorías (existen también las CCR3, que pasaremos por alto en esta pequeña recorrida).

Kohlenberg y Tsai (2009), las definen así:

(Las CCR1 son) problemas del paciente que ocurren en sesión. Las CCR1 son ocurrencias en sesión de los repertorios del paciente que han sido especificados como

problemas, de acuerdo a las metas para la terapia y la conceptualización de caso. Debe haber una correspondencia entre CCR1 específicas y problemas cotidianos particulares. Comprender las CCR1 requiere una apreciación de la conducta en términos de clases de respuesta que incluyen distintas topografías conductuales (...). Si FAP es exitosa, los CCR1 deberían disminuir en frecuencia a lo largo de la terapia (p.12)

Para dar un ejemplo un poco burdo, supongamos que tenemos un paciente cuyo motivo de consulta es la dificultad para generar relaciones sociales cercanas. En este contexto, una CCR1 podría ser por ejemplo que durante la sesión, ante una pregunta del terapeuta acerca de sus emociones, el paciente cambie de tema (indicando presumiblemente evitación de temas de intimidad). Una CCR2, en cambio, podría ser que ante una pregunta de este tipo, el paciente hable sobre algo que le resulta doloroso, resultando en mayor intimidad en el vínculo terapéutico.

Ahora bien, como decíamos antes, una conducta aumenta sus probabilidades de repetirse según las consecuencias con las que se encuentre. Y dado que el terapeuta es el contexto del paciente, aquél intentará reforzar las CCR2, y extinguir (abstenerse de reforzar), las CCR1, por medio de expresar y amplificar sus respuestas ante las conductas del paciente. En el ejemplo que acabamos de dar, un terapeuta podría reforzar esa CCR2 por medio de un comentario (“aprecio que compartieras conmigo que es valioso para vos, aún cuando sea doloroso”), un gesto de cercanía, o simplemente prestando atención en silencio –lo que sea que funcione como refuerzo para esa conducta en particular.

Es interesante notar que, consistentemente con una perspectiva contextual-funcional las conductas clínicamente relevantes no se limitan a las conductas del paciente, sino que también se incluyen las conductas problemáticas y positivas del terapeuta (denominadas T1 y T2 respectivamente)

En base a esta definición de las CCR, FAP postula cinco reglas de intervención, que no deben ser tomadas como instrucciones rígidas, sino como principios a observar para guiar el trabajo terapéutico:

Regla 1: Prestar atención a las CCR.

Esencialmente esta regla es un recordatorio para el terapeuta de que las CCR van a ocurrir durante la hora de terapia. Es el trabajo del terapeuta FAP observar y notar estas conductas cuando ocurren. Por ejemplo, un paciente que experimenta dificultad para conectarse otras personas en su vida cotidiana puede responder con un chiste frente a una pregunta del terapeuta sobre temas privados, lo cual podría

constituir una conducta clínicamente relevante con respecto al problema del paciente.

Regla 2: Evocar las CCR. No alcanza con esperar a que las CCR sucedan, sino que el terapeuta FAP estructura la relación terapéutica para evocarlas, para lo cual se pueden utilizar todo tipo de recursos, desde conversacionales hasta técnicas de otros modelos terapéuticos con el propósito específico de evocar CCRs por parte del paciente, ya sea en la sesión o entre sesiones.

Regla 3: Responder contingentemente a cualquier CCR que ocurra en sesión. Esta es la regla esencial que define el mecanismo terapéutico FAP. Los momentos claves en FAP son cuando una CCR2 (conducta de mejoría), ocurre y el terapeuta se ve naturalmente afectado por ella. El terapeuta expresa o amplifica su respuesta natural al paciente en un intento de reforzar la conducta de mejoría. Por ejemplo, el terapeuta responde con interés y calidez (refuerzo positivo) cuando un paciente que cambiaba de tema cuando se le preguntaba sobre asuntos personales (CCR1), habla espontánea y abiertamente sobre un tema privado que lo preocupa (CCR2).

FAP enfatiza que el refuerzo debe ser natural (esto es, similar a como se daría en la vida fuera de sesión), de modo que los terapeutas FAP intentan desarrollar relaciones genuinas y compasivas con los pacientes y permiten que sus reacciones naturales en el momento guíen sus respuestas ante las CCR.

Regla 4: Observar los efectos potencialmente reforzantes de la conducta del terapeuta en relación a las CCR del paciente. Para comprender esta regla, debemos recordar que los conductistas definen el refuerzo funcionalmente, como cualquier evento que lleve a un incremento de la conducta, y no topográficamente según alguna forma específica de la conducta. Por esto, para que un terapeuta sepa si la regla 3 está efectivamente ocurriendo, la regla 4 alienta al terapeuta a observar los cambios conductuales del paciente a lo largo del tiempo. En el ejemplo que utilizamos anteriormente: cuando el terapeuta responde cálidamente a develaciones personales del paciente, ¿esas conductas se vuelven más frecuentes o menos frecuentes? Si se trata del primer caso, la respuesta del terapeuta estaría funcionando como un refuerzo, si no, podría estar funcionando como castigo.

Regla 5: Proveer interpretaciones funcionales de la conducta. Las interpretaciones funcionales se refieren a identificar antecedentes y consecuencias en sesión para una conducta dada (es decir, realizar análisis funcionales de forma colaborativa con el paciente), de manera de poder generalizar este análisis a la vida fuera de la sesión. Esta regla incluye

también alentar estrategias de generalización de la conducta, tales como tareas entre sesiones.

FAP en contexto

Resumiendo lo dicho, FAP provee una estrategia general para que la relación terapéutica pueda ser utilizada de manera tal que genere impactos duraderos fuera de las sesiones, empleando para esto las respuestas del terapeuta en la relación terapéutica. Esto tiene algunas consecuencias respecto al estilo de las sesiones. En primer lugar, las sesiones de FAP están enfocadas en el momento presente, es decir, en los intercambios y respuestas que ocurren en ese momento en particular. Aun cuando se esté hablando de un tema externo a la sesión, el foco estará en lo que ese tema genera, aquí y ahora.

En segundo lugar, las sesiones FAP son emocionalmente intensas. Creo que no hay otra manera de decirlo. Se trata de una forma de terapia que busca evocar en la relación terapéutica aquellos aspectos más dolorosos de la vida del paciente, por lo cual la emocionalidad que maneja es alta. También los entrenamientos para terapeutas de FAP suelen ser emocionalmente intensos, ya que la formación del terapeuta se realiza principalmente de manera experiencial.

Hablando desde otro lugar, FAP es un modelo que por naturaleza se presta para la integración, y de hecho tiene vínculos muy cercanos con otros modelos de tercera ola. En terapia dialéctica conductual (DBT), se incluyen principios de FAP para guiar la relación terapéutica; asimismo es una frase repetida en la comunidad de terapia de aceptación y compromiso (ACT) que “no se puede hacer ACT sin FAP”. Se trata de abordajes históricamente tan cercanos que el intercambio es fluido en ambas direcciones, incorporando mutuamente desarrollos y avances. Por esto, si están buscando una conceptualización que mejore su comprensión de la relación terapéutica, trabajen con el modelo que trabajen, FAP puede ser una excelente opción.

07

Terapia Conductual Integrativa de Pareja

Alstroemeria

Dos flores de un mismo tallo que se miran:
aceptar al otro y cambiar juntos.



Terapia Conductual Integrativa de Pareja (IBCT), ocupa un lugar especial dentro de las terapias de tercera ola porque es el único modelo exclusivamente dedicado al trabajo con parejas.

Una característica de IBCT, que comparte con otros modelos de tercera ola, es que pertenece a la tradición empírica en psicoterapia, no a la especulativa. Esto es importante porque a diferencia de los modelos de psicoterapia individual, en terapia de pareja los modelos basados en evidencia son relativamente escasos mientras que abundan los modelos especulativos. IBCT fue desarrollada por Andrew Christensen y Neil Jacobson durante la década de los 90 (de paso, este es el mismo Neil Jacobson que ha estado vinculado a activación conductual).

IBCT entonces, no sólo pertenece a las terapias de tercera ola, sino además a la tradición de terapias de pareja basadas en la evidencia, tales como Terapia Conductual de Pareja (Jacobson & Margolin, 1979), o Terapia Cognitivo-Conductual de Pareja (D. H. Baucom & Epstein, 1990), por nombrar un par. Ahora bien, mientras que otros modelos de terapia de parejas utilizan casi exclusivamente estrategias de cambio y entrenamiento en habilidades, IBCT se distingue por balancear los elementos de cambio con aceptación en la pareja.

La formulación

¿Cómo se trabaja desde IBCT entonces? En primer lugar el terapeuta trabajando con la pareja intenta generar y compartir una “formulación”, es decir, una explicación tentativa de por qué la pareja ha llegado a la situación actual, basándose en la evaluación de múltiples dimensiones durante las primeras entrevistas. La formulación tiene como finalidad proveer una idea organizadora de la situación de la pareja y tiene tres componentes:

Tema: El tema representa las funciones de una amplia gama de conductas problemáticas en una pareja. Dicho de otro modo, el tema resume cuál es el eje del conflicto en esa pareja. Por ejemplo, un tema puede ser “cercanía-distancia”, en donde el foco de conflicto reside en que uno de los miembros busca cercanía y el otro busca autonomía, otro tema puede ser “control-responsabilidad”, o “artista vs científico”, “convencionalidad-no convencionalidad”, entre varios otros.

Polarización: Ésta se refiere a cómo los intentos de lidiar con las diferencias que surgen a partir del tema

llevan a que las posiciones se extremen y las diferencias se exacerben. Por ejemplo, frente a un tema de cercanía-distancia, el proceso de polarización podría ser que uno de los miembros se acerca buscando cercanía mientras que el otro se aleja buscando autonomía, lo que a su vez genera que el otro miembro busque cercanía, etc.

Trampa mutua: se denomina así al resultado del proceso de polarización y se refiere a la experiencia privada, de cada uno de los miembros de la pareja, de sentirse atascado y desesperanzado, una experiencia que puede describirse aproximadamente así: “He hecho todo lo que pude pensar para cambiar a esta persona. Y aun así, cuanto más lo intento, peor se ponen las cosas. Pero no sé qué otra cosa hacer. Si me rindo, la relación está condenada a ser de una manera que no quiero. Nada va a cambiar. Por eso no veo otra alternativa más que continuar mis esfuerzos, aún si no han servido de mucho hasta ahora (...) Pero no me siento optimista, así que estoy atascado/a. No puedo detenerme, pero continuar parece empeorar las cosas”.

Es interesante mencionar que Jacobson y Christensen (1996), señalan que esta sensación de estancamiento raramente es explicitada y etiquetada y que las parejas que pueden explicitarla y discutirla por lo general no necesitan de la terapia.

La formulación se realiza durante las primeras entrevistas; no se trata de una etiqueta fija e inamovible sino de un concepto más bien fluido y dinámico que puede modificarse durante el curso del tratamiento. Una vez que se llega a una formulación, el terapeuta formula un plan de tratamiento basándose en ésta.

Intervenciones

A grandes rasgos hay dos tipos de intervenciones en IBCT: intervenciones para generar aceptación e intervenciones para generar cambio. Dentro de cada categoría hay estrategias generales y dentro de cada estrategia hay técnicas específicas.

Intervenciones de aceptación y Aceptación enfocada en la intimidad: se trata de aceptación para transformar las diferencias en oportunidades de construir intimidad y cercanía. Esta estrategia se moviliza en diversas técnicas, como por ejemplo

- **Acercamiento empático:** consiste en generar aceptación a través de reformular las conductas problemáticas en términos de la formulación general. Así las conductas negativas y los problemas se reformulan como una expresión del

tema de la pareja y de la polarización. Una reformulación más compasiva y desculpabilizante permite que las diferencias se transformen en puntos de encuentro.

- **Desapego unificado:** esta técnica, similar a un análisis funcional “en frío”, consiste en promover una perspectiva descriptiva, desapegada, con respecto al problema. Tal como lo describen Jacobson y Christensen: “El terapeuta involucra a la pareja en una conversación acerca de la secuencia del conflicto entre ellos, acerca de lo que ‘dispara’ las reacciones de cada uno, y acerca de la interconexión de los incidentes específicos con cada uno y con su tema.

En esas discusiones el terapeuta cuidadosamente evita cualquier análisis evaluativo que pueda asignar responsabilidad o culpa a una persona. El énfasis se pone en una descripción desapegada de la secuencia problemática.

- **Tolerancia:** la meta es minimizar el impacto de las conductas negativas del cónyuge. La intención de las técnicas de tolerancia no es transformativa (como sí es en el caso anterior), sino de reducción del impacto. Se utilizan cuatro técnicas dentro de esta estrategia:
- Destacar las características positivas de la conducta negativa
- Juegos de rol de la conducta negativa en sesión o Fingir conductas negativas entre sesiones (similar a prescripción del síntoma)
- Auto-cuidados

Intervenciones de cambio Los principales recursos para generar cambio en IBCT son:

- **Intercambio de conducta:** estas son técnicas conductuales dirigidas directamente a aumentar las conductas positivas (definidas así en términos de la formulación), y disminuir las conductas negativas.
- **Entrenamiento en comunicación/resolución de problemas:** esta estrategia abarca el entrenamiento en habilidades de comunicación. También se incluyen aquí estrategias de validación. Estas técnicas enseñan a las parejas a escuchar y a expresarse de manera directa pero no culpabilizante, de manera de complementar el trabajo de aceptación.

Es por la convivencia de estrategias de aceptación y cambio que esta terapia recibe su denominación de “Integrativa”. A lo largo del tratamiento, el terapeuta

propondrá estrategias en una u otra dirección de acuerdo al progreso del tratamiento y la formulación realizada. En algunos casos, se utilizarán más las intervenciones de aceptación, en otros casos más las intervenciones de cambio, dependiendo de los avatares de la terapia.

Conductismo y compasión para dos

El proceso de IBCT, resumido, consiste entonces en evaluar y llegar a una formulación del problema, para a continuación aplicar un plan de tratamiento que abarca el uso de estrategias de aceptación y de cambio según la formulación y los análisis funcionales.

Este proceso sucede en un contexto de sensibilidad y compasión. Por ejemplo, la siguiente cita se refiere a una de las habilidades que se requieren de un terapeuta IBCT, según Jacobson y Christensen (1996):

El terapeuta de ICT tiene que desarrollar la habilidad de encontrar compasión y simpatía por la historia de cada persona, sin importar que tan antipático o beligerante parezca ser uno de los cónyuges. Nuestra posición es que la vasta mayoría de personas actúan disfuncionalmente en relaciones porque están sufriendo –a menudo de maneras que no llegan a percibir (p.99).

Encontramos nuevamente aquí el hilo que se enhebra en prácticamente todas las terapias de tercera ola: la utilización de tecnologías de cambio muy efectivas, en un contexto de compasión y aceptación. La evidencia hasta el momento para IBCT es promisoria. Si bien es difícil evaluar la eficacia de una terapia de pareja, IBCT muestra una prometedora evidencia. En varias publicaciones los autores reportan que el tratamiento de IBCT mejoró la satisfacción con la pareja, la estabilidad y la comunicación, tanto a corto como a largo plazo (K. Baucom, Sevier, Eldridge, Doss, & Christensen, 2011; Christensen et al., 2004). Se trata, en suma, de una opción interesante para los terapeutas que trabajan con parejas y a la vez estén interesados en terapias de tercera ola.

08

Terapia Dialéctico Conductual

Magnolia

Florece sobre la rama desnuda: dos cosas
verdaderas a la vez.



Un extraño híbrido

Para empezar, imaginen que son terapeutas frente a esta situación:

El teléfono del consultorio suena a las 17.30 un viernes; has tenido una larga y estresante semana y estás anticipando un fin de semana relajado. Quien llama es una de tus pacientes. Te dice que tiene una crisis suicida y está parada en ese momento en un puente con intenciones de tirarse. Había planeado dejarte un mensaje en el teléfono disculpándose por su acción. Tiene una emocionalidad apagada e indica que varios eventos que sucedieron en las últimas 48 horas han incrementado su riesgo, ya crónicamente alto. Ha sido frecuentemente hospitalizada en situaciones similares en el pasado, pero esto rara vez ha ayudado. Se siente desesperanzada y reacia a hablar.

¿Cómo responder frente a un caso así? “¿Permanecés en el teléfono y tratás de calmarla ofreciéndole apoyo u otras intervenciones? ¿Intentás resolver el problema que llevaron a la crisis? ¿Intentás averiguar dónde está para enviar servicios de emergencia en su ayuda? Y si es así, ¿te quedás con ella en el teléfono hasta que lleguen? ¿Vas a requerir una hospitalización? ¿Qué vas a hacer, y principalmente, qué principios vas a utilizar para decidir qué hacer?

(Swales & Heard, 2009, p.3)

A todo terapeuta, experimentado o no, le corre un escalofrío por la espalda ante situaciones de este estilo. Y es justamente para responder a este tipo de casos que surgió DBT.

En aguas turbulentas

DBT se propuso inicialmente como un abordaje dirigido exclusivamente a pacientes multiproblemáticos, con conductas suicidas, problemas interpersonales serios y autolesiones, lo que dentro del sistema de diagnóstico DSM-IV se denomina Trastorno Límite de la Personalidad (TLP).

El TLP es un trastorno de la personalidad que se caracteriza por “un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, en la autoimagen y en la afectividad y una notable impulsividad que comienzan al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos” (American Psychiatric Association, 2000). Los criterios para diagnosticar TLP incluyen síntomas afectivos, conductuales, interpersonales y cognitivos, que incluyen (sin necesariamente limitarse a ellos):

- Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios de

intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días).

- Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlarla (p. ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
- Sentimientos crónicos de vacío o inutilidad.
- Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes o comportamiento de automutilación.
- Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por extremos de idealización y devaluación.
- Impulsividad
- Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado.
- Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.
- Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

Como se podrán imaginar, un cuadro con esa configuración sintomática constituye todo un desafío para el terapeuta. A menudo los terapeutas trabajando con pacientes TLP se sienten sobrepasados y estresados por lidiar regularmente con crisis crónicas, intentos de suicidio, y enojo dirigido al terapeuta. Incluso para los terapeutas experimentados puede resultar difícil lidiar con la propia respuesta emocional cuando un paciente está recurrentemente suicida y rechaza la ayuda que ofrece el terapeuta a la vez que demanda ayuda que el terapeuta no puede brindar. Todo esto aumenta la probabilidad de cometer errores terapéuticos, y DBT surgió como una aplicación de la terapia conductual para responder a ese desafío.

DBT fue desarrollada por Marsha Linehan, una psicóloga que conoce el terreno de primera mano: ella misma fue diagnosticada y recibió tratamiento por trastorno límite de la personalidad en su juventud, tras lo cual se dedicó a desarrollar una forma de tratamiento más efectiva que la que ella recibiera.

Inicialmente Linehan hipotetizó que el núcleo del problema en los pacientes crónicamente suicidas consistía en un déficit de habilidades y por lo tanto pergeñó una intervención dirigida a cambiar las conductas problemáticas por medio de la utilización de herramientas tradicionales de psicoterapia conductual, tales como manejo de contingencias, entrenamiento en habilidades y exposición. Es decir, inicialmente su abordaje tuvo como eje principal el cambio de conductas. Pero rápidamente se hizo

evidente que el excesivo énfasis en el cambio podía resultar desastroso en estos casos: “Las iniciativas dirigidas al cambio rápidamente llevaron a una activación emocional incrementada y en ocasiones abrumadora, resultando en ‘cierres’ emocionales, o más raramente, irse dando un portazo de la sesión o atacar al terapeuta” (Dimeff & Linehan, 2008, p.39). Es un principio conocido por los terapeutas: incentivar a una persona a cambiar cuando está en medio de un torbellino emocional es una mala idea.

Sin embargo la posición opuesta, la de abandonar los esfuerzos por el cambio y enfocarse solamente en aceptar el dolor emocional resultaba igualmente contraproducente en esos casos, dado que no sólo la falta de cambios vitales positivos dañaba la relación terapéutica sino que entretanto las conductas problemáticas seguían causando estragos en la vida del paciente.

De esto se desprendió la conclusión de que una terapia que se centrara sólo en el cambio o sólo en la aceptación no sería un buen camino. La propuesta de DBT entonces resultó la de un balance, un punto medio, una dialéctica (de ahí el nombre del modelo), entre ambas posiciones. El terapeuta debía de alguna manera “sostener el cambio y la aceptación simultáneamente en la terapia, una síntesis que al ser hallada podría engendrar un nuevo cambio y aceptación por parte del paciente” (Miller, Rathus, & Linehan, 2006, p.38). El tratamiento DBT se basa en un vaivén continuo entre el cambio y la aceptación, con la meta última de crear “una vida que valga la pena ser vivida”. En este contexto es que DBT proporciona una guía y una dirección a seguir. El tratamiento desarrollado por Linehan intenta balancear elementos de cambio con elementos de aceptación, dentro de un marco de trabajo que provee estructura y contención no sólo al paciente, sino también al terapeuta. Veamos a continuación cuál es la teoría psicopatológica que maneja DBT.

La teoría biosocial

DBT tiene una conceptualización propia de la génesis del sufrimiento del paciente TLP. Según Linehan, el principal problema en las personas diagnosticadas con TLP es un desorden extendido del sistema de regulación emocional. Esta idea guía todas las intervenciones y es usada como eje del tratamiento.

Desde esta perspectiva todas las conductas problemáticas de las personas con diagnóstico TLP son, o bien intentos de regular emociones dolorosas (por ejemplo, los autocortes y lesiones son una forma

de disminuir la angustia o malestar), o bien consecuencias de la falla en la regulación emocional (por ejemplo, síntomas disociativos).

Esta disregulación emocional se desarrolla y es mantenida tanto por factores biológicos como ambientales. Por el lado de los factores biológicos se postula que las personas con TLP encuentran más dificultades regulando sus emociones debido a características especiales de su sistema nervioso central que lleva a que sus emociones dolorosas sean experimentadas de manera más intensa, más frecuente y más prolongada.

Sin embargo, los factores biológicos no son suficientes para explicar el TLP. El problema surge cuando una persona con alta vulnerabilidad emocional se encuentra crónicamente atrapada en un ambiente invalidante. Se denomina así a un ambiente social que comunica que la respuesta emocional a un evento es incorrecta, inapropiada, patológica o poco seria. Al no entender las dificultades que afrontan las personas con vulnerabilidad emocional, las personas en su entorno minimizan y simplifican los problemas, a la vez que no enseñan habilidades de afrontamiento más adecuadas: “eso que sentís no es nada”, “te hacés problema por tonterías”, “no, vos no sentís angustia”, son figuras repetidas en ambientes invalidantes.

Cuando esto se repite de manera consistente alrededor de una persona con alta vulnerabilidad emocional, esto enseña a responder de manera disfuncional, oscilando entre inhibición emocional y expresión emocional muy alta.

DBT como tratamiento

La mayoría de las psicoterapias tienen una única modalidad (grupal, individual, en pareja, etc.). En cambio DBT podría llamarse propiamente un “programa” de tratamiento, ya que consta de múltiples modalidades herramientas, modalidades e intervenciones.

Los modos de terapia Un programa de DBT involucra varias modalidades de intervención: *Psicoterapia individual*: con principios derivados del análisis de conducta, el paciente y el terapeuta trabajan sobre las conductas problemáticas, el contexto que las ocasiona, y las mejores formas de solucionarlas. Una herramienta clave (pero no la única, en absoluto), de esta modalidad es el conocido “análisis en cadena”, que es otro nombre para lo que habitualmente se llama análisis de la conducta.

Entrenamiento en habilidades: paralelamente a la terapia individual, los pacientes participan de un entrenamiento en habilidades psicosociales. Este entrenamiento suele realizarse en grupos y se parece un poco a una clase experiencial: en cada encuentro se propone un tema (hay un manual que reciben los pacientes), se llevan a cabo ejercicios, se discute y se asignan tareas a realizar entre semanas. Los contenidos del entrenamiento han ido modificándose, pero tradicionalmente comprenden cuatro grupos de contenidos: habilidades de conciencia plena o mindfulness; habilidades interpersonales; habilidades de regulación emocional; y habilidades de tolerancia al malestar.

A partir de estas dos modalidades se genera una dinámica de trabajo interesante: en la terapia individual se trabaja sobre el mejor modo de aplicar las habilidades que se aprendieron en el entrenamiento en habilidades. De esta manera, el grupo de habilidades enseña recursos pero no lidia con crisis, y el terapeuta individual no tiene que transmitir recursos, sino trabajar con el paciente para aplicarlos. Además de estas modalidades, el programa DBT tradicionalmente incluye otras dos: *Asistencia telefónica:* esto es interesante. Si bien las llamadas telefónicas suelen suceder en la terapia, DBT es (al menos hasta donde sé), el único modelo de terapia que tiene una estrategia explícita para el manejo de llamadas telefónicas. El uso del teléfono tiene algunos fines en DBT: ayudar a los pacientes a pedir ayuda de manera eficaz; generalizar el uso de las habilidades en la vida cotidiana (especialmente aplicar habilidades durante crisis), y mantener —o reparar— la relación terapéutica

Reuniones de supervisión para terapeutas: los terapeutas, aunque no parezca, también son seres humanos. En todos los modelos de terapia hay supervisiones (discutir un caso con un colega más experimentado), o las denominadas “inter-visiones” (discutir un caso con colegas igualmente experimentados, que pueden ofrecer otra perspectiva), pero DBT presenta como característica el establecimiento de algunas pautas para la supervisión de manera que sea un espacio útil para el terapeuta y en última instancia para el paciente.

Lo interesante de estas cuatro modalidades es que permiten no sólo ayudar eficazmente a los pacientes, sino algo muy importante: cuidar al terapeuta. Pueden ser terapias demandantes y difíciles, y un terapeuta sin sostén en esas situaciones se expone eventualmente a un síndrome de burn-out.

Principios DBT

DBT postula una serie de principios, axiomas respecto al proceso terapéutico, que guían todas las intervenciones e interacciones de trabajo. Cada supervisión, cada interacción terapéutica, requiere que el terapeuta recuerde y respete los siguientes principios: 1. Los pacientes están haciendo lo mejor que pueden 2. Los pacientes quieren mejorar 3. Los pacientes necesitan mejorar, probar, intentar más y estar más motivados al cambio 4. Los pacientes podrían no ser la causa de todos sus problemas pero los tienen que resolverlos ellos mismos de todos modos. 5. La vida con Trastorno Límite es insostenible en la forma que es vivida. 6. Los pacientes deben aprender nuevas conductas en todos los contextos relevantes. 7. Los pacientes no fracasan, la terapia sí. 8. Los terapeutas necesitan sostén, asistencia y colaboración.

El principio 7 ha sido siempre uno de mis favoritos, y creo que es algo que los terapeutas deberían tatuarse en el cráneo: es común echarle la culpa de una u otra manera a los pacientes por no mejorar (“no tiene motivación”, “está cómoda así”, y otras estupideces por el estilo). DBT en cambio asume por principio que nunca son los pacientes los que fracasan, sino el terapeuta o la terapia (importa poco si es “verdadero” o no, se trata de un enunciado pragmático: si se asume que el problema es la terapia, hay que buscar otras opciones, intentar otros abordajes; si se asume que el problema es el paciente, no hay mucho más que se pueda hacer)

Todo lo demás

DBT es un modelo extraordinariamente complejo, con un sinnúmero de estrategias y recursos, cuya mera enumeración excedería el largo de este artículo. Hay estrategias para lidiar con emociones, para cuidar la relación terapéutica, para iniciar sesiones, para terminirlas, para lidiar con crisis, con intentos de suicidio, para relacionarse con la familia o entorno social del paciente, y un larguísimo etcétera. Por esto, hemos preparado dos mapas conceptuales, que incrustamos a continuación. El primero es un panorama general del modelo, con las funciones, etapas de tratamiento, modalidades y estrategias (link: <https://www.mindmeister.com/55517780>). El segundo está dedicado exclusivamente a las estrategias de tratamiento que se utilizan en terapia individual (link: <https://www.mindmeister.com/98791610>)

En resumen

DBT es un excelente abordaje, comprehensivo y en extremo compasivo para con los pacientes. En cierto modo, es un tiro de escopeta: cubre prácticamente todos los aspectos imaginables de la terapia, todas las estrategias terapéuticas imaginables (desde recursos de exposición hasta activación conductual, pasando por aceptación y reestructuración cognitiva). Creo que esto, como todo, tiene algunas ventajas y desventajas para los terapeutas.

Entre las desventajas, creo que el principal problema es que la complejidad y volumen de DBT la vuelven una herramienta muy específica, que resulta un tanto costosa para aplicar en otros ámbitos menos complejos. Si bien hay aplicaciones y adaptaciones de DBT para ansiedad por ejemplo, un terapeuta que aprenda DBT para trabajar sólo con ansiedad es como un médico aprendiendo neurocirugía para sacar verrugas de la piel —hay formas más económicas. Aplicar DBT requiere no sólo un terapeuta con alta formación, sino además un equipo de trabajo (de hecho, las formaciones de DBT suelen darse sólo a equipos de terapeutas).

Pero esto mismo es uno de los puntos más fuertes de DBT: esa misma estructura y complejidad permite que sea extremadamente útil para los casos más desafiantes de la práctica clínica, las personas que más a menudo tienen dificultades consiguiendo ayuda. DBT es, sin discusión, el mejor modelo de psicoterapia para trastorno límite de la personalidad y condiciones similares.

09

Terapia de Aceptación y Compromiso

Amapola

Crece entre piedras: hacer lugar a lo difícil y seguir hacia lo que importa.



El ornitorrinco terapéutico

Quizá ACT sea la terapia que más representa a lo que se denomina “tercera ola”, mayormente debido a que ha sido Steven Hayes, uno de los principales desarrolladores de ACT, quien acuñó esa expresión.

Lo primero que podríamos decir es que ACT es una forma de psicoterapia. Mejor aún sería decir que es el ornitorrinco de la psicoterapia: visto de lejos es difícil decir a ciencia cierta de qué animal se trata, y esa confusión tiende a no disminuir a medida que uno se acerca al asunto. Los gestálticos encuentran en él componentes de la Gestalt en algunas prácticas experienciales, a los sistémicos les suena familiar la parte de dejar ir el control, a los cognitivo-conductuales les resultan familiares las herramientas para lidiar con pensamientos, los humanistas encuentran semejanzas en la conceptualización de valores, etc. Al igual que el ornitorrinco, se parece a otros animales, sin serlo.

Sucede que se trata de un modelo extraño; técnicamente (i.e. clínicamente), las herramientas que utiliza son eclécticas, provenientes de varios modelos, pero conceptualmente, respecto a cómo piensa y trabaja con el sufrimiento humano, es un modelo completamente conductual, heredero directo de las tradiciones del conductismo radical.

Parte de esta aparente mescolanza se debe a que cuando hablamos de ACT no hablamos sólo de un modelo de terapia, sino que se trata propiamente de la aplicación de una forma de psicología que la comunidad de terapeutas e investigadores ACT ha dado en llamar “Ciencia Contextual-Conductual” (CBS, por las siglas en inglés). Este proyecto tiene varios fines: el desarrollo de un abordaje comprehensivo y científico de la conducta humana, de principios y tecnologías aplicadas, de una perspectiva científica dinámica, y de una comunidad de investigadores, académicos, educadores y terapeutas, entre otros.

ACT es meramente una parte de todo ese proyecto, la parte que se refiere a la aplicación de ese abordaje a la psicoterapia, y si bien quizá sea la más visible, la CBS no se agota en ella. Y justamente por formar parte del proyecto general, ACT ostenta un sustrato teórico profundo y sólido, el cual, si no se me duermen, trataremos de bosquejar.

En primer lugar, ACT tiene una perspectiva filosófica propia, denominada “contextualismo funcional”, que es un desarrollo con varias vertientes

que van desde algunas variantes del pragmatismo, pasando por el conductismo radical, incluyendo abundantes referencias a los trabajos de Stephen Pepper. En sentido estricto, es una forma de epistemología y ontología; dicho en otras palabras, una forma de pararse frente al mundo y de evaluar los criterios de verdad (no me voy a explayar sobre el tema aquí para no espantar a los dos o tres lectores fieles que nos quedan, se las debo para la próxima). Hasta aquí nada nuevo, se me dirá, todos los modelos de terapia tienen una posición filosófica. Concedido, pero en la práctica totalidad de los casos la posición filosófica de una psicoterapia es algo que se desarrolla o explicita luego de haber sido desarrollado el modelo, y frecuentemente incluso por personas distintas, mientras que en el caso de ACT, esa posición filosófica es explícita, y anterior al desarrollo del modelo terapéutico. Sirva lo siguiente como ilustración: la mayoría de los textos filosóficos sobre contextualismo funcional se publicaron a finales de la década del 80 y principios de los noventa, mientras que el primer libro de ACT se publicó recién en el 99. Esto ha permitido que en el momento de publicar el modelo terapéutico el suelo filosófico era firme, lo cual deja poco lugar a dudas.

Además de la base filosófica, ACT se basa en un abordaje original de la cognición y el lenguaje humanos, denominado Teoría de Marco Relacional (RFT, por las siglas en inglés). Es una teoría en la misma línea que “Conducta Verbal”, de Skinner, y curiosamente no es una teoría cognitiva de la cognición, sino una teoría conductual de la cognición. RFT es un área de estudio por derecho propio, que a la fecha tiene alrededor de 400 trabajos publicados, la mayoría investigaciones empíricas, y que posee sus propias aplicaciones independientemente de ACT. Una revisión de RFT nos haría exceder el espacio del artículo (y la paciencia de los lectores), así que remitimos al lector interesado a los textos en el número anterior de Horacio.

El sufrimiento humano

ACT postula que el sufrimiento humano (y por extensión, la patología), está en gran medida generado y sostenido por lo que podríamos llamar productos secundarios del lenguaje. La misma herramienta que nos permite interactuar eficazmente con el mundo vuelta contra nosotros.

Quizá un ejemplo ayude: uno puede decir (o pensar), “en esta ciudad podría ocurrir un terremoto

y dejarnos a todos patas para arriba”, y buscar modos de prevenir o mitigar los daños (por ejemplo, construir edificios resistentes a terremotos, mejores sistemas de alarma, planes de evacuación, etc.). Ahora bien, esa misma capacidad es la que nos permite pensar “podría morir de un accidente y toda mi familia se quedaría en la calle”, y empezar a preocuparnos y ponernos ansiosos por ello, empezar a tener insomnio, consumir alcohol...

Pero hay más. También es el lenguaje lo que nos permite poner nombre a las cosas y categorizarlas de manera de gobernar nuestras acciones hacia ellas: este celular es bueno, este es malo, Psyciencia es el mejor sitio de internet, este artículo es una porquería. Pues bien, a poco de andar, la herramienta comienza a categorizar cosas más... complicadas, digamos, y a gobernar también nuestras interacciones con ellas: la ansiedad es mala, sentir pánico es peligroso, la angustia es intolerable, este pensamiento es negativo, este pensamiento es positivo, soy una mala persona, el suicidio sería mejor.

De manera que la misma herramienta que nos sirve para construir mejores edificios, que nos permitió llegar a todos los rincones del planeta, e incluso a la Luna (en estos días tenemos una sonda mandándonos selfies desde Marte y otra haciendo primeros planos de Plutón), la misma herramienta que nos permite prever y tratar epidemias, es la que termina generando una gran parte del sufrimiento humano.

ACT postula que la predominancia del lenguaje genera rigidez psicológica a lo largo de seis dimensiones, que son las que guían la conceptualización y el tratamiento. Así como un palo siempre tiene dos puntas, las dimensiones tienen dos extremos, uno que está más cercano a la rigidez y uno que está más cercano a la flexibilidad. Vamos a describir de qué se trata cada dimensión, y entre paréntesis vamos a poner el nombre de ambos extremos, primero el extremo de rigidez y segundo el de flexibilidad.

Predominancia de las funciones verbales (par Fusión/Defusión): se refiere a la tendencia a lidiar con la realidad conceptualizada, más que con la realidad experimentada, la predominancia de las funciones verbales por sobre las funciones directas en los estímulos. Básicamente, es lo que estuvimos describiendo en los párrafos anteriores: la evaluación, la resolución de problemas, dar razones, etc.

Disposición a estar en contacto con las experiencias internas (par Evitación/Aceptación): este proceso se refiere a la tendencia a tratar de regular, eliminar, disminuir o controlar experiencias internas (pensamientos, sensaciones, emociones, etc.). Si, como mencionamos antes, evaluamos la ansiedad como “mala”, probablemente tendamos a evitar situaciones en las que se experimente ansiedad, o tomemos acciones para mantenerla bajo control.

Contacto con el presente (par Pérdida del contacto con el presente/Contacto con el presente): cuando las propiedades verbales de los estímulos predominan por sobre las directas (las propiedades físicas, digamos), la experiencia se estrecha. Por ejemplo, mientras están leyendo esto, indudablemente absortos y fascinados con la lectura, probablemente no le presten atención a la forma de las letras “a”, ni a las sensaciones en su rodilla derecha.

Sentido del self (par “Yo” conceptualizado/ “Yo” como contexto): la misma capacidad de etiquetar eventos y organizarlos en cadenas lógicas se aplica a uno mismo, y este proceso se refiere a las historias que nos armamos sobre nosotros mismos: “yo soy una persona así y así, y soy de esta manera porque me pasó esto y esto otro” (estoy perezoso para los ejemplos hoy). A menudo estas historias funcionan como trampas: “no puedo hacer esto porque soy así”, “tengo que hacer esto porque soy así”. Las organizaciones que impulsan, por ejemplo, el cambio de denominación “discapacitado” a “personas con capacidades diferentes”, están tratando de mitigar el impacto negativo que el “soy un discapacitado” tiene en la propia persona y en la sociedad.

Direcciones vitales (par Falta de contacto con valores/Contacto con Valores): una de las consecuencias de la predominancia de la herramienta verbal de resolución de problemas es que con frecuencia lleva a perder contacto con los ideales u objetivos importantes de la vida: “quiero estar con mis amigos, pero si voy me va a dar vergüenza, así que mejor me quedo en casa”, puede ser un buen ejemplo de ello.

Acción: (Par Inacción o persistencia evitativa/Acción comprometida): esta dimensión se refiere a las características de la acción, en un extremo la acción comprometida (acciones guiadas por valores), y en el otro extremo la acción guiada por evitación (ya sea bajo la forma de inacción o de persistencia evitativa).

Ahora bien, tenemos que tener algo muy en claro: ninguno de estos procesos es patológico en sí mismo.

La evitación puede ser algo útil (evitar que duela la cabeza tomando un ibuprofeno no es algo “patológico”), mientras que la fusión es lo que nos permite leer y resolver problemas, entre otras cosas. La pérdida de contacto con el presente es algo deseable cuando miramos una película o leemos un libro, mientras que no actuar al servicio de los valores y, por ejemplo, evitar una reunión no es algo necesariamente patológico.

La rigidez y la flexibilidad se mueven a lo largo de estas seis dimensiones, y no hay un punto de corte absoluto, porque la flexibilidad es una cuestión de grado. Piensen en elongar antes o después de hacer ejercicio físico: no es necesario llegar a ser el hombre de goma para poder correr dos kilómetros.

Estas dimensiones se grafican a veces en un modelo llamado “Hexaflex”, que se ve como en el gráfico 1.

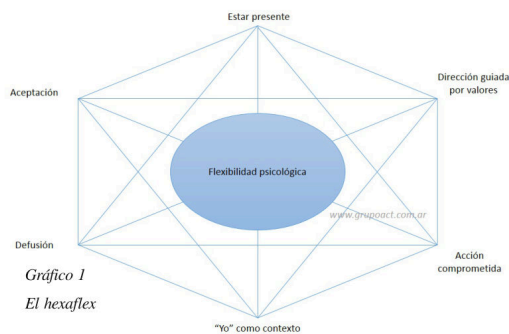


Gráfico 1
El hexaflex

Lo interesante del asunto es que como las dimensiones se refieren a conductas, no a construcciones hipotéticas internas cada una de ellas es operacionalizable y mensurable. Podemos establecer el grado de evitación, la frecuencia de acciones hacia valores, el grado de contacto con el presente, etc., con lo cual las seis dimensiones se vuelven una herramienta muy útil para el diagnóstico.

Si graficamos a lo largo de estas seis dimensiones a un paciente con poca flexibilidad podríamos ver algo como el gráfico 2, mientras que un paciente con alta flexibilidad en sus conductas se vería en el hexaflex como en el gráfico 3.

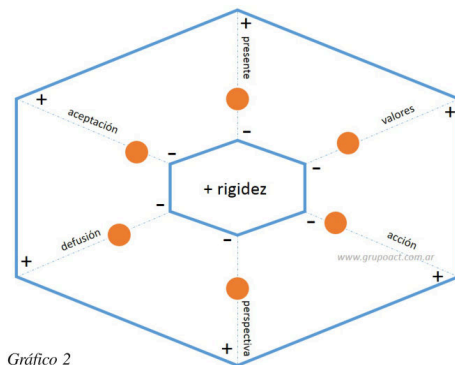


Gráfico 2

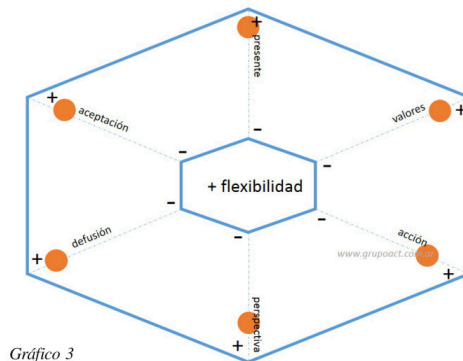


Gráfico 3

La terapia

Utilizando como guía las seis dimensiones descriptas, ACT trata de promover la flexibilidad psicológica. No es una terapia que trate de “arreglar algo que está mal”, por decirlo de alguna manera, sino que trata de aumentar las habilidades y recursos del paciente. Utilizando toda clase de herramientas experienciales, los terapeutas ACT tratan de crear un contexto terapéutico en el cual se promueva la flexibilidad psicológica.

Es por esto que ACT se parece a un ornotorrico: cualquier herramienta técnica (metáforas, intervenciones, ejercicios experienciales, etc.) que permita movilizar alguna de esas seis dimensiones puede ser utilizada, venga de donde viniere, pero la conceptualización teórica es extraordinariamente precisa. Lo interesante es que la conceptualización permite aprovechar las capacidades de cada terapeuta: un terapeuta gestáltico puede moverse cómodamente en la dimensión de Aceptación/Evitación a la vez que enriquece su repertorio con los recursos de la dimensión de Valores, mientras que un logoterapeuta que maneja mejor la dimensión de Valores, pueda añadir la dimensión de Aceptación y Contacto con el presente, y así (de paso, es por esto que cada terapeuta ve cosas conocidas en ACT: depende qué dimensión se observe).

Las seis dimensiones se ponen en juego todo el tiempo, y la habilidad del terapeuta ACT consiste en

una danza por el Hexaflex según las capacidades del paciente. Si bien ACT se puede convertir en un protocolo (y hay varios), el modelo no lo requiere, y en algunos casos lo desaconseja explícitamente a favor de la flexibilidad terapéutica.

En concreto, ACT utiliza intervenciones que promueven la defusión (disminuir el impacto del lenguaje), la aceptación, la toma flexible de perspectiva, el contacto con el momento presente, la clarificación de valores y la acción comprometida con esos valores.

Cierre

ACT es uno de los modelos de tercera ola de más rápido crecimiento. En los últimos años se han multiplicado las investigaciones asociadas de manera impresionante. Este crecimiento tiene su contracara, y es una cierta dispersión en la evidencia. Dado que ACT es por definición un modelo transdiagnóstico de terapia, el tipo de patologías investigadas es extremadamente amplio (desde ansiedad y depresión, hasta dolor crónico, psicosis y manejo de diabetes), y eso hace que en lugar de tener evidencia fuerte para un solo diagnóstico (como DBT tiene fuerte evidencia para trastorno límite, por ejemplo), tenga una evidencia moderada para un rango enorme de trastornos (el que mucho abarca poco aprieta, dicen en mi pueblo). Es una apuesta fuerte, pero una que ha resultado en un modelo muy interesante en la clínica.

10

Cierre

Flox

Muchas flores pequeñas en un solo ramillete:
toda la serie reunida.



Aquí cerramos la serie sobre terapias de tercera ola que recorrimos durante dos años. Las terapias de tercera ola han experimentado un rápido crecimiento en los últimos años (incluso la denominación “tercera ola” tiene sólo diez años de historia), y el campo de las psicoterapias ha cambiado con ellas.

Hace diez años era poco habitual encontrar en un congreso una mesa dedicada a terapias basadas en mindfulness y aceptación; tiempo después, empezaron a crearse espacios especializados en los congresos (“Mesa de terapias de tercera ola”). Hoy es infrecuente que haya mesas dedicadas a tercera ola, porque las presentaciones de tercera ola están distribuidas en los espacios generales. Se ha vuelto habitual también la mención de conceptos de tercera ola en los libros y en los cursos de terapia cognitiva-conductual.

No es un campo tranquilo tampoco. Meramente definir qué terapias son de tercera ola es una tarea extremadamente difícil, pero en última instancia, inútil. El campo todo de las terapias cognitivo-conductuales ha integrado estas ideas y conceptos, y quizá una tarea más interesante que trazar límites radique en pensar e investigar en el impacto que han causado en el campo de la psicoterapia basada en evidencia, y en lo que estas ideas pueden traer a la mesa.

BIBLIOGRAFÍA

Referencias

- American Psychiatric Association. (2000). *DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* 4th edition TR.
- Arkowitz, H., & Miller, W. (2007). Learning, Applying, and Extending Motivational Interviewing. In H. Arkowitz, H. A. Westra, W. R. Miller, & S. Rollnick (Eds.), *Motivational Interviewing in the Treatment of Psychological Problems* (p. 4). New York: Guilford Press.
- Astin, J. A. (1997). Stress reduction through mindfulness meditation. Effects on psychological symptomatology, sense of control, and spiritual experiences. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 66(2), 97–106. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9097338>
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness Training as a Clinical Intervention. *Psychological Science*, (1998), 125–143. <http://doi.org/10.1093/clippsy/bpg015>
- Baer, R. A., Fischer, S., & Huss, D. B. (2005). Mindfulness-based cognitive therapy applied to binge eating: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 12(3), 351–358. [http://doi.org/10.1016/S1077-7229\(05\)80057-4](http://doi.org/10.1016/S1077-7229(05)80057-4)
- Baucom, D. H., & Epstein, N. (1990). *Cognitive-behavioral Marital Therapy*. Psychology Press.
- Baucom, K., Sevier, M., Eldridge, K. A., Doss, B. D., & Christensen, A. (2011). Observed communication in couples two years after integrative and traditional behavioral couple therapy: Outcome and link with five-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(5), 565–576. <http://doi.org/10.1037/a0025121>
- Beck, A. T. (1993). Cognitive therapy: past, present, and future. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(2), 194–198.
- Bishop, S. R. (2002). What do we really know about mindfulness-based stress reduction? *Psychosomatic Medicine*, 64(1), 71–83. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11818588>
- Brantley, J. (2005). Mindfulness-based stress reduction. In S. M. Orsillo & L. Roemer (Eds.), *Acceptance and mindfulness based approaches to anxiety* (p. 378). Springer.
- Burke, B. L., Arkowitz, H., & Menchola, M. (2003). The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(5), 843–61. <http://doi.org/10.1037/0022-006X.71.5.843>
- Christensen, A., Atkins, D. C., Berns, S., Wheeler, J., Baucom, D. H., & Simpson, L. E. (2004). Traditional versus integrative behavioral couple therapy for significantly and chronically distressed married couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(2), 176–91. <http://doi.org/10.1037/0022-006X.72.2.176>
- Cooper, M., Todd, G., & Wells, A. (2008). *Treating Bulimia Nervosa and Binge Eating: An Integrated Metacognitive and Cognitive Therapy Manual* (1st ed.). Routledge.
- Crane, R. (2009). *Mindfulness-based cognitive therapy: Distinctive features*. The CBT Distinctive Features Series, Routledge. New York(NY).
- Cuijpers, P., van Straten, A., & Warmerdam, L. (2007). Behavioral activation treatments of depression: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27(3), 318–26. <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.11.001>
- Dimeff, L. A., & Linehan, M. M. (2008). Dialectical behavior therapy for substance abusers. *Addiction Science & Clinical Practice*, 4(2), 39–47. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18497717>
- Dimidjian, S., Barrera, M., Martell, C., Muñoz, R. F., & Lewinsohn, P. M. (2011). The origins and current status of behavioral activation treatments for depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 1–38. <http://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032210-104535>
- Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmalting, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., ... Jacobson, N. S. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(4), 658–670. <http://doi.org/10.1037/0022-006X.74.4.658>
- Dobson, K. S., Hollon, S. D., Dimidjian, S., Schmalting, K. B., Kohlenberg, R. J., Gallop, R. J., ... Jacobson, N. S. (2008). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the prevention of relapse and recurrence in major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(3), 468–77. <http://doi.org/10.1037/0022-006X.76.3.468>
- Ekers, D., Richards, D., & Gilbody, S. (2008). A meta-analysis of randomized trials of behavioural treatment of depression. *Psychological Medicine*, 38(5), 611–23. <http://doi.org/10.1017/S0033291707001614>
- Fisher, P., & Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy: Distinctive features*. The CBT Distinctive Features Series. Routledge.
- Goldenberg, D., Kaplan, K., Nadeau, M., Brodeur, C., Smith, S., & Schmid, C. (1994). A Controlled Study of a Stress-Reduction, Cognitive-Behavioral Treatment Program in Fibromyalgia. *Journal Of Musculoskeletal Pain*, 2(2), 53–66. http://doi.org/10.1300/J094v02n02_05
- Gortner, E. T., Gollan, J. K., Dobson, K. S., & Jacobson, N. S. (1998). Cognitive-behavioral treatment for depression: relapse prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(2), 377–84. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9583341>
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy and the New Behavior Therapies. In S. C. Hayes, V. M. Follette, & M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and Acceptance: Expanding the Cognitive-behavioral Tradition*. Guilford Press.
- Hayes, S. C., Villatte, M., Levin, M., & Hildebrandt, M. (2010). Open, Aware, and Active: Contextual Approaches as an Emerging Trend in the Behavioral and Cognitive Therapies. *Annual Review of Clinical Psychology*. <http://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032210-104449>
- Hettema, J., Steele, J., & Miller, W. R. (2005). Motivational interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 91–111. <http://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143833>
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. a, & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 169–183. <http://doi.org/10.1037/a0018555>
- Jacobson, N. S., & Christensen, A. (1996). *Acceptance and change in couple therapy: A therapist's guide to transforming relationships*. New York: Norton.
- Jacobson, N. S., & Margolin, G. (1979). *Marital Therapy Strategies Based On Social Learning & Behavior Exchange Principles*. New York: Routledge.
- Judd, L. L. (1997). The Clinical Course of Unipolar Major Depressive Disorders. *Archives of General Psychiatry*, 54(11), 989. <http://doi.org/10.1001/archpsyc.1997.01830230015002>

- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4(1), 33–47. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7042457>
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness*. Deltra Trade Paperbacks.
- Kabat-Zinn, J., Lipworth, L., & Burney, R. (1985). The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 8(2), 163–90. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3897551>
- Kabat-Zinn, J., Massion, A. O., Kristeller, J., Peterson, L. G., Fletcher, K. E., Phert, L., ... Santorelli, S. F. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 149(7), 936–43. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1609875>
- Kabat-Zinn, J., Wheeler, E., Light, T., Skillings, A., Scharf, M. J., Cropley, T. G., ...
- Bernhard, J. D. (1998). Influence of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention on rates of skin clearing in patients with moderate to severe psoriasis undergoing phototherapy (UVB) and photochemotherapy (PUVA). *Psychosomatic Medicine*, 60(5), 625–632. <http://doi.org/9773769>
- Kanter, J. W., Puspitasari, A. J., Santos, M. M., & Nagy, G. a. (2012). Behavioural activation: history, evidence and promise. *The British Journal of Psychiatry*, 200(5), 361–3. <http://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.103390>
- Kaplan, K. H., Goldenberg, D. L., & Galvin-Nadeau, M. (1993). The impact of a meditation-based stress reduction program on fibromyalgia. *General Hospital Psychiatry*, 15(5), 284–9. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8307341>
- Kendler, K. S., Thornton, L. M., & Gardner, C. O. (2000). Stressful life events and previous episodes in the etiology of major depression in women: an evaluation of the “kindling” hypothesis. *The American Journal of Psychiatry*, 157(8), 1243–51. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10910786>
- Kristeller, J. L., & Hallett, C. B. (1999). An Exploratory Study of a Meditation-based Intervention for Binge Eating Disorder. *Journal of Health Psychology*, 4(3), 357–63. <http://doi.org/10.1177/135910539900400305>
- Lewinsohn, P. M., Allen, N. B., Seeley, J. R., & Gotlib, I. H. (1999). First onset versus recurrence of depression: differential processes of psychosocial risk. *Journal of Abnormal Psychology*, 108(3), 483–9. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10466272>
- Longmore, R. J., & Worrell, M. (2007). Do we need to challenge thoughts in cognitive behavior therapy? *Clinical Psychology Review*, 27(2), 173–87. <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.08.001>
- Lundahl, B., & Burke, B. L. (2009). The effectiveness and applicability of motivational interviewing: a practice-friendly review of four meta-analyses. *Journal of Clinical Psychology*, 65(11), 1232–1245. <http://doi.org/10.1002/jclp.20638>
- Lundahl, B. W., Kunz, C., Brownell, C., Tollefson, D., & Burke, B. L. (2010). A Meta-Analysis of Motivational Interviewing: Twenty-Five Years of Empirical Studies. *Research on Social Work Practice*, 20(2), 137–160. <http://doi.org/10.1177/1049731509347850>
- Ma, S. H., & Teasdale, J. D. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(1), 31–40. <http://doi.org/10.1037/0022-006X.72.1.31>
- Manchester Psychiatry Society. (2011). *Beyond Cognition – An interview with Adrian Wells on Meta-Cognitive Therapy*. Retrieved from <http://strangestofloofs.blogspot.com.ar/2011/11/beyond-cognition-interview-with-adrian.html>
- Mazzucchelli, T., Kane, R., & Rees, C. (2009). Behavioral Activation Treatments for
- Depression in Adults: A Meta-analysis and Review, (1977), 383–411.
- Miller, A., Rathus, J., & Linehan, M. (2006). *Dialectical Behavior Therapy with Suicidal Adolescents*. New York: The Guilford Press.
- Miller, J. J., Fletcher, K., & Kabat-Zinn, J. (1995). Three-year follow-up and clinical implications of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention in the treatment of anxiety disorders. *General Hospital Psychiatry*, 17(3), 192–200. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7649463>
- Miller, W., & Rollnick, S. (2009). Ten Things that Motivational Interviewing Is Not. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37(02), 129. <http://doi.org/10.1017/S1352465809005128>
- Miller, W., & Rollnick, S. (2012). *La entrevista motivacional: Preparar para el cambio de conductas adictivas*. Grupo Planeta.
- Miller, W., & Rollnick, S. (2013). *Motivational Interviewing: Helping People Change* (3rd ed.). New York: The Guilford Press.
- Post, R. M. (1992). Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 149(8), 999–1010. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1353322>
- Prochaska, J., & DiClemente, C. (2005). The transtheoretical approach. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 147–171). Oxford University Press.
- Rosengren, D. B. (2009). *Building motivational interviewing skills: a practitioner workbook*. The Guilford Press.
- Schumacher, J. A., & Madson, M. B. (2015). *Fundamentals of motivational interviewing: tips and strategies for addressing common clinical challenges*. Oxford University Press.
- Smedslund, G., Berg, R. C., Hammerstrøm, K. T., Steiro, A., Leiknes, K. A., Dahl, H. M., & Karlsen, K. (2011). Motivational interviewing for substance abuse. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5), CD008063. <http://doi.org/10.1002/14651858.CD008063.pub2>
- Stahl, B., & Goldstein, E. (2010). *A Mindfulness-Based Stress Reduction Workbook*. New Harbinger.
- Swales, M. A., & Heard, H. L. (2009). *Dialectical behaviour therapy, distinctive features*. Routledge.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 615–23. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10965637>
- Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Kohlenberg, B., Follette, W. C., & Callaghan, G. M. (2009). *A Guide to Functional Analytic Psychotherapy*. Boston, MA: Springer US. <http://doi.org/10.1007/978-0-387-09787-9>
- Vasilaki, E. I., Hosier, S. G., & Cox, W. M. (2006, March 7). The efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking: A meta-analytic review. *Alcohol and Alcoholism*. <http://doi.org/10.1093/alcac/agl016>
- Wegner, D., Erber, R., & Zanakos, S. (1993). Ironic processes in the mental control of mood and mood-related thought. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(6), 1093–1104. Retrieved from <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1994-16256-001>
- Weissbecker, I., Salmon, P., Studts, J. L., Floyd, A. R., Dedert, E. A., & Sephton, S. E. (2002). Mindfulness-Based Stress Reduction and Sense of Coherence Among Women with Fibromyalgia. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 9(4), 297–307. <http://doi.org/10.1023/A:1020786917988>
- Wells, A. (2005). The Metacognitive Model of GAD: Assessment of Meta-Worry and Relationship With DSM-IV Generalized Anxiety Disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 29(1), 107–121. <http://doi.org/10.1007/s10608-005-1652-0>

- Wells, A. (2007). Cognition About Cognition: Metacognitive Therapy and Change in Generalized Anxiety Disorder and Social Phobia. *Cognitive And Behavioral Practice*, 14, 18–25.
- Wells, A., & Carter, K. (2001). Further tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder: Metacognitions and worry in GAD, panic disorder, social phobia, depression, and nonpatients. *Behavior Therapy*, 32(1), 85–102. [http://doi.org/10.1016/S0005-7894\(01\)80045-9](http://doi.org/10.1016/S0005-7894(01)80045-9)
- Wells, A., Fisher, P., Myers, S., Wheatley, J., Patel, T., & Brewin, C. R. (2009). Metacognitive therapy in recurrent and persistent depression: A multiple-baseline study of a new treatment. *Cognitive Therapy and Research*, 33(3), 291–300. <http://doi.org/10.1007/s10608-007-9178-2>
- Wells, A., & Sembi, S. (2004). Metacognitive therapy for PTSD: A core treatment manual. *Cognitive and Behavioral Practice*. [http://doi.org/10.1016/S1077-7229\(04\)80053-1](http://doi.org/10.1016/S1077-7229(04)80053-1)
- Yates, A. J. (1970). *Behavior therapy*. Wiley.

Horacio

Revista de ciencias conductuales-contextuales

Revista de distribución gratuita · Licencia Creative Commons 2.0

© 2016 Grupo ACT Argentina · www.grupoact.com.ar

y Psyciencia · www.psyciencia.com

Contacto: infogrupoact@gmail.com

Reedición especial para «Lo que creció del conductismo»

