

CUADERNOS DE SALUD MENTAL DEL 12 N° 10 (2015)

UNIDAD DOCENTE MULTIPROFESIONAL DE SALUD MENTAL

Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental

Hospital Universitario 12 de Octubre (Madrid)

FICHAS DE PSICOTERAPIAS MANUALIZABLES



Marta Oviedo Nieto
(coordinadora)

Nuria Giner Gosalbez, Odei Iriondo Villaverde,
Thais López Moreno, Esther Martín Avila,
Carla Russo Ferrari y Angela C. Vargas Villate



**Hospital Universitario
12 de Octubre**

 **Comunidad de Madrid**

Coordinador "Cuadernos de Salud Mental del 12":

Dr. L. Santiago Vega González (santiago.vega@salud.madrid.org)

Area de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Universitario 12 de Octubre
Madrid (España)

Web oficial: <http://www.madrid.org/hospital12deoctubre/psiquiatria>

Publicación sin fines comerciales: material de uso exclusivamente docente.

Advertencia: La medicina y la psicología clínica son áreas en constante evolución. A medida que las nuevas investigaciones y la experiencia clínica amplíen nuestro conocimiento se requieren modificaciones en las indicaciones terapéuticas, en especial en lo que atañe a los tratamientos farmacológicos. Aunque los autores han revisado la última evidencia científica al respecto de los tratamientos que aquí se mencionan se recomienda al lector profano consultar con un especialista médico en lo referente a los tratamientos farmacológicos y al lector profesional de la medicina o psicología revisar las últimas guía clínicas y prospectos oficiales en relación con los tratamientos y, en especial, los fármacos aquí comentados. Esta recomendación cobra especial importancia con respecto a fármacos nuevos o de uso infrecuente.

Marzo 2015

FICHAS DE PSICOTERAPIAS MANUALIZABLES

Marta Oviedo Nieto ¹
(coordinadora)

Nuria Giner Gosalbez, Odei Iriondo Villaverde,
Thais López Moreno, Esther Martín Avila,
Carla Russo Ferrari y Angela C. Vargas Villate ²

¹ Psicóloga Clínica. Unidad de Psicoterapia. AGCPSM H.U. 12 de Octubre

² Psicólogas Internas Residentes de Psicología Clínica. AGCPSM H.U. 12 de Octubre

INDICE

Prólogo	5
Entrenamiento en Autoinstrucciones	7
Inoculación al Estrés	9
Entrenamiento en el Manejo de la Ansiedad	13
Terapia de Resolución de Problemas (TRP)	16
Terapia Cognitiva de Beck.	19
Terapia Racional Emotiva (RET)	22
Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)	25
Terapia Interpersonal	28
Terapia Dialéctico-Conductual (TDC)	32
Terapia Breve Estratégica	37
Psicoterapia Cognitiva Narrativa	42
Terapia de los Constructos Personales de Kelly	44
Terapia Centrada en Esquemas	47
Terapia Sistémica Centrada en Soluciones	51
Terapia Cognitiva basada en <i>Mindfulness</i> para la Depresión	55
Terapia Integral de Pareja	59
Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales	63
Terapia Interpersonal Psicodinámica Breve	67

PROLOGO

Este nuevo número de Cuadernos de Salud Mental del 12 surgió a raíz de una propuesta de nuestro Jefe de Servicio, el Dr. Jiménez Arriero. Una propuesta más, de las muchas y continuas, con las que nos anima a seguir desarrollando la Unidad de Psicoterapia.

Nuestro objetivo central, posibilitar la formación en psicoterapia a los residentes, tiene que ir de la mano de instrumentos que faciliten esta tarea. Son muchas las propuestas de intervenciones psicoterapéuticas que han ido apareciendo en nuestra disciplina. Algunas menos las que han ido demostrando "su razón de ser y permanecer".

Recoger de manera sistemática y resumida algunas de estas intervenciones es una tarea que los clínicos agradecemos. Esta fue la tarea que nuestra compañera Marta Oviedo, como coordinadora de este trabajo, asumió junto con algunas de nuestras residentes PIR.

Para facilitar su manejo le han dado una estructura de "fichas" con unos apartados comunes:

- Nombre de la intervención psicoterapéutica
- Autores principales
- Indicaciones terapéuticas
- Descripción y conceptos teóricos principales
- Formato de la terapia
- Técnicas principales y aplicación de las mismas a la terapia
- Importancia de la relación terapéutica
- Referencias bibliográficas

Creo que este trabajo resulta útil de diferentes modos: permite enfocar rápidamente los aspectos esenciales de una intervención; permite a sí mismo su comparación; sirve como un acercamiento inicial a nuestros residentes MIR y EIR y les orienta en su profundización teórica; a los residentes PIR como repaso de su formación académica...y a los profesionales psicoterapeutas nos sirve para no extraviarnos demasiado en nuestra tarea .

Muchas de estas intervenciones, o su combinación en una propuesta integradora, forman parte del hacer cotidiano de los psicólogos clínicos de nuestra AGC y por tanto, este excelente y práctico documento supone un buen complemento formativo para nuestros residentes.

Conocer y saber teóricamente las bases de las intervenciones sólo es el primer paso. Tener la oportunidad de observar y participar en su desarrollo práctico y supervisar con un psicoterapeuta experimentado hace el resto. Sin olvidar nunca que una intervención psicoterapéutica sólo es buena si la hacemos buena con nuestros pacientes.

Son estas las primeras intervenciones recogidas en este documento y podrían ser muchas más, tarea a la que emplazamos de nuevo a Marta, por su experiencia clínica y docente y su gran disponibilidad para el trabajo en equipo en nuestra Unidad.

Jesús Fernández Rozas
Psicólogo Clínico
Coordinador de la Unidad de Psicoterapia
Area de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental
Hospital universitario 12 de Octubre

ENTRENAMIENTO EN AUTOINSTRUCCIONES

Autores principales: Donald Meichenbaum

Referencias bibliográficas principales:

- Caballo, V.E. (ed.) (1991), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*, Madrid, Siglo XXI.
- Olivares, J. y Méndez, F.X. (6ªed) (2010). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Indicaciones terapéuticas:

- Problemas secundarios a la impulsividad del sujeto: hiperactividad, dificultades de aprendizaje, agresividad, delincuencia.
- Problemas secundarios a autoinstrucciones negativas: problemas de ansiedad, estrés, depresión.

Descripción y conceptos teóricos principales

Técnica cognitiva de la modificación de conducta tratando de modificar el comportamiento actuando sobre el sistema cognitivo.

Objetivo: Modificar las verbalizaciones internas que el paciente utiliza ante aquellos problemas o situaciones ante los que habitualmente fracasa, realizando respuestas inadecuadas para alcanzar sus objetivos. Introducción en el lenguaje interno de instrucciones que guíen la conducta del mismo hacia la consecución de sus metas.

-Lenguaje: es entendido como mecanismo controlador y director de la conducta que guía y ordena el comportamiento.

-Verbalizaciones Internas: son coherentes con la actuación del sujeto y pueden ayudarle a actuar de un modo más eficaz. Facilitan el aprendizaje motor complejo en sus fases iniciales, desapareciendo cuando la respuesta está bien establecida y las secuencias se ejecutan de manera automática. El empleo de autoinstrucciones de manera artificial enlentece el pensamiento, transformándose en un lenguaje que guía con cuidado la actuación del sujeto.

Formato de la terapia. Sesiones

Costa de cinco fases:

1. Modelado cognitivo: El terapeuta actúa como modelo y lleva a cabo una tarea mientras se habla a si mismo en voz alta sobre lo que está haciendo.
2. Guía externa en voz alta: El paciente lleva a cabo la misma tarea del ejemplo propuesto por el terapeuta, bajo la dirección de las instrucciones de éste.

3. Autoinstrucciones en voz alta: El paciente lleva a cabo la tarea mientras se dirige a si mismo en voz alta.
4. Autoinstrucciones enmascaradas: El paciente lleva a cabo la tarea de nuevo mientras se dirige a si mismo en voz baja.
5. Autoinstrucciones paralelas: El paciente guía su propio comportamiento a través de autoinstrucciones internas, mientras va desarrollando la tarea.

Técnicas principales y descripción de las mismas aplicadas a la Terapia

Modelado: Técnica basada en la teoría del aprendizaje social donde el sujeto observa la conducta de un modelo y la imita para adquirir nuevos patrones de respuesta, fortalecer o debilitar conductas o facilitar la ejecución de respuestas ya presentes en el repertorio conductual del sujeto.

Importancia de la relación terapéutica

No se habla explícitamente de la relación terapéutica. El terapeuta tiene una función directiva, de guía y modelo.

Referencias bibliográficas complementarias

- Meichenbaum, D. Self-instructional strategy training: a cognitive prothesis for the aged. (1974). *Human Development*, 17(4), 273-280.
- Meichenbaum, D.H. y Goodman, J. Reflection-impulsivity and verbal control of motor behavior. (1969) *Child Development*, 40(3), 785-797.
- Meichenbaum, D.H. y Goodman, J. Training impulsive children to talk to themselves: a means of developing self-control.(1971) *Journal of Abnormal Psychology*, 77(2),115-126.
- Meichenbaum, D.H. Cognitive modification of test anxious college students. (1972). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 39(3), 370-380.

INOCULACIÓN AL ESTRÉS

Autor principal: Donald Meichenbaum.

Referencias bibliográficas principales:

- Meichenbaum, D. (1985). *Stress inoculation training*. Headington Hill Hall, England Pergamon Press Inc.
- Traducción de Jordi Fibla Revisión de Josep Toro. (1987). *Manual de inoculación del estrés*. Ediciones Martínez Roca.

Indicaciones terapéuticas:

- Reducción del estrés.

Descripción y conceptos teóricos principales

La inoculación del estrés (IE) es un procedimiento cognitivo-conductual desarrollado por el psicólogo canadiense Donald Meichenbaum para reducir el estrés. Implica la adquisición de destrezas, habilidades de afrontamiento y ensayo de las mismas para hacer frente a situaciones estresantes.

Las principales habilidades a aprender son todas aquellas que permitan un control efectivo de la tensión o activación emocional (fisiológica), así como la modificación de los contenidos cognitivos más superficiales (Ej., auto-verbalizaciones) que ocurren antes, durante y después del enfrentamiento con las situaciones problema.

Formato de la terapia. Sesiones

El procedimiento consta de tres fases: educativa, entrenamiento o adquisición de habilidades y aplicación.

1) Fase educativa. Se trata de proporcionar información sobre la génesis y mantenimiento de los fenómenos emocionales problemáticos. El objetivo no es eliminar el estrés, sino considerar las situaciones estresantes como problemas que se pueden resolver. En este sentido se ha de proponer un modelo comprensible que permita a la persona reconocer sus elementos en la situación problema, así como interpretar de forma adecuada las relaciones entre ellos.

Una vez que la persona ha comprendido el modelo, es necesario recoger toda la información posible sobre la morfología y relaciones funcionales entre los elementos del entorno y la respuesta. Para este fin pueden utilizarse registros en las situaciones problema, entrevistas con la persona y personas cercanas, instrumentos de auto-informe, etc.

Como resultado de esta fase, la persona debería: a) disponer de un modelo alternativo de mantenimiento de sus reacciones de estrés; b) deben haberse identificado y aclarado los desencadenantes, distinguiendo los estresores globales de los puntuales o situacionales y aquellos modificables de los que no los son; c) debería haberse aclarado si el déficit de la persona se debe a

una falta de competencia (habilidades) o de ejecución (beneficios secundarios, creencias disfuncionales, etc.).

2) **Fase de entrenamiento o adquisición de habilidades.** La persona debe ser capaz de distinguir claramente entre las situaciones modificables de aquellas que no lo son. En las primeras (modificables) los esfuerzos de la persona irán encaminados al control de las situaciones (técnicas instrumentales), mientras en las segundas (no modificables), los esfuerzos estarán centrados en la emoción que se experimenta (técnicas paliativas).

3) **Fase de aplicación o puesta en práctica y seguimiento.** Durante esta fase la persona debe poner en práctica lo aprendido en situaciones reales. Para conseguirlo se le somete a niveles moderados y controlables de estrés (inoculación) a modo de “vacunas” conductuales.

Técnicas principales y descripción de las mismas aplicadas a la terapia

Las estrategias a entrenar en la **fase dos**, pueden agruparse en cuatro grandes categorías: habilidades cognitivas, de control de la activación emocional, conductuales y de afrontamiento paliativo.

- **Habilidades cognitivas.** La reestructuración cognitiva, la detención del pensamiento, y las auto-instrucciones son las principales estrategias a entrenar.
- **Habilidades de control emocional.** La principal estrategia es la relajación. Esta puede obtenerse de diferentes formas (Ej., relajación muscular progresiva, por imaginación, por respiración y por meditación).
- **Habilidades conductuales.** La principal es la exposición. Otras estrategias como el modelado o el ensayo de conductas se aplican para la modificación de parámetros morfológicos de las respuestas problema.
- **Habilidades paliativas.** Las principales son la distracción, cambio de perspectiva y habilidades sociales, como la expresión adecuada de afecto y la gestión del apoyo social de que se disponga.

Pautas para llevar a cabo la refocalización atencional o distracción:

1. Explicar el sentido de la técnica: no se trata de escaparse del problema, se trata de no prestar atención a estímulos (Ej., pensamientos rumiativos) cuando hacerlo no modifica el problema y amplifica los síntomas o el malestar asociado.
2. Seleccionar posibles fuentes de distracción relevantes para la persona (contar coches de una marca, prendas de vestir, realizar tareas domésticas, etc.).
3. Las tareas utilizadas como distractores deben suponer una importante implicación conductual (Ej., ejercicio físico), atención a estímulos externos (Ej., describir el entorno), empleo de recursos cognitivos (Ej., contar hacia atrás a partir de un número) y contenido social (Ej., realizar actividades en grupo).
4. Una vez identificadas las situaciones problema y los distractores la persona debe implicarse activamente en la refocalización, moviendo su “linterna mental” hacia los estímulos acordados. Una vez que la persona es capaz de poner en marcha las principales habilidades necesarias para un adecuado afrontamiento del problema, deben organizarse de acuerdo con los cuatro pasos del afrontamiento: preparación, afrontamiento (confrontación real y manejo de la activación emocional) y análisis de las consecuencias auto-refuerzo del éxito.

Esquema para la confección de planes de afrontamiento:

Preparación de una situación estresante:

- Identificar y etiquetar la situación.
- Análisis de las posibilidades de afrontamiento y confección del plan.

Afrontamiento :

- Puesta en marcha del plan.
- Prevención de crisis. Es importante disponer de una salida para el caso de un fracaso parcial.

Análisis de las consecuencias:

- Recompensa (desde auto-manifestaciones positivas hasta recompensas físicas o sociales).
- Afrontamiento de fracasos y recaídas.

Las principales estrategias en la **fase tres**, son el ensayo en imaginación, el ensayo conductual y la exposición in vivo graduada.

- Modelado, metáforas y ensayo en imaginación. La utilización de observación de personas cercanas competentes, filmaciones (Ej., películas), lecturas, metáforas o incluso del terapeuta en situaciones similares puede ser de gran utilidad. Los modelos deben ser variados, similares a la persona (sexo, edad, etc.), creíbles y con un nivel de competencia ligeramente superior al del paciente. Debe mantenerse la atención de forma sostenida sobre el modelo y pedir a la persona que resuma o integre lo observado tras la sesión. Se construye una jerarquía con las situaciones más estresantes a las que se enfrenta el paciente. Se ordenan de mayor a menor nivel de dificultad. La persona debe reproducir las situaciones en imaginación permitiendo la aparición de la respuesta de estrés y haciéndole frente con las habilidades aprendidas.
- Ensayo conductual. Puede utilizarse la inversión de roles (terapeuta-paciente). El objetivo es que la persona se enfrente a situaciones simuladas o reales al principio más controlables y progresivamente con más imprevistos.
- Exposición in vivo graduada. La persona ha de enfrentarse progresivamente a las situaciones reales de la jerarquía previamente construida valorando el resultado obtenido en cada una de ellas.

Características principales de las situaciones utilizadas para el ensayo in vivo:

- similitud con las situaciones problema
- situaciones concretas, observables y de resultados medibles
- jerarquizarlas por dificultad
- Especificar de forma clara que es lo que se debe hacer
- Realistas y convenientes con el paciente.

Asegurarse de que la persona ha comprendido lo que se pide.

Prever posibles obstáculos y dificultades.

Definir los ensayos como experimentos, no como últimas oportunidades.

Revisar los resultados (generar la atribución interna de los éxitos y analizar los fallos).

Importancia dada a la relación terapéutica

Explícitamente no se hace énfasis en la importancia dada a la relación terapéutica.

Referencias bibliográficas complementarias

- Traducción de Jordi Fibla Revisión de Josep Toro. (1987). *Manual de inoculación del estrés*. Ediciones Martínez Roca.

Recuperado de:

<http://www.imd.inder.cu/adjuntos/article/480/Manual%20de%20inoculacion%20de%20estres.pdf>

- Muñoz, M. & Bermejo M. (2001). *Entrenamientos de inoculación de estrés*. Síntesis.
- Labrador F. y Muñoz, J. (1997). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Pirámide.

ENTRENAMIENTO EN EL MANEJO DE LA ANSIEDAD

Autores principales: Suinn y Richardson (1971)

Referencias bibliográficas principales

- Suinn, R.M. (1993). Entrenamiento en manejo de la ansiedad. Una terapia de conducta. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Indicaciones terapéuticas

- Diseñada para el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada, también se ha mostrado eficaz frente a la ansiedad ante los exámenes. Según Suinn y Deffenbacher, el EMA puede ser el tratamiento de elección de las personas cuyo problema principal sea la tensión y la ansiedad. Pero añaden que puede resultar de utilidad como componente de un programa terapéutico más amplio para otros problemas como la ira, el patrón de conducta tipo A y la fobia social.

Descripción y conceptos teóricos principales

Suinn y Richardson (1971) realizaron trabajos con el fin de entrenar a sujetos en habilidades que pudieran permitirles el manejo de sus estados de ansiedad con independencia de que los sujetos pudieran o no determinar las causas o estímulos fóbicos que desencadenan sus respuestas de ansiedad y su proceso de adquisición.

En un principio se fundamentó en la teoría del impulso sobre la ansiedad: por una parte la ansiedad suponía una respuesta a estímulos externos e internos y por otra, una vez que la ansiedad aparecía, adquiría propiedades estimulares que influían sobre las respuestas posteriores. Los clientes podían ser entrenados para responder a estas claves o señales discriminativas con estrategias que eliminen la ansiedad a través de un proceso de inhibición recíproca. Posteriormente se reconceptualizó como una técnica de autocontrol.

El entrenamiento tiene como objetivos:

1. Que el sujeto aprenda a discriminar e identificar las respuestas generadas por la situación ansiógena.
2. Entrenar al sujeto para que aprenda poner en marcha las habilidades de relajación de forma contingente a la aparición de las primeras respuestas de ansiedad, a fin de controlar tanto su duración como su intensidad.

Es muy importante la producción de respuestas cognitivas (imágenes en este caso). La imaginación se va a utilizar tanto para generar respuestas de ansiedad a través de recuerdos de situaciones ansiógenas como para imaginar situaciones que ayuden al sujeto a generar su estado de relajación.

Hay que evaluar la capacidad de los sujetos para generar respuestas cognitivas y en caso necesario entrenar al sujeto en este menester (ver condicionamiento encubierto).

La aplicación de las sesiones que veremos a continuación, conlleva el paso de la guía externa y máxima dependencia de las instrucciones del terapeuta al autocontrol total de la

identificación de las respuestas de ansiedad y la generación de respuestas de relajación, respiración controlada e imaginación positiva, todas ellas respuestas incompatibles con las de ansiedad.

Formato de la terapia. Sesiones

Primera sesión. Fases:

1. Informar y explicar el problema
2. Entrenamiento. Conlleva dos tareas: Recordar e identificar escenas de relajación (acontecimientos reales). Entrenar en relajación muscular progresiva al sujeto (relajación muscular progresiva de Jacobson o la adaptación de Bernstein y Borkovec).
3. Consolidación y generalización. Se le mandan tareas para casa relacionadas con los entrenamientos realizados durante la sesión.

Segunda sesión. Fases:

1. Control de la realización de las tareas para casa.
2. Entrenar en el recuerdo e identificación de situaciones reales de ansiedad que generen respuestas con intensidades y duraciones moderadas (en una escala la valoración subjetiva debería estar en torno al 6/10).
3. Proporcionar al sujeto instrucciones de relajación sin incluir el componente de tensión muscular.
4. Generar, con las instrucciones del terapeuta, una escena de ansiedad seguida de otra escena que incluya procedimiento de relajación.
5. Consolidación y generalización. Se le mandan tareas para casa relacionadas con los entrenamientos realizados durante la sesión.

Tercera sesión. Fases:

1. Control de la realización de las tareas para casa.
2. Relajación iniciada por el propio paciente (en ausencia de respuestas de ansiedad).
3. Activación de la ansiedad (instrucciones del terapeuta para que el sujeto reconstruya imaginariamente una situación real ansiógena).
4. Identificar (paciente) las respuestas de ansiedad generadas por la situación ansiógena, así como sus características.
5. Generar la relajación siguiendo instrucciones del terapeuta.
6. Repetir la secuencia integrada por los 4 pasos previos hasta un total de 3-4 veces.
7. Tareas para casa.

Cuarta sesión: esta sesión tiene como objeto el entrenamiento de la secuencia de entrenamiento en relajación. Fases:

1. Control de la realización de las tareas para casa.
2. Se elige una situación cuya evocación produzca una respuesta e ansiedad de intensidad alta (9/10 en una escala autoinformada). Esta escena se alternará con otra situación evaluada por el sujeto como moderada.
3. El paciente identifica las características de sus respuestas de ansiedad (cognitivas, fisiológicas y motoras). El paciente decide el momento de iniciar su propia relajación.
4. Tareas para casa: que el sujeto replique lo entrenado poniendo énfasis en la detección e identificación de las primeras señales de activación ansiógena para contingentemente iniciar la relajación (si se percibe ansiedad).

Quinta sesión. Fases:

1. Evaluación de la habilidad en la ejecución de las tareas para casa.

2. Se procede igual que la sesión cuarta.
3. En esta fase el papel del terapeuta se minimiza durante el entrenamiento mientras que el paciente alcanza el grado más alto de protagonismo en su propio control.

Sucesivas sesiones:

El terapeuta hace un seguimiento del grado de control alcanzado por el sujeto exponiéndolo a situaciones reales, dándose por concluido el entrenamiento cuando el paciente logra controlar sus respuestas de ansiedad.

Técnicas principales y descripción de las mismas aplicadas a la terapia

De acuerdo con Avia (1990), el procedimiento se puede resumir siguiendo este esquema secuencial:

1. Entrenar al sujeto en habilidades de relajación muscular progresiva.
2. Inducir experimentalmente ansiedad mediante instrucciones y sugestión.
3. Entrenar al sujeto en identificar claramente las respuestas internas de ansiedad.
4. Entrenar al sujeto para que pueda poner fin a las respuestas de ansiedad empleando respuestas incompatibles, a petición del terapeuta o por voluntad del propio sujeto.

Importancia dada a la relación terapéutica

Inicialmente se remarca la importancia de la directividad del terapeuta, pasando progresivamente a delegar mayor responsabilidad en el propio paciente.

Referencias bibliográficas complementarias

- Capafóns, J. y Sosa, D. (2008) Técnicas de control del estrés. En F. J. Labrador (Ed.), *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 537-540). Madrid: Pirámide
- Olivares, J., Méndez, F. y Lozano, M. (2010). Técnicas de habilidades de enfrentamiento. En F.X. Méndez y J. Olivares, J. (Ed.), *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 466-470). España: Biblioteca Nueva
- Sosa, D., Viña, C. y J. Capafóns. J. (2000). Terapias de afrontamiento. En A. Del Pino. (Ed *Tratamientos psicológicos. Una perspectiva conductual* (pp. 273-277). Santa Cruz de Tenerife: Resma
- Suinn, R.M.y Deffenbacher, J.L. (1988). Anxiety management training. *The counseling psychologist*, 16, 31-49
- Suinn, R.M, y Richardson, F. (1971). Anxiety management training. A nonspecific behavior therapy program for anxiety control. *Behavior Therapy*, 2, 498-510.

TERAPIA DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS (TRP)

Autores principales: D’Zurilla y Goldfried.

Referencias bibliográficas principales

- D’Zurilla, T.J. y Goldfried, M.R. (1971). Problem solving and behaviour modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- D’Zurilla, T.J. (1993). *Terapia de resolución de conflictos: Competencia social, un nuevo enfoque en la intervención clínica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Indicaciones terapéuticas

- Principalmente fue creada para la resolución de conflictos sociales, pero complementariamente también se ha aplicado a otro tipo de problemática como: conductas adictivas, problemas académicos, depresión, ansiedad, problemas obsesivo-compulsivos, delincuencia, malos tratos, terapia marital.

Descripción y conceptos teóricos principales

Esta técnica, basada en el modelo cognitivo-conductual, trata de explicar cómo los individuos deben resolver los problemas con el fin de aumentar su efectividad. Se trata de un proceso que hace que estén disponibles una variedad de alternativas de respuestas potencialmente eficaces para enfrentarse al problema y aumenta la probabilidad de escoger la respuesta más eficaz.

Definimos un problema como el fracaso para encontrar una respuesta eficaz. La solución de problemas es útil para reducir la ansiedad asociada a la incapacidad para tomar decisiones.

El proceso de solución de problemas está determinado principalmente por la orientación al problema: proceso metacognitivo determinado por el sistema de creencias, valores y experiencias previas del individuo, que refleja la percepción sobre los problemas y sobre su propia capacidad de resolverlos.

Formato de la terapia. Sesiones

El programa de entrenamiento en resolución de problemas comienza con una explicación general sobre su fundamento y bases lógicas, sobre sus fases y consecuencias positivas. A continuación comienza el entrenamiento en cada una de las fases, que se lleva a cabo mediante un modelamiento progresivo y participativo de las habilidades del paciente. Aprende y practica las tareas de cada fase con la ayuda del terapeuta, ambos discuten y resuelven problemas simulados y reales.

El formato puede ser individual y grupal.

Técnicas principales y descripción de las mismas aplicadas a la terapia

La TRP consta de 5 fases, el orden en que se presentan los cinco componentes del modelo es la secuencia más útil y lógica para una aplicación sistemática, pero no implica unidireccionalidad, el proceso es en todo momento activo y flexible (incluyendo avances y retrocesos). Fases:

1. Orientación del problema: La orientación del individuo ante una situación influye en su manera de responder, y se trata de observar qué actitud previa puede estar dificultando un buen afrontamiento del problema (creencias sobre su irresolubilidad, dudas sobre la propia habilidad, sentimientos de impotencia, una conceptualización abstracta del problema, expectativas no realistas o soluciones mágicas). Se debe favorecer una orientación constructiva hacia el problema, con una actitud facilitadora, promover la reflexividad y aprender a identificar situaciones-problema. Como estrategias se utilizan la técnica del abogado del diablo, autorregistros y utilizar las emociones como pistas o claves para la identificación del problema.
2. Formulación y definición del problema: El objetivo es evaluar el problema e identificar una solución realista. Normalmente el sujeto expone un problema vago y ambiguo, para evitarlo, se proponen las siguientes tareas: Recoger toda la información relevante (¿Quién?, ¿Cuándo?, ¿Dónde?, ¿Por qué?, ¿Cómo?), especificar operacionalmente el problema usando términos claros y concisos, identificar las variables realmente relevantes, determinar las causas que favorecen la aparición y mantenimiento del problema y formular objetivos concretos y realistas. El terapeuta debe ayudar a minimizar las distorsiones cognitivas que pueden aparecer en esta fase y comprender la naturaleza del problema.
3. Generación de alternativas: El objetivo principal es generar el mayor número posible de alternativas y la mejor estrategia para ello es la tormenta de ideas: consiste en la producción de soluciones alternativas según tres principios: de cantidad, aplazamiento del juicio y variedad. Hay que diferenciar entre estrategias más generales y tácticas concretas.
4. Toma de decisiones: el objetivo es seleccionar la mejor alternativa o combinación de alternativas para maximizar los resultados positivos y minimizar los negativos. Primero descartamos las opciones claramente ineficaces o extremas. Después para cada alternativa, se predice la probabilidad de que tengan lugar las consecuencias esperadas, se evalúa la posibilidad de implementación (dificultades para llevarla a cabo) y análisis de costes-beneficios. Para la comparación y toma de decisiones final, se siguen los siguientes principios de utilidad: Resolución del conflicto, bienestar emocional, relación tiempo/esfuerzo y bienestar general personal y social. Posteriormente se planificará detalladamente la estrategia elegida.
5. Puesta en práctica de la decisión tomada y verificación de resultados. La eficacia de la solución debe comprobarse empíricamente, aplicándola en la vida real y observando y registrando los resultados. Esta fase consta de cuatro componentes: Ejecución, autoobservación, autoevaluación y autorrefuerzo.

Importancia dada a la relación terapéutica

La relación terapéutica en la terapia de resolución de problemas no es una cuestión central, sin embargo no debemos olvidar que es necesario un clima favorecedor para que se pueda abordar

la problemática del paciente. Por tanto una relación de confianza, aceptación y empatía facilita este proceso.

Referencias bibliográficas complementarias

- Becoña, E. y Gutiérrez-Moyano, M.M. (1987). Las terapias de solución de problemas: Una revisión. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 5, 89-118.
- D'Zurilla, T.J. (1993). *Terapia de resolución de conflictos: Competencia social, un nuevo enfoque en la intervención clínica*. Bilbao. Desclée de Brouwer.
- Nezu, A.M. y Nezu, C.M. (1991). Entrenamiento en solución de problemas. En V.E. Caballo (ed.). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (Pags 527-553). Madrid. Promolibro..

Material de trabajo TRP disponible en Internet:

- Servicio Anadaluz de Salud. Resolución de problemas. *¿Cómo resolver problemas? Una técnica simple de "Hazlo tú"*. Serie Nuevas Estrategias en Salud Mental. Junta de Andalucía. Granada, 2012.

Disponible en:

http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=../contenidos/publicaciones/Datos/481/pdf/5_Problemas_A5_pliego2.pdf .

TERAPIA COGNITIVA DE BECK

Autor principal: Aaron Beck.

Referencias bibliográficas principales

- Beck, A. T.; Rush, A. J.; Shaw, B. F. y Emery, G. (1982). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Beck, A. T. y Freeman, A. (1995). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Barcelona: Paidós.

Indicaciones terapéuticas

- Principalmente fue creada para el tratamiento de la depresión. Pero posteriormente Beck adaptó este modelo para aplicarlo también a trastornos de ansiedad, esquizofrenia, trastornos de la personalidad, trastornos alimenticios y trastornos de pareja.

Descripción y conceptos teóricos principales

La terapia cognitiva se basa en una teoría de la psicopatología que mantiene que la percepción y la estructura de las experiencias del individuo determinan sus sentimientos y conductas.

-Esta estructura cognitiva o esquema cognitivo es equivalente a los patrones cognitivos estables mediante los que cada persona conceptualiza su experiencia, se trata de una organización conceptual abstracta de valores, creencias y metas personales, de las que podemos o no ser conscientes. Los esquemas pueden permanecer inactivos y ante situaciones precipitantes se activan, produciendo distorsiones cognitivas y cogniciones automáticas.

- Distorsión cognitiva nos referimos a los errores en el procesamiento de la información. Beck identifica en la depresión los siguientes: Inferencia arbitraria, abstracción selectiva, sobregeneralización, maximización, minimización, personalización y pensamiento dicotómico. También pueden aparecer: adivinación del pensamiento, razonamiento emocional, descalificación de lo positivo, los “debería” o culpabilización.

- Los pensamientos automáticos, en cambio, serían los contenidos de esas distorsiones cognitivas derivadas de la confluencia de la valoración de los eventos y los supuestos personales (sistema cognitivo primitivo). Son mensajes específicos, creídos a pesar de ser irracionales, involuntarios y difíciles de controlar, dramatizan sobre la experiencia y suelen conllevar una visión en túnel de la situación.

Formato de la terapia. Sesiones

La terapia cognitiva es un proceso de resolución de problemas basado en una experiencia de aprendizaje. El paciente, en colaboración con el terapeuta, aprende a descubrir y modificar las distorsiones cognitivas e ideas disfuncionales. La meta a corto plazo es modificar la predisposición sistemática del pensamiento a producir las distorsiones cognitivas. La meta a largo plazo consiste en modificar los esquemas cognitivos subyacentes que harían vulnerable al sujeto.

El proceso terapéutico tiene las siguientes fases:

1. Establecer la relación terapéutica.
2. Conceptualización de los problemas: comprender las quejas del paciente y transformarlas en síntomas-objetivo.
3. Explicar al paciente el modelo cognitivo de la depresión y demostrarle cómo influyen las cogniciones en las emociones.
4. Generar alternativas cognitivo-conductuales.
5. Generalización de resultados y prevención de recaídas.

En cuanto al número de sesiones recomendado, es solo orientativo, dependiendo de la gravedad del trastorno y de los objetivos planteados para la intervención. Generalmente consta de 15 a 20 sesiones, realizadas una vez por semana, y en casos más graves se plantea realizarlas dos veces por semana durante un periodo de 4 o 5 semanas; y posteriormente se van disminuyendo hasta comprender un plazo de 10 a 15 semanas con una sesión semanal. Al finalizar el tratamiento, se recomienda realizar 4 o 5 sesiones de apoyo durante todo el año, para reforzar lo aprendido durante la terapia y evitar recaídas.

Técnicas principales y descripción de las mismas aplicadas a la terapia

Técnicas cognitivas: Pretenden facilitar la exploración y detección de los pensamientos automáticos y esquemas personales, y una vez detectados comprobar su validez.

Algunas técnicas empleadas frecuentemente son:

- **Detección de pensamientos automáticos:** Se trata de un entrenamiento para que el sujeto observe la secuencia de sucesos externos y sus reacciones a ellos. Ante situaciones donde el sujeto experimenta una emoción, se le enseña a detectar sus interpretaciones (pensamientos automáticos) y conductas ante esa situación. La forma habitual de recoger estos datos es mediante autorregistros como tarea entre sesiones.
- **Clasificación de las distorsiones cognitivas:** Enseñar a los pacientes el tipo de errores cognitivos más frecuentes en su tipo de problema, para detectarlos y hacerles frente.
- **Búsqueda de evidencia para comprobar la validez de los pensamientos automáticos:** Esto se lleva a cabo mediante varias estrategias como: 1) Ante una experiencia del paciente, buscar evidencias a favor y en contra de los pensamientos automáticos. 2) Diseñar un experimento para que el paciente compruebe si el resultado que había predicho se cumple. 3) Utilizar evidencias contradictorias del terapeuta u otras personas significativas. 4) Uso de preguntas para descubrir errores lógicos en las interpretaciones del paciente.
- **Concretizar las hipótesis:** Operacionalizar los pensamientos del paciente de forma que se puedan contrastar.
- **Reatribución:** cuando el paciente se hace responsable de sucesos sin evidencia suficiente, se revisan todos los factores que influyen en la situación.
- **Descentramiento:** Cuando el paciente se siente el centro de atención de otros (con vergüenza o suspicacia) se recoge información proveniente de otros para comprobar esta hipótesis.
- **Descatastrofización:** Preguntar sobre la extensión y duración de las consecuencias predichas así como posibilidades de afrontamiento si sucedieran, ampliando la visión del paciente.
- **Uso de imágenes:** Uso de la imaginación para que el paciente modifique sus cogniciones o desarrolle nuevas habilidades.
- **Manejo de supuestos personales:** mediante el uso de preguntas, listar las ventajas e inconvenientes de mantener esa asunción y diseñar un experimento para comprobar su validez

Técnicas conductuales: El objetivo es proporcionar experiencias reales y directas para comprobar hipótesis cognitivas y desarrollar nuevas habilidades.

- **Programación de actividades incompatibles a la conducta problema:** Por ejemplo, actividad gimnástica en lugar de rumiar.
- **Escala de dominio/placer:** El paciente registra las actividades diarias y anota su valoración en una escala de dominio y placer ante las mismas.
- **Asignación de tareas graduadas:** Para conseguir ejecutar una tarea ante la que presenta dificultades, elaborar una jerarquía de conductas intermedias de dificultad.
- **Entrenamiento asertivo:** aprender a manejar los conflictos interpersonales, expresando sus derechos, peticiones y opiniones personales.
- **Entrenamiento en relajación:** Se usa para aprender a distraerse de las sensaciones de ansiedad y las inhiba a través de la distensión muscular.
- **Ensayo conductual y role playing:** Se recrean escenas que el paciente ha vivido con dificultad y a través del modelado y ensayo, se van introduciendo otras conductas alternativas.
- **Exposición en vivo:** el paciente se enfrenta de forma gradual a las situaciones temidas sin evitarlas, hasta que desconforma sus expectativas atemorizantes y termina por habituarse a ellas.

Importancia dada a la relación terapéutica

El terapeuta tiene una doble función: como guía, ayudando a entender al paciente cómo las cogniciones influyen en sus emociones y conductas disfuncionales; y como catalizador, ayudando a promover experiencias correctivas o nuevos aprendizajes que promuevan a su vez pensamientos y habilidades más adaptativas. El manejo de habilidades como la empatía, la aceptación del cliente y la sinceridad del terapeuta, facilita la colaboración del paciente en su tratamiento. Lo que sucede entre terapeuta y paciente es entendido como el reflejo del intercambio cognitivo entre ambos. De esta manera, fenómenos como la resistencia, transferencia y contratransferencia son el resultado de las distorsiones cognitivas y los supuestos personales.

Referencias bibliográficas complementarias

- Caballo, V. E. (ed.) (1991). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI.
- Vallejo, M. A. y Ruiz, M. A. (eds.) (1993). *Manual práctico de modificación de conducta*. Madrid: Fundación Universidad Empresa.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Nueva York: International Universities Press.
- Beck, A. T. y Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias, A cognitive perspective*. Nueva York: Basic.

TERAPIA RACIONAL EMOTIVA (RET)

Autores principales: Albert Ellis.

Referencias bibliográficas principales

- *Manual De Terapia Racional Emotiva* Ellis, A. y Grieger, R. (ed.) (2003), Bilbao, Desclee de Brouwer.

Indicaciones terapéuticas

- Problemas sexuales, familiares, de pareja, ansiedad, impulsividad y agresividad, toxicomanías y promoción de estilos de vida sanos.

Descripción y conceptos teóricos principales

Objetivo: Identificar y remplazar pensamientos irracionales por otros que permitan la consecución de metas a través de una filosofía racional basada en la aceptación de uno mismo y la tolerancia a la frustración.

Énfasis Humanista: las personas sufren por defender filosofías vitales irracionales centradas en perseguir sus metas desde la exigencia absolutista e irracional del debería en vez de un modo preferencial.

- Salud: interés en uno mismo, interés social, autodirección, tolerancia a la frustración, flexibilidad, aceptación de la incertidumbre, compromiso creativo, pensamiento científico, autoaceptación, asunción de riesgos, hedonismo a largo plazo, no utopía y responsabilidad del trastorno emocional.

-Filosofía Racional: Filosofía del deseo, de las preferencias.

-Pensamiento Racional: Verdadero, lógico y pragmático; en base a la realidad. Facilita la consecución de metas.

-Filosofía Irracional: Filosofía de la exigencia, visión absolutista y dogmática, deberías sobre la vida, uno mismo y los demás.

-Perturbaciones de la filosofía irracional:

- Perturbación del yo: exigencias hacia uno mismo.
- Perturbación de la incomodidad: exigencias hacia el mundo.

-Pensamiento Irracional: Falso, ilógico, no pragmático, no se basa en la realidad. Obstaculización de la consecución de metas, generador de:

- Pensamientos Autoderrotistas: dramatización, baja tolerancia a la frustración, inutilidad (hacia uno mismo), condena (a los otros), pensamiento siempre-nunca
- Conductas Autoderrotistas: rígidas, repetitivas, impiden alcanzar las metas.
- Emociones Inadecuadas: aquellos sentimientos positivos y negativos que va experimentando un individuo a lo largo de su vida e interfieren con el establecimiento y consecución de sus metas

- Distorsiones cognitivas: Pensamiento Dicotómico, Maximización - Minimización, Sobregeneralización, Personalización, Adivinar el porvenir, Saltar a conclusiones, Falseamiento, Razonamiento Emocional, Perfeccionismo.

- Modelo A-B-C (D-E-F):

A: Hechos

B: Pensamientos, Creencias, Evaluaciones.

C: Consecuencias (conductas y emociones).

D: Debate de las creencias Irracionales.

E: Nuevas creencias Racionales.

F: Consecuencias (conductas y emociones).

Formato de la terapia. Sesiones

Primeras Sesiones:

- Clima de colaboración.
- Explicación del modelo.
- Información específica sobre A-C
- Establecimiento de metas específicas conforme a C.

Sesiones Intermedias:

- Comenzar siempre revisando la tarea de la sesión anterior.
- Ir detectando creencias irracionales, búsqueda de pruebas a favor y en contra, debate de las creencias.
- Aprendizaje de una nueva filosofía de vida.
- Tareas para casa.

Última Sesión:

- Cómo trabajar problemas futuros (Fortalecimiento de la nueva filosofía).

Técnicas principales y descripción de las mismas aplicadas a la Terapia:

-Cognitivas:

Detección: de ideas irracionales (suele hacerse mediante autoregistro).

Discriminación: de ideas racionales e ideas irracionales a través de ejemplos.

Refutación: descubrir la inconsistencia de las ideas irracionales mediante dialogo socrático y sustituirlas por otras racionales.

-Imaginativas:

Imaginación Racional Emotiva: imaginar un suceso aversivo (A) dando una respuesta emocional diferente a la que se daría normalmente para descubrir un cambio en la creencia.

Proyección en el tiempo: Imaginarse en el futuro afrontando con éxito eventos.

Hipnosis en conjunción con frases racionales.

-Conductuales:

Exposición: permite poner a prueba las creencias y así rebatirlas.

Técnicas de “Quedarse allí”: permanecer recordando hechos incómodos para aprender a tolerarlos.

Antiprocastinación: No dejar tareas para mañana.

Autocontrol: auto-refuerzo de creencias racionales y castigo de las irracionales.

Entrenamiento en habilidades sociales: especialmente entrenamiento en asertividad.

-Emotivas:

Humor: descentrar la visión dramática.

Ataque de vergüenza: realizar comportamientos vergonzosos para fomentar la tolerancia.

Ejercicio de riesgo: asumir ciertos riesgos (de un modo controlado y calculado).

-Tareas para Casa: específicas y consistentes con lo trabajado durante las distintas sesiones, seguimiento sistemático.

Importancia de la relación terapéutica:

Relación basada en la empatía, la aceptación incondicional y la congruencia.

Actitud del terapeuta: directiva, activa, didáctica, empleo del sentido del humor, modelo.

Referencias bibliográficas complementarias

Becker, I.M. y Rosenfeld, J.G. (1976). Rational emotive therapy-a study of initial therapy sessions of Albert Ellis. *Journal of Clinical Psychology*, 32(4), 872-876.

Ellis, A. Albert Ellis on rational emotive behaviour therapy. Interview by Lata K. McGinn. (1997). *American Journal of Psychotherapy*, 51(3), 309-316.

Engels, G.I. Garnefski y N. Diekstra, R.F. Efficacy of rational-emotive therapy: a quantitative analysis. (1993). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(6), 1083-1090.

Haaga, D.A. y Davison G.C. An appraisal of rational-emotive therapy. (1993). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(2), 215-220.

Sacks, S.B. Rational emotive behaviour therapy: disputing irrational philosophies. (2004). *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Service*, 42(5), 22-31.

TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT)

Autores principales: Kelly G. Wilson, M. Carmen Luciano Soriano y Steven C. Hayes

Referencias bibliográficas principales

- Wilson K.G, Luciano M.C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid, España: Psicología Pirámide

Indicaciones terapéuticas

- ACT se ajusta especialmente a personas en el que el *patrón de evitación experiencial* no resulta eficaz para hacer su vida. Sería el tratamiento apropiado si se trata de una persona que lleva años evitando experimentar sus recuerdos, pensamientos o sensaciones y ha intentado numerosos métodos sin apenas resultado, pero también en el caso de una evitación que está resultando perjudicial aunque la persona no haya convivido en ese estado por años. ACT ha sido aplicada en un amplio abanico de problemas: trastornos afectivos, trastornos de ansiedad, anorexia y bulimia, drogas y alcohol, trastorno por duelo, trastornos psicóticos, dolor crónico, aceptación psicológica del cáncer, interacciones familiares problemáticas.

Descripción y conceptos teóricos principales

La ACT es la terapia más completa de las incluidas en la Tercera Generación de Terapias de Conducta. Es una forma de psicoterapia experiencial conductual y cognitiva basada en la teoría del marco relacional del lenguaje y la cognición humana.

La ACT se considera:

- Un tratamiento centrado en los valores como medio para el cambio conductual
- Contempla el malestar/ sufrimiento como normal, producto de la condición humana en tanto que somos seres verbales
- Define que se aprende a resistir el sufrimiento normal y que esa resistencia genera el sufrimiento patológico
- Promueve el análisis funcional de los comportamientos del cliente y por tanto lo que importa es la experiencia que el cliente lleva a sesión.

Conceptos teóricos principales:

- **Trastorno de Evitación Experiencial (TEE):** Patrón inflexible que consiste en que para poder vivir se actúa bajo la necesidad de controlar/ evitar la presencia de pensamientos, recuerdos, sensaciones y otros eventos privados. La necesidad permanente de eludir el malestar y la de tener placer inmediato para vivir obligan a la persona a actuar de modo que paradójicamente no le deja vivir.
- **Yo como contexto:** Es el sí mismo que está siempre detrás de cualquier contenido, que siempre está ahí al cambiar el proceso y el contenido verbales. Detrás de todo el malestar y de todos los pensamientos está el contexto que proporciona perspectiva y desde el cual

podemos darnos cuenta de la parte de uno que resulta ser como “el jefe” de todos los productos cognitivos.

- **Desliteralización:** Minimizar el valor de las palabras, reducir la fijación entre palabras y función, situándolas en lo que son, y por tanto desmantelando su poder funcional.
- **De-fusión cognitiva:** Discriminar y tomar conciencia de los pensamientos y sensaciones o recuerdos que sobrevienen en el aquí y ahora desde el yo como contexto al actuar con la responsabilidad en la dirección elegida.

Formato de la Terapia. Sesiones

La ACT no sigue un orden estricto ni un protocolo formalmente cerrado por sesión. El estilo clínico es flexible, adaptándose a las circunstancias particulares de cada caso. Lo que se pretende es que el terapeuta llegue a abstraer las funciones determinantes del problema y las ponga al servicio de los valores del cliente.

Se han definido cuatro temas básicos a los que el terapeuta ACT ha de prestar atención en cada sesión:

- Valores: clarificar valores y dar pasos en la dirección que se puede cambiar y se elige hacerlo.
- Exposición: Para caminar en la dirección que elija, ha de pasar contactando con los eventos privados temidos.
- Desactivación de funciones y distanciamiento: reducción del dominio del lenguaje y fomentar el yo como contexto de cualquier contenido cognitivo.
- Fortalecimiento: el cliente y sus valores son lo esencial en cada sesión. El terapeuta nunca podrá recorrer el camino que el cliente elige. Sólo él podrá hacerlo.

Fases:

1. Establecimiento de un contexto para la terapia: El terapeuta dirá al cliente con palabras y actos que lo importante en la sesión será él y su experiencia y la importancia de sus valores que conducirán el tratamiento.
2. La experiencia de la Desesperanza Creativa: Experiencia amarga en tanto que sitúa al cliente en contacto con la paradoja de intentar controlar los eventos privados para eliminarlos o evitarlos y comprobar que es una estrategia que no ha funcionado.
3. Clarificación de valores: Permite al cliente discernir que quiere para su vida y los porqués de sus elecciones en términos de valores como guías de la vida.
4. El control de los eventos privados como problema y estar abiertos completamente y abandonar la lucha con ellos como alternativa.
5. La desactivación del lenguaje, haciendo espacio para la aceptación. El yo como contexto y la desliteralización.
6. Haciendo más espacio para la aceptación y afianzando la práctica del compromiso con los valores o la vida de uno.

Técnicas principales y descripción de las mismas aplicadas en la terapia

- **Las metáforas:** Fórmulas verbales que permiten socavar la lógica de tener razón y de las razones como mecanismo de control de la evitación. (ej.El hombre en el hoyo con una pala).
- **Las paradojas:** Formulaciones verbales que resaltan la contradicción entre las propiedades literales y funcionales de las reglas de evitación. (acciones del cliente para resolver el problema cuando el resultado que consigue es el contrario)
- **Los ejercicios experienciales:** Diseñados para ayudar al cliente a establecer contacto directamente con la experiencia del yo contexto y desde ella el contacto con las funciones verbales, especialmente las aversivas.

Importancia dada a la relación terapéutica

La relación terapéutica es un marco verbal determinante en la ACT. Es un contexto en el que dos personas trabajan siguiendo unos principios bajo la guía de los valores del cliente.

La relación terapéutica se asienta en validar los problemas y el sufrimiento del cliente, por lo que tienen de valor respecto de lo que quiere en su vida. Se trata de minimizar la función del terapeuta como persona que todo lo sabe y que resuelve problemas a la par que maximiza la fortaleza del cliente para llevar adelante su vida.

Referencias bibliográficas complementarias

- Hayes, S.C.(1984). *Making sense of spirituality. Behaviorism*, 12, 99-110
- Hayes, S.C; Jacobson, N.S.; Follete, V.M. y Dougher, M.J. (1994). *Acceptance and Change: Content and Context in Psychotherapy*. Reno: Context Press
- Luciano, M.C. (2001). *Terapia de Aceptación y compromiso (ACT) y el trastorno de evitación experiencial. Una síntesis de casos clínicos*. Valencia: Promolibro.
- Luciano Soriano, M.C., Valdivia Sala, M.S. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, Características y Evidencias. *Papeles del Psicólogo*, 27(2), 79-91.

TERAPIA INTERPERSONAL

Autores principales: Gerald, L. Klerman, Myrna, M. Weissman, Bruce, J. Rosanville y Eve. S. Chevron.

Referencias bibliográficas principales

- Klerman G.L., Weissman M.M, Rosanville B.J, Chevron E.S.(1984). *Interpersonal Psychotherapy of depression*. New York: Basic Books.
- Klerman G.L., Weissman M.M. (1993). *New applications of Interpersonal Psychotherapy*. American Psychiatric Press.
- Weissman M.M., Markowitz J.C, Klerman G.L. (2013). *Manual de Psicoterapia Interpersonal*. España: Editorial Grupo 5.

Indicaciones Terapéuticas

- La Terapia Interpersonal (TIP) se desarrolló originariamente como una alternativa breve, concisa y complementaria para el tratamiento de la depresión mayor. Tanto su eficacia comprobada en numerosos estudios empíricos como su adaptabilidad al modelo médico, han contribuido a su expansión utilizándose para distintos tipos de trastornos del ánimo (trastorno distímico, trastorno bipolar, trastorno depresivo mayor recurrente), en distintas subpoblaciones de pacientes (adolescentes, ancianos, VIH, mujeres en pre y post parto, personas en situación de post infarto de miocardio), para trastornos por abuso de sustancias, trastornos alimentarios (bulimia y anorexia nerviosa principalmente), distintos trastornos de ansiedad y con distintos formatos (grupal, telefónico)

Descripción y conceptos teóricos principales

La TIP es una de las muchas formas de tratamiento psicoterapéutico surgidas a partir del paradigma interpersonal (de las teorías interpersonales de Meyer, Sullivan, Fromm y otros).

La TIP aborda los trastornos psicológicos focalizándose en la conexión entre los conflictos actuales del paciente, sus estados emocionales y sus conflictos interpersonales. De acuerdo con la TIP, los diferentes roles desempeñados por el paciente y sus interacciones ambientales se pueden ver alterados con sobrecargas emocionales o laborales, conflictos y pérdidas. La alteración por sobrecarga tiende a aminorar las fuerzas, los conflictos tienden a producir angustia y las pérdidas depresión.

Áreas problemáticas en las que se centra la TIP:

- Duelo: reacción anormal con gran intensidad o duración (más de un año)
- Disputas de rol, interpersonales: paciente y referente no esperan lo mismo de la relación interpersonal

- Transiciones de rol: paciente incapaz de afrontar cambios de rol biográfico, que siente como amenazas para su autoestima, su identidad o ambas
- Déficits interpersonales: historia de relaciones interpersonales inadecuadas o insostenibles.

Formato de la Terapia. Sesiones

La ITP original es una forma de psicoterapia breve, con una sesión por semana a lo largo de 3 a 6 meses (aprox. 20 sesiones). Cada sesión dura entre 40 y 50 minutos.

Se divide en tres fases:

Fases iniciales: En esta fase se acometen 4 tareas:

1. Se realiza una revisión minuciosa de los síntomas depresivos que se realiza conjuntamente con el paciente y como resultado de la cual puede darse un nombre al síndrome.
2. Se revisa exhaustivamente con el paciente sus relaciones interpersonales presentes y pasadas y se relacionan con los síntomas.
3. Se procede a determinar sobre cuál de las áreas problema se va a trabajar y a fijar de acuerdo a esto, los objetivos de tratamiento.
4. Se explican los conceptos básicos de la TIP y se hace el contrato.

Fases intermedias: Se trabaja en una, o en todo caso en dos, de las áreas problemas seleccionadas en las fases iniciales.

- **Duelo**: Facilitar el proceso de duelo y capacitar al paciente para reestablecer el interés y las relaciones para sustituir lo perdido.

Estrategias:

1. Revisión de los síntomas depresivos
2. Relacionar los síntomas con la muerte de la persona significativa
3. Reconstrucción de la relación del paciente con el fallecido
4. Revisión de la secuencia y consecuencia de los acontecimientos inmediatamente anteriores, de durante y después de la muerte.
5. Exploración de los sentimientos (positivos y negativos) asociados
6. Consideración de las posibles maneras de establecer relaciones con otros.

- **Disputas interpersonales**: Identificar la disputa, escoger un plan de acción y modificar los patrones de comunicación o reevaluar las expectativas o ambas a la vez

Estrategias:

1. Se revisan los síntomas depresivos
2. Se ponen en relación con la disputa abierta con otro significativo con el que el paciente está comprometido

3. Se determina la fase en la que está actualmente la disputa. Si está en fase de impasse se tratará de llevarla a una fase de renegociación; si está en fase de disolución se trabajará como un duelo

- **Transiciones de rol:** Facilitar el duelo y aceptación de la pérdida del antiguo rol, propiciar una visión más positiva del mismo y restaurar la autoestima desarrollando un sentimiento de dominio de los nuevos roles.

Estrategias:

1. Revisión de los síntomas depresivos
2. Relacionarlos con las dificultades para desenvolverse frente a algún cambio vital reciente.
3. Revisión de los aspectos positivos y negativos de los roles antiguos y nuevos.
4. Exploración de los sentimientos ante lo que se ha perdido y ante el nuevo cambio.
5. Oportunidades que brinda el nuevo rol.
6. Evaluar realistamente lo perdido.
7. Animar una adecuada liberación de los afectos.
8. Propiciar el desarrollo del sistema de apoyo y nuevas habilidades requeridas para el nuevo rol.

- **Déficits interpersonales:** Reducir el aislamiento social del paciente y animar la formación de nuevas relaciones.

Estrategias:

1. Revisar los síntomas depresivos.
2. Relacionar los síntomas con problemas de aislamiento o desengaño social.
3. Revisar las relaciones significativas del pasado, incluyendo los aspectos positivos y negativos.
4. Explorar pautas repetitivas en las relaciones pasadas o fracasadas.
5. Analizar los sentimientos positivos y negativos del paciente hacia el terapeuta y buscar paralelos en otras relaciones anteriores o en curso

Fase de terminación: Debe ser abordada explícitamente al menos dos sesiones antes de producirse el cese de la terapia. Se debe acometer el reconocimiento de esta terminación como momento de posible duelo y analizar los movimientos hacia el reconocimiento por parte del paciente de su capacidad de independencia. Conviene propiciar reacciones emocionales y prevenir su interpretación como recaídas.

Técnicas principales y descripción de las mismas aplicadas a la terapia

- **Exploración:** recogida de información sobre síntomas y problemas, que puede ser directiva o no.
- **Apoyo afectivo:** que el paciente reconozca y acepte afectos dolorosos, que use y maneje los afectos de manera positiva y alentar la exposición de afectos suprimidos.
- **Clarificación:** que el paciente se dé cuenta del hecho comunicacional y que lo reestructure.
- **Análisis comunicacional:** identificar pautas de comunicación no adaptativas y que el paciente comunique con mayor efectividad.
- **Usar la relación terapéutica:** para examinar sentimientos y comportamientos en la relación terapéutica como un modelo de otras interacciones posibles del paciente.
- **Fomentar cambios de conducta:** el paciente debe resolver problemas simples de la vida. Debe reconocer opciones para resolver problemas y mediante *role playing* u otras técnicas debe comprender como se relaciona, adiestrándolo en nuevas interacciones.

Importancia dada a la relación terapéutica

Aspectos de la actitud terapéutica que diferencian la TIP de otras intervenciones psicoterapéuticas:

1. El terapeuta actúa como abogado del paciente, no es neutral
2. La relación terapéutica no es analizada como una manifestación de transferencia
3. La relación terapéutica no es una relación de amistad
4. El terapeuta es activo, no pasivo

Referencias bibliográficas complementarias

- Gruttert T., Muchzermeier C., Aldenhoff J. (2002). Interpersonal Psychotherapy (IPT) of depression: an overview of the psychiatric historical background and clinical practice of IPT. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie* , 70, 155-63.
- Sullivan, H.S. (1953). *The Interpersonal Theory of psychiatry*. New York: Norton HS.

TERAPIA DIALÉCTICO-CONDUCTUAL (TDC)

Autor principal: Marsha Linehan

Referencias bibliográficas principales:

- Linehan, M.M. (1993). *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*. The Guilford Press.
- Traducción de Rafael Santandreu (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Paidós

Indicaciones terapéuticas:

- Trastorno límite de la personalidad y trastornos de la conducta alimentaria.

Descripción y conceptos teóricos principales

- Trastorno límite de personalidad (TLP): Los pacientes con este trastorno tienen un temperamento excesivamente reactivo en la faz emocional que se ha vuelto disfuncional al desarrollarse en un medio ambiente invalidante de manera sistemática. Con el tiempo la evaluación negativa del entorno se interioriza y de esta manera el proceso se vuelve inconsciente y al mismo tiempo se sustrae a una observación racional y una modificación más saludable. Es el mismo sujeto quien se sabotea a partir de este momento, lo que suscita una reacción de confirmación de los demás miembros del entorno. De esta manera describe Linehan una posible línea de comprensión del TLP y espera que al hacerse eco del sufrimiento interno del paciente pueda engendrarse de parte del clínico tratante una actitud de comprensión y compasión eficaz.
- Modelo bio-social: pone el acento en un fuerte basamento biológico que interactúa con desencadenantes del medio ambiente. El área biológica más afectada es la encargada de la regulación emocional y esto puede ser debido a factores genéticos intrauterinos o eventos traumáticos en la infancia temprana que afectan al cerebro de manera transitoria o permanente. Los factores medio-ambientales son aquellas circunstancias que actuando de manera crónica castigan, traumatizan o niegan de manera sistemática esta vulnerabilidad específica, o bien el self emocional de modo general, constituyendo un medio ambiente invalidante.
- La perturbación emocional de los pacientes con TLP tiene dos componentes: vulnerabilidad emocional y déficit en las habilidades necesarias para regular las emociones. A su vez la vulnerabilidad emocional reconoce 3 elementos: a) sensibilidad a los estímulos emocionales, b) intensidad emocional y c) un lento retorno a los niveles basales. La expresión "alta sensibilidad" designa la tendencia a identificar las claves emocionales especialmente las negativas y reaccionar rápidamente teniendo un bajo umbral para la respuesta emocional. La expresión "intensidad emocional" se refiere a reacciones extremas a los estímulos emocionales que frecuentemente rompen el procesamiento cognitivo y la habilidad de buscar sosiego. El término "lento retorno a la línea de base" indica que las reacciones duran mucho tiempo, lo que a su vez lleva a disminuir o estrechar el campo de atención dirigiéndola hacia estímulos congruentes con el estado de ánimo que exacerbaban la tormenta emocional y al mismo tiempo producen un sesgo en la memoria y en las

interpretaciones; todo lo cual contribuye a mantener el estado anímico original y a un nivel de alerta elevado.

Formato de la terapia. Sesiones

Requiere por una parte, confrontación, compromiso y responsabilidad de parte del paciente para el cambio, y por la otra se requiere aceptar y validar la condición actual del paciente en el momento, al mismo tiempo que se enseñan un amplio conjunto de habilidades comportamentales. La tarea terapéutica a lo largo del tiempo es balancear este foco centrado en la aceptación con el correspondiente foco en el cambio.

La Terapia Dialéctico-Conductual (TDC) trabaja para mejorar 5 áreas, que por otra parte son comunes a todo tratamiento exitoso: 1) mejorar la capacidad de afrontamiento, 2) mejorar la motivación para los cambios, 3) mejorar la generalización de los cambios realizados en un área a otros aspectos de la vida cotidiana, o aquellas modificaciones realizadas en las practicas grupales a situaciones de la vida real, 4) mejorar la capacidad y la motivación del terapeuta, 5) re-estructurar el entorno para apoyar el progreso clínico.

A continuación sigue una breve descripción de cada una de las áreas:

1. **Mejoría de la capacidad de afrontamiento:** busca aumentar la regulación autónoma y emocional ya que todo paciente en TDC recibe instrucción en habilidades psico-educativas en cinco áreas: a) mindfulness (mejorar el control de la atención y del procesamiento mental), b) manejo de conflictos y habilidades interpersonales, c) regulación emocional, d) tolerancia al estrés, y e) auto- regulación. Los psicofármacos en particular se usan para mejorar la habilidad del paciente de regular sus sistemas biológicos.
2. **Mejoría motivacional del paciente:** busca reforzar el progreso clínico logrado en el tratamiento, evitar la incentivación explícita o implícita del comportamiento inapropiado, y reducción de los otros factores tales como emociones o creencias que inhiben o interfieren con el progreso clínico. Generalmente esto requiere un tratamiento intensivo de varias sesiones semanales de una hora a hora y media cada una. Este conjunto de terapias cognitivas y comportamentales se integra de manera jerárquica de acuerdo a los objetivos de tratamiento en el siguiente orden de importancia: a) reducir la ideación suicida y otros comportamientos de riesgo; b) reducir los comportamientos que interfieren con el tratamiento (incluyendo la no adherencia y el abandono del tratamiento); c) reducir la severidad de los comportamientos que alteran la calidad de vida (incluyendo desordenes del eje I, tales como depresión, abuso de sustancias o trastornos de la alimentación) d) aumentar los comportamientos y habilidades de afrontamiento, incluyendo regulación emocional y tolerancia al estrés, efectividad interpersonal y amplitud de mente, e) reducir las experiencias emocionales traumáticas, incluyendo las respuestas de estrés postraumático (por ejemplo reacciones continuadas a eventos traumáticos de la infancia), f) mejorar la autoestima y el manejo y reducción de problemas habituales tales como la mentira sistemática en relaciones personales familiares o laborales, y g) tratar de reducir el sentimiento de incompletud y vacío.
3. **Mejorar la generalización de comportamientos aprendidos a otros ámbitos menos específicos:** con consultas telefónicas entre el paciente y el terapeuta individual, mientras que en los internados en sanatorios y en hospitales de día esto se puede lograr con consultantes que atiendan al paciente en el lugar de internación en un horario previamente designado.
4. **Mejorar la capacidad y motivación del terapeuta:** Para ello en TCD el equipo de tratamiento se reúne semanalmente para consultarse mutuamente y apoyarse en caso de dudas o situaciones difíciles.

5. **Reestructurar el entorno:** si el entorno refuerza de manera explícita o implícita los comportamientos fronterizos y desalienta los progresos clínicos, entonces resultan infructuosas las expectativas de crecimiento y su mantenimiento una vez finalizada la terapia.

Las estrategias de la TDC consisten en equilibrar la aceptación y el cambio en todas las interacciones. Estas estrategias de tratamiento se dividen 2 grupos principales: validación y resolución de los problemas.

1. La validación consiste en aceptar las emociones y comportamientos del paciente y sus comportamientos escuchando empáticamente, reflexionando de manera precisa sobre lo que el paciente experimenta pero no necesariamente verbaliza, clarificando los comportamientos desordenados que se deben a una biología desordenada o una historia previa de aprendizajes e iluminando los comportamientos que son válidos porque se ajustan a los hechos reales o sean eficaces para los objetivos de largo plazo.
2. Las estrategias de resolución de problemas buscan valorar los problemas específicos del sujeto, identificar los factores que controlan o mantienen los problemas de comportamiento aplicando sistemáticamente intervenciones comportamentales

Técnicas principales y descripción de las mismas aplicadas a la terapia

El programa TDC de Portland dura aproximadamente 6 meses y se organiza en tres etapas cada una destinada a alcanzar un conjunto de objetivos claramente definidos:

- Etapa 1: se centra en valoración y preparación donde los objetivos son 1) conducir una valoración exhaustiva, 2) proveer una orientación para el tratamiento, y 3) establecer objetivos de tratamiento y construir un compromiso para trabajar en pos de ellos.
- Etapa 2: los comportamientos específicos se aumentan o disminuyen. Para disminuir están los 1) comportamientos que ponen en riesgo la vida, 2) comportamientos que interfieren con el progreso del tratamiento, y 3) comportamientos que interfieren con una calidad de vida razonable. Para aumentar están los: 1) pensamiento dialéctico (equilibrado, opuesto a dicotómico y extremo), y 2) habilidades adaptadas a una vida relacional con otros.
- Etapa 3: se centra en mantener lo ganado con el tratamiento y generalizarlo. Los objetivos específicos son: 1) refinar las habilidades de afrontamiento y estimular la aplicación a lo largo del tiempo y en distintos ámbitos, 2) reforzar los cambios en el entorno para sostener los nuevos comportamientos, y 3) mejorar la resolución de problemas y prevenir recaídas.

Terapia Individual:

Incluye sesiones diarias o semanales según que el paciente este internado o ambulatorio respectivamente, durante las cuales los problemas de comportamiento (auto-mutilación, comportamientos que interfieren con la terapia, abuso de drogas o alcohol, atracones, etcétera) se analizan en profundidad para descubrir tanto sus precipitantes como sus consecuencias lo cual conduce a poder elucidar los factores que inician, mantienen, y refuerzan el comportamiento. El terapeuta individual tiene como tarea principal motivar al paciente a usar sus comportamientos más hábiles, y para ello puede mantener consultas telefónicas con el paciente tanto como sea necesario fuera de las sesiones. La consulta telefónica incrementa la posibilidad de que los comportamientos

aprendidos en la sesión se puedan generalizar a otros ámbitos de la vida del sujeto, y esto se facilita en la medida en que el paciente pueda consultar al terapeuta a medida que se le van presentando los desafíos. Desde luego que el terapeuta puede decidir ser más o menos accesible según el grado de dependencia que esté dispuesto a tolerar en el paciente, pero en todo caso es importante que mantenga límites bien definidos para poder trabajar eficazmente con los pacientes más demandantes y no sufrir un agotamiento por ese motivo.

Entrenamiento de habilidades en sesiones grupales:

Los individuos con TLP carecen de muchas de las habilidades fundamentales necesarias para regular la experiencia emocional, involucrarse en relaciones personales satisfactorias, tolerar la experiencia displacentera y dolorosa y manejar adecuadamente la desregulación emocional. El tratamiento individual es potenciado por el entrenamiento grupal que incluye cuatro módulos: 1) habilidades de "mindfulness", 2) habilidades interpersonales, 3) habilidades de regulación emocional y 4) habilidades de tolerancia al estrés.

Contacto telefónico fuera de la hora de tratamiento:

Los pacientes dentro del programa de TCD pueden telefonar a su terapeuta entre las sesiones. En este caso el objetivo es poder salir de una situación de crisis, de modo tal que el contacto busca asesorar al paciente sobre el uso de las habilidades y destrezas adquiridas previamente en los entrenamientos de grupo.

El grupo de consulta:

El cuarto componente esencial de la TDC no tiene que ver con el paciente de manera directa y es la reunión de consulta semanal del grupo. El grupo aquí cumple la función de tratar al terapeuta instándolo a modificar o revisar sus aportaciones de modo de mantener el proceso terapéutico lo más dinámico posible.

Compromiso:

Antes de iniciar un ciclo de TDC el paciente debe comprometerse a participar de modo responsable y productivo en la terapia. Tanto terapeuta como paciente hacen compromisos explícitos. La consecuente desconfianza del paciente debe ser validada y se debe presentar el nuevo tratamiento de un modo realista y, al mismo tiempo, como una tarea muy demandante.

Evitación emocional:

Parte de nuestro objetivo como terapeutas es ayudar al paciente a comprender que sus comportamientos auto-destructivos (ejemplo, auto-mutilación, atracones, purgas, abuso de drogas y alcohol, etcétera) son intentos errados para solucionar sus problemas. Con la TDC se intenta ayudar al sujeto a comprender que la evitación emocional es a menudo la raíz de sus dificultades y trata de instruirlos para que se distancien del dolor emocional al mismo tiempo que no aumentan su vergüenza y culpabilidad, aprenden a tolerar la frustración y aceptan las experiencias que les toca pasar sin buscar justificaciones ni culpar a los demás.

Validación:

En la TDC la validación se logra a través de 5 niveles diferentes: 1 y 2) los primeros dos son similares a otras psicoterapias incluyendo escucha con atención flotante, observación de la postura, vestimenta y gestos, dilucidar los motivos de las conductas y reflexionar sobre los

sentimientos, pensamientos y creencias nucleares discutiendo las interpretaciones con el paciente. 3) el tercer nivel de la validación es poner en palabras las emociones y pensamientos del paciente. La idea es tratar de "leer dentro de sus mentes", ponerse en "sus zapatos" y ayudarlos a etiquetar sus emociones internas de manera correcta; 4) El cuarto nivel es validar a la persona y su comportamiento real basándose en su historia previa de aprendizajes. 5) En el quinto nivel el terapeuta señala las respuestas válidas e inteligentes del paciente ya que aún los comportamientos que son disfuncionales tienen sentido en el momento y en el contexto en que el paciente los realiza.

Importancia dada a la relación terapéutica

El terapeuta actúa como consultor del paciente, lo que significa que este último, en la medida de lo posible, es librado a actuar según su conveniencia, en un intento de reforzar su autonomía, quedando el terapeuta como una ayuda para ofrecer consejos, estímulo, conducción y estímulo. Esto desde luego ocurre en una instancia avanzada del tratamiento.

Referencias bibliográficas complementarias

- Linehan, M. M. & Dimeff, L. (2001). *Dialectical Behavior Therapy in a Nutshell*. The California Psychologist.
- Linehan, M. M. Armstrong, H. E. Suarez, A. Allmon, D. & Heard, H. L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064.
- Linehan, M. M. Armstrong, H. E. Suarez, A. Allmon, D. & Heard, H. L. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioural treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 50 (12), 971-974.
- Linehan, M. M.; Schimdt, H. Et Al. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *The American Journal on Addictions*, 8, 279-292.
- Palmer. R. L. (2002). Dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Advances in Psychiatric Treatment*.
<http://apt.rcpsych.org/cgi/content/full/8/1/10>
- Díaz-Benjumea, M. D., Linehan, M. M. y Cochran, B.N. (2003) El enfoque terapéutico de Marsha Linehan en los trastornos borderline. *Aperturas Psicoanalíticas*, 13.
<http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000236&a=El-enfoque-terapeutico-de-Marsha-Linehan-en-los-trastornosborderline?iframe=true&width=80%&height=80%>
- De la Vega-Rodríguez, I. y Sánchez-Quintero, S. (2013). Terapia dialéctico conductual para el trastorno de personalidad límite. *Acción Psicológica*, 10(1), 45-56.

TERAPIA BREVE ESTRATÉGICA

Autores principales: Paul Watzlawick y Giorgio Nardone

Referencias bibliográficas principales

- Watzlawick, P. y Nardone, G. (2012). *Terapia breve estratégica. Pasos hacia un cambio de percepción de realidad*. Paidós Terapia de Familia.

Indicaciones terapéuticas

- Fobias, obsesiones y compulsiones, trastorno de pánico y otros trastornos de ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria, drogodependencias y presuntos trastornos psicóticos.

Descripción y conceptos teóricos principales

El enfoque estratégico es una escuela de pensamiento sobre cómo el ser humano se relaciona consigo mismo, con los demás y con el mundo.

- Modelo Sistémico: la persona es pensada dentro de un contexto con el cual interactúa, no se la toma como un ser autónomo o aislado, sino como una entidad en un sistema de relaciones múltiples. Por tal motivo, vivimos y funcionamos dentro de una causalidad circular y no lineal en la que la relación entre las variables de un fenómeno es una relación de causalidad recíproca. En otras palabras, cada una de estas variables funciona en virtud de las demás, por lo que cada elemento dentro de un sistema emite y simultáneamente recibe información. De ahí nace el concepto del *feedback*

- Postulado básico constructivista: la realidad que percibimos y con la que nos relacionamos- incluidos los problemas y las patologías- es el fruto de la interacción ente el punto de observación asumido, los instrumentos utilizados y el lenguaje que usamos para comunicarnos con esa realidad; no existe, por tanto, una realidad “verdadera” en sí, sino tantas realidades como diversas interacciones hay entre sujeto y realidad. Cualquiera que sea la condición que nos encontramos viviendo es producto de una relación activa entre nosotros mismos y lo que vivimos. Cada uno construye la realidad que sufre. Si cambian las modalidades perceptivas del sujeto dentro del proceso de construcción, cambiarán también sus reacciones.

- Cibernética de 2º Orden: Los pacientes son los que determinan los objetivos a seguir en el proceso terapéutico.

- Problem solving estratégico: consiste en experimentar percepciones alternativas de la realidad de cada uno. Tales experiencias perceptivas modificadas y corregidas conducirán a la persona a cambiar sus anteriores disposiciones emotivas y cognitiva y sus comportamientos disfuncionales. El planteamiento principal es la reestructuración modificada de los modos de percepción de la realidad y de las consiguientes reacciones del paciente.

- Los síntomas: Los “síntomas” o “problemas” se definen en la Terapia Breve Estratégica como “quejas” o, lo que es lo mismo, como la dimensión funcional de un comportamiento que se desea mejorar o cambiar pero que el cliente no sabe muy bien cómo hacerlo. El que un comportamiento sea considerado adecuado o no depende en buena medida de la percepción e

interpretación que la persona hace de una situación determinada. Se procura comprender el sistema sociocultural y personal/familiar en el que aparecen las quejas y el modo en el que repercuten en el propio sistema de creencias, actitudes, valores y conductas del sujeto. No existen patología “dentro” la persona, sino “entre” las personas. Todos los problemas se consideran intentos fallidos en la resolución de conflictos, por haber mantenido de forma repetitiva pautas de comportamientos que son erróneas.

- Terapia: Los protagonistas de la realidad clínica son siempre el terapeuta y su cliente o clientes, distinguiendo entre ellos al paciente identificado, que es el que presenta las quejas (síntomas). La Terapia se centra en los recursos y posibilidades de los sujetos, más que en la patología o quejas (problemas) presentados. Se considera que todos los pacientes y sus sistemas familiares cuentan con los recursos necesarios para la construcción de soluciones. Se considera además que es posible cambiar a todo el sistema a través del cambio en uno de sus miembros.

- Elementos en los que focaliza la atención el Terapeuta:

- a) Lo que sucede dentro de los tres tipos de relaciones interdependientes que el sujeto vive consigo mismo, con los demás y con el mundo.
- b) El modo en que el problema presentado funciona dentro de ese sistema relacional.
- c) Como el sujeto ha tratado hasta ese momento de resolver el problema (“intentos de solución”).
- d) Como es posible cambiar la situación problemática de manera rápida y eficaz.

Formato de la terapia. Sesiones

Se trata de un proceso terapéutico más acotado en el tiempo que las terapias convencionales, generalmente, no se extienden más allá de los seis meses a un año. Aunque en sus inicios este modelo de terapia estipulaba un contrato con determinado número de sesiones para trabajar con cada caso, actualmente esta condición se ha ido modificando y actualmente se consideran todas las sesiones que el paciente requiera para alcanzar los cambios deseados (no sólo resolver su problema actual, sino cambiar su óptica y percepción del mundo y de sí mismo).

Se enfoca en quejas/problemas específicos que trae el paciente, y el proceso terapéutico se orienta principalmente en el presente y el futuro de las personas (al cambiar su percepción, el paciente encontrará diferentes respuestas más adaptativas para enfrentar dificultades futuras).

Después de haber presentado el paciente su problema actual y de haber acordado con él los objetivos de la terapia (los objetivos se negocian conjuntamente con el paciente) sobre la base de las primeras intervenciones terapéuticas (diagnostico-intervención), se construyen una o más hipótesis sobre los puntos indicados y se precisan y aplican las estrategias para la resolución del problema presentado. Fases:

1^a) Crear una atmósfera sugestiva y saber que la relación va dirigida siempre al cambio. El terapeuta toma una parte muy activa y usa un lenguaje concreto formulando preguntas estratégicas que permitan al paciente descubrir aspectos que no conocía. Esta fase de indagación e investigación provoca ya el primer cambio. El terapeuta usa en ella diversas técnicas de comunicación como redefiniciones, parafrasear, metáforas, aforismos, etc., a fin de concretar y redefinir el contenido de lo que va saliendo. El objetivo es que el paciente se sienta a gusto, comprendido, convencido de que es él quien lleva las riendas, que se sienta protagonista de la relación y, en consecuencia, responsable de su cambio.

2ª) Una vez entendido el problema se aplican las estrategias adecuadas (reencuadre, prescripción de paradojas, la ilusión de alternativas, etc.) para desbloquear la situación. En esta fase el paciente va comprobando sesión a sesión cómo se producen cambios notables en sus hábitos y en su comportamiento. Normalmente las sesiones tienen lugar cada quince días, manteniéndose en ese tiempo el efecto sugestivo y siendo un buen plazo de tiempo para que la prescripción manifieste claramente sus efectos. De ese modo también se potencia la independencia del paciente que nota cómo va mejorando sin la presencia constante del terapeuta. Eso le da confianza y motivación, y aumenta su autoestima y responsabilidad ante el cambio.

3ª) Una vez que se ha producido el cambio y con objeto de que el paciente se responsabilice cada vez más, el tono del terapeuta se vuelve menos sugestivo, siendo ahora más confrontado. Se discute para que emerja la confianza en sus recursos activos. Se le reta y se le provoca para que surja la consciencia hasta que, finalmente, él mismo declare que ha superado los problemas que tenía. Se le pide entonces que evalúe su progreso de sanación en una escala de 0 a 10. Cuando declara 10 se considera que ha sido totalmente superado.

4ª) El paciente nos dice lo que nosotros deberíamos decirle. Se ha convertido así en su propio terapeuta, capaz de encontrar sus mecanismos para resolver las situaciones que antes le atenazaban. A partir de ahí se fijan citas a 3 meses, 6 meses y 1 año como sesiones de mantenimiento. Se mantiene así un fino vínculo entre paciente y terapeuta aunque la independencia es total. Permanece de esa forma entre ambos un vínculo afectivo. Y es que es importante que el paciente reciba reconocimiento por sus cambios, algo que cuando viene del terapeuta lo potencia.

La Terapia Breve Estratégica es aplicable tanto en terapia individual, como familiar y/o de pareja.

Técnicas principales y descripción de las mismas aplicadas a la terapia

- Técnica de la Utilización:

1) Definición del objetivo: Se transforma el problema en un proceso secuencial y se divide la solución en partes accesibles.

2) Confección sugestiva: La solución puede ser empaquetada por el terapeuta siendo presentada a través de símbolos, metáforas, prescripción de síntomas, anécdotas, reestructuración etc.

3) Personalización: procedimiento de dirigir la solución al estilo único de cada paciente.

4) Elaboración: creación de un proceso por medio del cual se presenta el objetivo.

- **Reestructuración:** consiste en dar un sentido nuevo a determinada situación ayudando al paciente a salir de un círculo vicioso o de la seguridad que da su síntoma a la homeostasis familiar, logrando, con esto, formular un nuevo equilibrio en la dinámica de la familia y de su vida. Existen distintas formas de alcanzar la reestructuración, mediante las siguientes técnicas:

1) Intervención/Prescripción paradójica: el terapeuta le pide al paciente que se concentre en su síntoma o problema conductual a través del aumento de la intensificación y frecuencia del mismo. Se le da al paciente una explicación racional de porqué debe intensificar la conducta indeseada como una forma de redefinir el problema de tal manera que el paciente vea alguna discrepancia en la credibilidad de la advertencia del terapeuta.

2) Técnica del “como si”: explicar al paciente que imagine *como si* la queja expuesta ya no se presentara, que imagine una situación vital en la que la queja ya no existiera. Esta estrategia puede facilitar el que el paciente genere hipótesis en las que pueda contemplar la posibilidad de superar la queja y cómo esto afectaría a sí mismo y a su entorno. Muy útil cuando se presentan resistencias.

3) Reencuadre: consiste cambiar el propio marco conceptual o emocional, en el cual se experimenta una situación, y situarla dentro de otra estructura. Lo que cambia, a resultas del reencuadre, es el sentido atribuido a la situación y no los hechos concretos correspondientes a ésta.

4) La ilusión de alternativas: es una técnica paradójica que se le ofrece al paciente con la ilusión de que él está tomando la decisión de algo en particular. Por un lado, el terapeuta construye la apariencia de dos opciones (puede ser una verdadera y otra parcialmente verdadera) y por otro le devuelve el "poder" al paciente o familiar ante la toma de la decisión. Lo que se pretende con esta técnica es brindarle un beneficio al cual probablemente se pueda resistir, sin embargo en este sentido, se le ofrecen dos opciones benéficas, una no tan atractiva y otra mucho mejor. La idea es que el paciente aparentemente decida por la más cómoda, pero que decida con responsabilidad.

- **Técnicas de hipnosis ericksoniana:** Se utilizan cuando caso y el cliente son adecuados para este tipo de intervención, lo que siempre queda a criterio del terapeuta.

- **Técnicas narrativas:** como la externalización del problema o los distintos modelos de cartas (de invitación, de despedida, de predicción, etc.). El objetivo es ayudar al paciente a co-crear una realidad diferente.

Importancia dada a la relación terapéutica

Énfasis en el establecimiento de una buena relación terapéutica "de igual a igual" en la que el cliente y el terapeuta son "expertos", uno en su propia vida y el otro en el tratamiento de problemas diversos. La relación establecida es fundamental para la co-creación de una nueva realidad en el paciente.

El primer encuentro con el paciente adquiere una relevancia fundamental, dado que sirve para establecer tanto las bases sobre las que se desenvolverá la terapia como el *rapport* que facilite la comunicación entre el profesional y el paciente. Nardone y Watzlawick plantean: "crear una relación personal que se caracterice por el contacto, la confianza y la sugestión positiva, dentro de la cual pueda llevarse a cabo tanto la investigación diagnóstica como las primeras maniobras de adquisición de capacidad de intervención. Por ello, la estrategia fundamental consiste en observar, aprender y hablar el lenguaje del paciente". Este paso en sí incluye una evaluación inicial del modelo comunicativo del cliente y del entorno en el que se desenvuelve.

Referencias bibliográficas complementarias

- Nardone, G. y Barbieri, R.B. (2010). Advanced Brief Strategic Therapy: An Overview of interventions with eating disorders to exemplify how theory and practice work. *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, 12(2), 113-127.
doi: 10.1080/13642537.2010.482743
- Nardone, G. y Portelli, C. (2009). *Conocer a través del cambio. La evolución de la terapia breve estratégica*. Herder Editorial, Barcelona.
- Nardone, G. (2004). *Más allá de la anorexia y la bulimia*. Paidós, Barcelona.
- Nardone, G. (2003). *Más allá del miedo. Superar rápidamente las fobias, las obsesiones y el pánico*. Paidós, Barcelona.

- Nardone, G. y Watzlawick, P. (2005). *Brief strategic therapy philosophy, techniques, and research*. Jason Aronson a division of Rowman & Littlefield Publishers Inc, MD, USA.
- Nardone, G. y Watzlawick, P. (1990). *El arte del cambio*. Milán, Italia. Ponte alle Grazie.
- Watzlawick, P. (1980). *El lenguaje del cambio*. Barcelona.: Herder.
- Watzlawick, P. y Nardone, G. (2012). *Terapia breve. Filosofía y arte*. Herder Editorial, Barcelona.

PSICOTERAPIA COGNITIVA NARRATIVA

Autores principales: Oscar F. Goncalves.

Referencias bibliográficas principales

- Goncalves, O.F. (ed.) (2002), *Psicoterapia cognitiva narrativa. Manual de terapia breve*. Bilbao, Desclee de Brouwer.

Indicaciones terapéuticas

- Pacientes diagnosticados con trastornos del humor (excluir trastornos bipolar I y II), trastornos de ansiedad, trastornos somatoformes, trastorno disociativos y trastornos alimentarios. No constituyen buen pronóstico para este tipo de intervención monitorizada los casos de comorbilidad con trastorno de la personalidad.

Los pacientes deben tener una evaluación global del funcionamiento cotidiano superior a 50 (eje V del DSM-IV).

Los pacientes deben tener un nivel de educación básica que les permita leer y escribir con fluidez.

Descripción y conceptos teóricos principales

Constructivismo formal: la realidad descansa en la construcción de significados, en un contexto lingüístico, realizada por organismos pro-activos que son a la vez autores y actores.

Supuestos:

- El conocimiento y la existencia son inseparables y se estructuran de forma narrativa.
- El cliente debe ser abordado desde la identificación, comprensión y el análisis de sus narrativas prototípicas.
- La psicoterapia sirve como escenario para la identificación y deconstrucción de esas narrativas prototipo y para la construcción y proyección de narrativas alternativas.

Objetivo: construir una realidad múltiple de experiencias sensoriales, emocionales, cognitivas y de significación.

Trastorno psicológico: viene dado por la incapacidad para dar cuenta de la diversidad y la potencialidad de la experiencia, construyendo una realidad absoluta e insostenible donde la responsabilidad recae sobre un único constructo apareciendo sentimientos de singularidad y desanimo.

Formato de la terapia. Sesiones

- El proceso terapéutico se estructura en 15 sesiones de una hora de duración.
- Periodicidad semanal.
- El proceso psicoterapéutico se inicia con una primera sesión de evaluación y presentación.
- Todas las sesiones se inician con una presentación de los objetivos y estructura de la sesión.

- Todas las sesiones terminan con un resumen de la sesión y la prescripción de tareas para casa.
- Las tareas para casa son analizadas y discutidas en la sesión siguiente.
- Después de realizar cada ejercicio (dentro de la sesión) el terapeuta deja un tiempo para explorar las reacciones del paciente ante el ejercicio.

Técnicas principales y descripción de las mismas aplicadas a la Terapia

Las técnicas narrativas apuntan a flexibilizar los procesos de construcción de significados, con el fin de que el cliente pueda adaptarse a una realidad altamente compleja. La actitud narrativa se divide en 5 elementos/técnicas esenciales:

- **Recuerdo:** anotar circunstancias episódicas de la vida.
- **Objetivación:** explorar las múltiples sensorialidades de la experiencia, lo que favorece una narrativa más compleja y diversificada.
- **Subjetivación:** diversificar la experiencia emocional y cognitiva.
- **Metaforización:** construir significados múltiples de la experiencia.
- **Proyección:** intencionalizar las experiencias de futuro.

Importancia de la relación terapéutica

El terapeuta debe ocupar una posición de co-autor de las narrativas del paciente . Tiene que adoptar un lugar de desconocimiento, ingenuidad y curiosidad, en un contexto de comprensión y aceptación.

Referencias bibliográficas complementarias

- Epston, D. , White, M. y Murray K. (1996). Una propuesta para reescribir la terapia. Rose: la revisión de su vida y un comentario. En: S. McNamell y K. Gergen. *La terapia como construcción social*. (pp. 121-141). Barcelona, España: Paidós.
- Pacheco Trejo, A. y Suárez Castillo, M. (2008). Co-construyendo historias: a la búsqueda de hechos luminosos en los relatos familiares sobre el consumo de drogas. *Interamerican Journal of Psychology*, 42(3), 537-548. Recuperado el 15 de junio de 2014, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-96902008000300014&lng=pt&tlng=es
- White , M (2002) *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. Barcelona, Gedisa.
- White , M (2002). *Rescribir la vida. Entrevistas y ensayos*. Barcelona, Gedisa.

TERAPIA DE LOS CONSTRUCTOS PERSONALES DE KELLY

Autor principal: George A. Kelly.

Referencias bibliográficas principales

- Kelly, G. A. (1955). *La teoría de los constructos personales*. Nueva York: Norton.

Indicaciones terapéuticas

- Principalmente fue creada para la resolución de conflictos sociales, pero complementariamente también se ha aplicado a otro tipo de problemática como: conductas adictivas, problemas académicos, depresión, ansiedad, problemas obsesivo-compulsivos, delincuencia, malos tratos, terapia marital.

Descripción y conceptos teóricos principales

La teoría de los constructos personales trata de crear un puente entre la psicología humanista y la teoría de la personalidad. Kelly considera que las personas desempeñan un papel activo en la construcción de un mundo y una personalidad propios. Adopta la postura del alternativismo constructivo (interpretamos la realidad a través de los constructos personales) y entiende al hombre como un científico que anticipa los acontecimientos a través de construir una réplica de los mismos.

Los constructos son esquemas creados por la persona, los cuales intenta imponer o adaptar al mundo; no son representaciones ni simbolizaciones de los hechos, sino formas de enfrentarlos. Son a la vez dimensiones de valoración y a nivel conductual canales de movimiento. Son privativos de cada persona que cuenta con un número finito de ellos, los cuales tienen un carácter bipolar o dicotómico. No solo es algo cognitivo, las necesidades, motivaciones, emociones y el aprendizaje también constituyen aspectos del proceso constructivo.

Cada persona, dentro de su sistema de construcción, posee una estructura central a través de la que comprende los aspectos fundamentales de la realidad, del mundo social y del yo. Esta estructura manifiesta una notable resistencia al cambio y brinda expresión a los conceptos básicos de la persona en torno a la vida. Dentro de la estructura central se encuentran los marcos, que permiten predecir y controlar sus interacciones esenciales con los demás, así como con los grupos sociales. Dichos marcos constituyen el papel central de la persona (tipo rol). Para Kelly, el significado de la agresividad, junto con el del temor, la ansiedad y el sentirse amenazado, guardan relación íntima con los constructos personales. Se trata de un proceso dinámico en el que los constructos luchan entre sí, se modifican o se tornan más rígidos y pesados, según sea el caso.

Formato de la terapia. Sesiones

Casi todos los trastornos y desajustes psicológicos se deben a constructos erróneos o carentes de relevancia para la persona y los demás. Kelly quiso aplicar su teoría con el fin de identificar papeles y crear formas más adecuadas y creativas de construirse a sí mismo y a los demás.

La terapia de los papeles fijos es un método basado en la idea de que revisar o reemplazar los constructos de papeles poco adecuados trae un mejoramiento de la percepción que tiene el cliente del bienestar y de las relaciones con los demás. La finalidad de la terapia es ayudar a diseñar mejores constructos de papeles, así como proporcionar un entorno seguro en el cual realizarlos. La adopción de un papel simulado permite a la persona actuar con una espontaneidad que acaso no sea posible alcanzar debido a las prohibiciones de la propia imagen.

Técnicas principales y descripción de las mismas aplicadas a la terapia

La prueba REP (del repertorio de constructos de papeles): El objetivo fundamental es obtener los constructos que empela el sujeto para ordenar y describir su mundo. Consta de cuatro pasos fundamentales:

1. Elección de los elementos a utilizar. En la forma establecida por Kelly, el sujeto debe seleccionar una serie de personas importantes para él dentro de un listado previamente formado por 24 roles (padre, madre, mujer/marido, la persona con más éxito que conoces...). También se han establecido diferentes categorías: elementos del yo interpersonal, impersonales (fotos, historias), autoconcepto (yo ideal, actual), localizaciones (edificios, paisajes), ocupacionales (profesionales, empleos), etc.

2. Establecimiento de los constructos relevantes a los elementos. Existen varias formas para obtenerlos:

- La más común es **la del contexto mínimo**: el sujeto elige tres elementos de la lista y los compara, explicitando qué característica poseen en común dos de ellos (constructo de semejanza) y cual les diferencia del tercero (constructo de contraste).
- **La forma de contexto total**: se presentan tarjetas con los nombres de personas que se ajustan a las descripciones de rol, después se forman grupos con ellas.
- **Otras formas**: la forma secuencial, la de autoidentificación, la de rol personal y la integración de la forma de contexto total y la de rol personal.

3. Representación de los datos. La rejilla de Kelly es una matriz de datos, en la parte superior colocamos los roles y a través de su comparación triádica se van a obtener los constructos. De esta forma podemos saber cómo se relacionan los constructos entre sí dentro del sistema del sujeto. Posteriormente otros autores han desarrollado variaciones como la rejilla de ordenación jerárquica, la rejilla de puntuaciones, la rejilla de implicación o la rejilla de implicaciones bipolares.

4. Análisis de los datos. Por una parte se realiza el análisis del contenido, obteniendo las dimensiones con las que el sujeto construye e interpreta su realidad; y por otro el análisis de la estructura de los constructos analizando todos los constructos en todos los elementos.

El esbozo del papel fijo: Se compone de un texto de varios párrafos con la descripción de un personaje que el paciente desea adoptar como su nuevo papel. Se debe actuar un papel que modifica un tema importante para la construcción de sí mismo y que no se relacione con la rectificación de errores cometidos. Se usan contrastes marcados, ya que se trata de actuar sobre un entorno de procesos actuales en vez de la creación de un nuevo estado de las cosas. Por último, se pone énfasis en las percepciones de ese nuevo papel y éstas deben ser hipótesis verificables para el paciente.

Importancia dada a la relación terapéutica

Kelly especifica con precisión los requerimientos del terapeuta, remarcando la importancia tanto de la aceptación del paciente como del papel hipotético que ha de representar. Desde aquí entendemos que una relación de confianza es necesaria para que el sujeto pueda recuperar los procesos de desarrollo naturales de los que éste es capaz. También especifica como necesarias ciertas capacidades de expresión verbal y dramática y entusiasmo.

Referencias bibliográficas complementarias

- Botella, L. y Feixas, G. (1998). *La teoría de los constructos personales: Aplicaciones a la práctica psicológica*. Barcelona: Laertes.
- Feixas, G. (Editor) (2001). *La psicología de los constructos personales: Textos escogidos de George A. Kelly*. Barcelona: Paidós.
- Feixas, G. (1994). Apuntes prácticos de una terapia de constructos personales. En M. Garrido y J. García (eds.), *Psicoterapia: Modelos contemporáneos y aplicaciones* (pp. 547-555). Valencia: Promolibro.
- Feixas, G. (1995). Personal constructs in systemic practice. En R. A. Neimeyer y M. J. Mahoney (Eds.), *Constructivism in psychotherapy* (pp. 305-337). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Feixas, G. y Cornejo, J. M. (1996). *Manual de la Técnica de Rejilla (mediante el programa RECORD)*. Barcelona: Paidós.
- Feixas, G., y Neimeyer, R. (1997). El proceso terapéutico en la terapia de constructos personales. En I. Caro (comp.), *Manual de psicoterapias cognitivas* (pp. 319-337). Barcelona: Paidós.
- Kelly, G. (Brendan Maher, Comp.). (2001) *Psicología de los Constructos Personales*. Paidós.
- Neimeyer, R. y Feixas, G. (1997). El estado de la cuestión en la terapia de constructos personales. En I. Caro (comp.), *Manual de psicoterapias cognitivas* (pp. 307-317). Barcelona: Paidós.
- Neimeyer, R. y Mahoney, M. (comps.) (1998). *Constructivismo en psicoterapia*. Barcelona: Paidós Ibérica.

TERAPIA CENTRADA EN ESQUEMAS

Autores principales: Jeffrey Young

Referencias bibliográficas principales

Caro Gabalda, I. (2007). *Manual teórico-práctico de Psicoterapias Cognitivas* (pp. 319-354). Bilbao: Desclée de Brower.

Young J. (2003): *Schema Therapy: A practitioner's Guide*. New York: Guilford.

Indicaciones terapéuticas

Trastornos psicológicos crónicos y resistentes a enfoques psicoterapéuticos tradicionales, como los Trastornos de Personalidad y otros pacientes con aspectos caracteriológicos significativos.

Descripción y conceptos teóricos principales

La terapia de esquemas es una psicoterapia integradora desarrollada por Young, que combina elementos de las escuelas cognitivo-conductuales, teoría del apego, gestalt, constructivistas y elementos dinámicos. La terapia de esquemas surge como una alternativa de afronte para aquellos pacientes con trastornos psicológicos crónicos consolidados, considerados difíciles de tratar, incluidos los pacientes con Trastornos de Personalidad (TP) y los que tienen aspectos caracteriológicos significativos que constituyen la base de los trastornos del Eje II (DSM-V).

Esta terapia evolucionó a partir del tratamiento cognitivo de Beck, ya que, a menudo, son los pacientes con dilemas existenciales, problemas de carácter crónico y con TP subyacentes los que peores resultados obtienen del tratamiento tradicional cognitivo-conductual.

La característica más destacada de la terapia de los esquemas es que ofrece, tanto al terapeuta como al paciente, un marco integrador que le sirve para organizar y comprender patrones profundos, persistentes y autoderrotistas de pensamiento, conducta, sentimiento y de relaciones con los demás, que Young ha denominado esquemas disfuncionales tempranos.

Conceptos básicos del modelo:

- Esquemas disfuncionales tempranos y dimensiones de esquemas: Los esquemas disfuncionales tempranos son temas muy estables y duraderos que se desarrollan y se elaboran a lo largo de toda la vida de los individuos. Algunas de sus características principales son: se toman como verdades a priori, se auto-perpetúan, son resistentes al cambio, son disfuncionales, suelen ser generados y activados por experiencias ambientales, tienen afecto elevado y muestran interacción entre el temperamento y las experiencias evolutivas disfuncionales. Los esquemas disfuncionales tempranos reflejan creencias incondicionales sobre uno mismo en relación al ambiente.

Young recoge un total de 18 esquemas disfuncionales tempranos, los cuales agrupa en 5 dimensiones: *Desconexión y rechazo; Perjuicio en autonomía y desempeño; Límites inadecuados; Tendencia hacia el otro y, por último, Sobrevigilancia e inhibición.*

- Origen de los esquemas: Young plantea que los esquemas son la secuencia de una interacción entre unas necesidades emocionales centrales no satisfechas en la infancia, las experiencias tempranas y el temperamento innato del niño.
- Experiencias vitales tempranas: Los esquemas que se desarrollan más tempranamente y tienen mayor impacto se originan típicamente en la familia nuclear. Otras influencias se vuelven cada vez más importantes a medida que el niño va madurando, como compañeros, escuela, grupos de la comunidad y cultura circundante, y pueden llevar también al desarrollo de esquemas. Sin embargo, los esquemas que se desarrollan más posteriormente no son tan extendidos o tan poderosos.
- Temperamento emocional: Además de las experiencias infantiles tempranas, el temperamento biológico del niño desempeña un papel importante en el desarrollo de los esquemas, interactuando con los acontecimientos de la infancia. Más concretamente, se ha observado que los diferentes temperamentos exponen al niño selectivamente a diferentes circunstancias vitales y que, al mismo tiempo, determinan diferentes niveles de vulnerabilidad ante la exposición a circunstancias vitales similares.
- Operaciones de esquemas: Existen dos operaciones básicas: Por una parte, la perpetuación o mantenimiento del esquema (cualquier pensamiento, sentimiento o conducta que refuerza el esquema) y, por otra, la curación del esquema (cambios cognitivos, afectivos y conductuales que hacen disminuir la intensidad de estos esquemas, derivando en estilos de afrontamiento más adaptativos). Por tanto, el objetivo último de esta terapia es facilitar este proceso de *curación*.
- Modos: Agrupaciones de pensamientos, emociones y conductas que configuran estilos de afrontamiento que no han podido ser consistentemente integrados en una personalidad estable. Son temporales y se activan normalmente ante determinados estresores, pudiendo variar en diferentes momentos y contextos. El grupo de Young ha identificado 10 modos de esquemas principales agrupados en 4 categorías básicas.

Formato de la terapia. Sesiones

En su origen, la terapia está diseñada para su aplicación individual. Sin embargo, cuando el caso lo requiere, se permiten variaciones en cuanto al formato, pudiendo introducirse también intervenciones familiares (con o sin el paciente) o, incluso, terapia de grupo.

En cuanto a la duración, puede ser una terapia breve (unas 35 sesiones) o bien dilatarse ampliamente en el tiempo, en función de la gravedad del caso (puede durar un año o más en el caso de pacientes con personalidad limítrofe, por ejemplo). Las sesiones normalmente son semanales, aunque al inicio, muchos pacientes pueden acudir dos veces por semana.

Así mismo, el proceso terapéutico se divide en dos grandes fases:

1. Fase de evaluación y educación: Los objetivos de esta fase se dirigen a que el paciente aprenda a detectar y activar los propios esquemas tempranos disfuncionales, para que finalmente, aprenda a relacionarlos con patrones de vida desadaptativos. En este sentido, uno de los grandes rasgos centrales de este modelo, es la importancia que establece en la vinculación entre patrones actuales de vida y experiencias infantiles (en el seno familiar, sobre todo). Para ello, es necesario realizar una adecuada conceptualización de los esquemas, para lo que el terapeuta debe tener muy presente los siguientes elementos: Grupo de esquemas; disparadores de los esquemas; gravedad y riesgo de descompensación; orígenes evolutivos; recuerdos infantiles; distorsiones cognitivas centrales; conductas de afrontamiento y, por último, aspectos propios de la relación terapéutica.

2. **Fase de cambio:** En esta segunda fase el terapeuta debe poner en práctica todo el abanico de técnicas cognitivas, experienciales, conductuales e interpersonales, combinándolas de forma flexible y creativa, para promover el cambio terapéutico (cuestionamiento de los esquemas disfuncionales, disminución de su intensidad e interferencia en el funcionamiento, promoción de esquemas alternativos y, en definitiva, ampliación de los recursos de afrontamiento del paciente).

A lo largo del tratamiento, las sesiones se van espaciando, hasta llegar a la terminación del proceso, momento en el que es importante: Reforzar el cambio logrado y anticipar posibles dificultades futuras, ensayando posibles afrontamientos eficaces y utilizando los recursos generados durante el proceso.

Técnicas principales y descripción de las mismas aplicadas a la terapia

Si bien este modelo se enmarca dentro de los modelos cognitivos, su orientación técnica es auténticamente ecléctica e integradora, promoviendo la combinación en todo momento de técnicas procedentes de enfoques teóricos muy dispares.

Más concretamente, las principales técnicas utilizadas se pueden dividir en:

- **Técnicas cognitivas:** Mediante su utilización, el terapeuta pretende ayudar al paciente a demostrarse a sí mismo, lógica y racionalmente, que las creencias que sostienen sus esquemas disfuncionales tempranos no tienen ninguna validez empírica. Para ello se utilizan todas las técnicas habituales de los enfoques cognitivos clásicos, como por ejemplo, la *comprobación de hipótesis* del modelo de Beck o el ejercicio de revisión de vida (busca posibles orígenes de los esquemas y las evidencias que los apoyan). La meta última está en contradecir la información negativa que el paciente utiliza para probar el esquema. Una técnica especialmente importante en este apartado, es el *uso de tarjetas*. Las tarjetas consisten en frases o afirmaciones generadas por el terapeuta y el cliente que desafían directamente el esquema desadaptativo. La idea es que el paciente repita estas afirmaciones más racionales cada vez que detecte la activación de uno de los esquemas desadaptativos, posibilitando de este modo la disminución de la intensidad del esquema. En la utilización de las técnicas cognitivas, es importante mantener la actitud y formato de *empirismo colaborador* y promover el *descubrimiento guiado*, básicamente, mediante el *diálogo socrático* (no hacer preguntas cerradas ni muy directivas; no intentar persuadir al paciente en ningún sentido, dejando que él mismo descubra lo disfuncional de sus pensamientos; hacer preguntas abiertas, de forma tranquila y relajada, dándole tiempo para pensar y responder).

- **Técnicas conductuales:** Éstas se encaminan a modificar patrones autodestructivos. El terapeuta ayuda al paciente a diseñar tareas conductuales para reemplazar respuestas de afrontamiento desadaptativas por otros patrones de conducta más adaptativos. Cuando se acuerda la tarea o conducta a realizar, se prepara cuidadosamente haciendo ensayos (en vivo o en imaginación) y se utilizan tarjetas de recuerdo para que el paciente pueda superar los obstáculos que impidan un cambio conductual. La meta de estas técnicas es lógicamente producir un cambio conductual y básicamente serían de dos tipos: cambiar conductas que provocan esquemas o, por el contrario, cambiar el ambiente provocando cambios vitales importantes.

- **Técnicas experienciales:** Éstas se utilizan para ayudar al paciente a luchar contra el esquema, no sólo desde lo cognitivo, sino también a un nivel emocional. Fundamentalmente, se centran en técnicas de imaginación y a diálogos (algunos imaginarios), posibilitando que el paciente valide las necesidades propias y facilitando, incluso, cierta *catarsis emocional* (por ejemplo, que pueda establecer un diálogo imaginario con los padres, o bien escribirles una carta, permitiéndose

expresar su cólera o tristeza por lo que le ocurrió de niño). Otra de las técnicas utilizadas en este bloque es el del *juego de roles*, en el que el paciente intercala diferentes roles (el de niño y el del padre o la madre, por ejemplo).

- Técnicas centradas en la relación paciente-terapeuta: Este último grupo de técnicas es de naturaleza interpersonal y se relaciona fundamentalmente con la relación paciente-terapeuta. Éstas son especialmente importantes en el abordaje de los pacientes con Trastornos de Personalidad, los cuales dificultan sustancialmente el establecimiento de una adecuada relación terapéutica. En este sentido, es crucial que el terapeuta no se comporte de tal modo que pueda validar los esquemas disfuncionales tempranos del paciente. La relación terapéutica puede utilizarse de dos maneras para producir un cambio en el esquema: 1. *Recrianza limitada*, es decir, el terapeuta se comporta como un padre del paciente, pero sin seguir las viejas pautas de comportamiento; 2. Utilizar la relación terapéutica para *corregir esquemas* que surgen en la interacción interpersonal.

El comportamiento del terapeuta puede ser, por tanto, muy importante para producir cambios en esquemas, pudiendo señalar la manera en que los esquemas desadaptativos afectan a la relación terapéutica.

Importancia dada a la relación terapéutica

Tal como se ha detallado en el apartado anterior, la utilización de la relación terapéutica como factor de cambio, es uno de las características esenciales de este modelo. Por ello, el terapeuta debe estar muy atento a cómo los esquemas pueden manifestarse en la conducta del paciente durante las sesiones, así como en la contratransferencia que todo ello le pueda generar en diferentes momentos. Este es un aspecto de especial relevancia, no sólo por que se emplea para promover el cambio, sino porque buena parte de los síntomas, en el caso de los pacientes con Trastornos de Personalidad, suponen serias “amenazas” contra la relación terapéutica.

Referencias bibliográficas complementarias

López Pell, A.F., Cid Colom, J., Obst Camerini, J., Rondon, J. M., Alfano, S. M. y Cellerino, C. (2011). Guías esquematizadas de tratamiento de los trastornos de personalidad para profesionales, desde el modelo de Young, Klosko y Weisharr (2003). *Ciencias Psicológicas* 5 (1): 83-115.

Oldham, J. (2008): *Trastornos de la personalidad*. Madrid: Masson.

Preston, J. (2006) *Integrative Brief Therapy: Cognitive, Psychodynamic, Humanistic & Neurobehavioral Approaches*. Impact Publishers. San Luis Obispo, California.

Rodríguez Vílchez, E. (2009). La Terapia Centrada en Esquemas de Jeffrey Young. *Avances en Psicología*, 17 (1), 59-74.

Young, J. *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A schema – Focused Approach*. Third Edition. Professional Resource Press, USA. Traducido por Soledad Cordero.

Young, J. (1999): *Reinventing Your Life*. New York: Plume.

Young, J. y Kellogg, S. (2006): Schema Therapy for Borderline Personality Disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 62 (4), 445-458.

Young, J. y Klosko, J. (2007). Terapia de esquemas. En J.M. Oldham, A.E. Skodol y D.S. Bender (Eds), *Tratado de los trastornos de la personalidad* (pp. 289-308). Barcelona: Elsevier Masson

Young, J., Klosko J. y Weisharr, M. (2003). *Schema Therapy, a Practitioner's Guide*. The Guilford Press. New York London.

TERAPIA SISTÉMICA CENTRADA EN SOLUCIONES

Autor principal: Steve de Shazer.

Referencias bibliográficas principales:

De Shazer, S. (1982). *Patterns of brief family therapy*. New York: Guilford Press. Trad. Cast.: Pautas de terapia familiar breve. Buenos Aires: Paidós, 1986.

Indicaciones terapéuticas: Principalmente indicada para trastornos del eje I y para trastornos mentales graves para abordar aspectos periféricos que influyen en la evolución de la enfermedad.

Descripción y conceptos teóricos principales

Esta terapia se basa en tres premisas: Punto de vista sistémico, constructivismo relacional y búsqueda de soluciones.

- Punto de vista sistémico: Toma como base la Teoría General de los Sistemas. El cliente, la familia y la interacción terapeuta–cliente son considerados sistemas.
- Constructivismo relacional: Hace referencia a la construcción que cada persona elabora de la realidad. Un mismo hecho es percibido por cada persona de manera distinta y el significado que le asigne a cada experiencia se refleja en los relatos. En la terapia se generan diferentes relatos sobre el problema que permiten abrir nuevas alternativas para tener una visión distinta de lo que ocurre.
- Búsqueda de soluciones: Se reconoce que todos los clientes poseen recursos en los cuales se debe confiar, y por supuesto, aprovecharlos en el trabajo terapéutico. El trabajo del terapeuta se centra en localizar, movilizar y remarcar el papel de estos recursos en la vida de los clientes. Esta idea queda complementada con el no normativismo, respetando las diferencias individuales sin tratar de encajar a los clientes en una norma o modelo de persona.

Formato de la terapia. Sesiones

El tratamiento suele durar unas cinco sesiones de aproximadamente una hora cada una, siendo la periodicidad entre sesiones de aproximadamente 15 días, aunque esto puede depender mucho del proceso que sigan los clientes. Habitualmente suele transcurrir una semana entre la primera y la segunda consulta y las sesiones se irán espaciando a medida que los clientes vayan experimentando mejorías. La estructura de las sesiones es siempre la misma:

- Una primera fase de “conversación terapéutica”.
- Un periodo de intersesión en que el terapeuta se reúne con el equipo o, si trabaja solo, se toma una pausa para reflexionar sobre lo ocurrido en consulta.
- La intervención en que el terapeuta devuelve al cliente sus conclusiones y/o una visión general de la marcha del tratamiento y, si lo estima conveniente, le da una tarea.

En la primera entrevista terapeuta y cliente se presentan y el primero, da una explicación de la forma de trabajar y a continuación, pregunta en qué le puede ayudar. En esta fase no se trata de establecer si el cliente tiene o no razón, sino de comprender que el cliente tiene una dificultad y que

ésta puede ser abordada terapéuticamente. A continuación se pregunta por los cambios pretratamiento y si esta técnica da resultado puede abarcar la totalidad de la primera entrevista, que se cierra trabajando en la escala de avance. La sesión termina con una intervención en la que, antes de elogiar y sugerir alguna posible tarea, el terapeuta propone un cierto proyecto de trabajo para el resto de la terapia. En todo momento, el terapeuta trata de emplear el lenguaje y la postura de los propios clientes.

Técnicas principales y descripción de las mismas aplicadas a la terapia

- Cambio pretratamiento: Es una técnica que forma parte del trabajo con “excepciones”, buscando aprovechar las mejorías ocurridas en el intervalo de tiempo entre el periodo de consulta y la primera sesión. La forma en la que se plantea el cambio es la siguiente: “La mayoría de la gente que viene a consulta nos suele decir que en el momento de llamar por teléfono para pedir cita y la primera entrevista, se producen ya algunas mejorías. ¿Qué pequeñas mejorías ha visto usted?”. Las investigaciones en la Universidad Pontificia de Salamanca (España), encuentran que en un 45% de casos atendidos se encuentran cambios pretratamiento. Estudios posteriores mostraban que trabajar esta técnica multiplicaba por cuatro el éxito de la terapia. El uso de ésta técnica no termina con la primera respuesta del cliente, sino que continúa ampliando las mejorías encontradas para luego conocer los factores que ayudaron a que dichos cambios se dieran.

- La pregunta milagro: Es la técnica que más caracteriza a la terapia ya que es la más utilizada probablemente debida a sus resultados positivos. Es una técnica de proyección al futuro inspirada en la técnica de la “bola de cristal” de Milton Erickson. Puede ser aplicada de diferentes formas dependiendo de las características del paciente, por ejemplo, si se trabaja con niños puede ser utilizada en su modalidad de “varita mágica” o “máquina del tiempo”. La pregunta del milagro tiene dos propiedades importantes, una para el terapeuta y otra para el cliente. Para el terapeuta, permite construir objetivos adecuadamente formulados para la terapia, formulados en términos positivos, alcanzables, conductuales y concretos. Para el cliente tiene una propiedad terapéutica, motivadora, mientras más se imagina su futuro con el problema ya resuelto, más motivación tiene para conseguir esos cambios. Se formula como sigue: “Suponga que esta noche mientras está durmiendo sucede una especie de milagro y los problemas que le han traído aquí se resuelven, no como en la vida real poco a poco, sino de repente de forma inmediata. Como está durmiendo no se da cuenta que el milagro ha ocurrido. Al día siguiente, ¿qué cosas va a notar diferentes que le hagan darse cuenta de que el milagro ha ocurrido?”

- Las escalas de avance: Es otra forma de buscar excepciones, al mismo tiempo que permite valorar cuantitativamente y cualitativamente las mejorías. La escala de avance se formula a través de la siguiente pregunta: En una escala de 1 al 10, donde 1 significa el momento en el que peor ha estado y la situación cuando vino a terapia y 10 el momento en el que las cosas se han resuelto, ¿en qué punto crees que te encuentras ahora? Las escalas se pueden trabajar en dos direcciones, “hacia atrás”, buscando las cosas que han mejorado y lo que ha permitido llegar a dicha mejoría, y “hacia delante”, buscando la señal de un pequeño avance y lo que necesita para llegar a ello.

- Utilización del lenguaje del cliente: Implica renunciar al lenguaje técnico (psicológico) para adaptarse al lenguaje del cliente, usando términos que él utiliza, sintonizando de esta manera con su postura y creando mayor relación terapeuta-cliente.

- Uso del lenguaje presuposicional: Consiste en referirse a avances, excepciones y recursos empleando términos que presuponen o dan por hecho que éstos han ocurrido o van a ocurrir. Por ejemplo: ¿Qué mejorías ha observado? En lugar de un lenguaje condicional: ¿Ha notado alguna mejoría?

- **Uso de elogios:** El confiar y trabajar en base a los recursos de los clientes consiste en no guardarse todo lo bueno que se observa para sí mismo. Resulta muy útil compartir con los clientes lo que ha llamado la atención de ellos y lo que se cree que están haciendo bien. Elogiar a los clientes debe hacerse de manera honesta, felicitándolos por sus recursos que son de verdad útiles para la terapia y no inventados por el terapeuta.
- **Metacomunicación:** “Ir más allá de la comunicación”. Se hace necesario no sólo en la vida cotidiana sino también en terapia. Transmitir a los clientes temas que formalmente pueden ser considerados “muy sinceros” es parte del lenguaje del terapeuta, aspectos como incomodidades percibidas, dudas sobre la utilidad de la terapia o cualquier otro aspecto que el terapeuta considere necesario comentar al cliente.
- **Postura “ir por detrás”:** Un terapeuta centrado en soluciones no busca mostrarse como “experto”, evita posturas autoritarias o imponer sus ideas (salvo en ciertos casos donde este en juego la salud o la vida del cliente), por el contrario, reconoce que son los clientes los expertos en sus vidas, los que poseen los recursos necesarios para resolver el problema. El rol del terapeuta se centra en movilizar dichos recursos y ayudar a los clientes a encontrar las soluciones que ellos mismos ya conocen pero que por diversos motivos no lo tiene claro.

Importancia dada a la relación terapéutica

En este modelo el terapeuta cuida al máximo la relación con el cliente. Establecer y mantener una buena relación empática es básico para mostrar el respeto hacia los clientes además de para conseguir una actitud colaboradora que facilita la recepción adecuada de las semillas para el cambio sembradas en la terapia.

Referencias bibliográficas complementarias

Adams, J.F., Piercy F.P. y Jurich J.A. (1991). Effects of Solution Focused Therapy's "Formula First Session Task" on compliance and outcome in family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy* , 17, 277-290.

Beybach, M. (2009). Integrative brief solution -ocused family therapy: a provisional roadmap. *Journal of Systemic Therapies*, 28, (3), 18-35.

Beybach, M. y Rodríguez Morejón, A. (1994). La proyección al futuro como técnica de negociación de objetivos en terapia familiar. *Familia. Revista de Ciencias y Orientación Familiar* , 8, 37-56.

Beybach, M., Rodríguez Sánchez, M. S., Arribas de Miguel, J., Herrero de Vega, M., Hernández, C. y Rodríguez Morejón, A. (2000). Outcome of solution-focused therapy at a university family therapy center. *Journal of Systemic Therapies*, 19, 116-128.

De Shazer, S. (1985). *Keys to solution in brief therapy*. New York: Norton. Trad. Cast.: Claves para la solución en terapia breve. Buenos Aires: Paidós, 1986.

De Shazer, S. (1988). *Clues: Investigating Solutions in brief therapy*. New York: Norton. Trad. Cast.: Claves en psicoterapia breve. Barcelona: Gedisa, 1992.

De Shazer, S. (1991). *Putting difference to work*. New York: Norton.

De Shazer, S. (1994). *Avances en Terapia Centrada en las Soluciones*. Seminario celebrado en la Universidad Pontificia de Salamanca. Salamanca.

De Shazer, S., y Berg, I. (1991). Haciendo terapia: Una revisión del Post-estructuralismo. *Cuadernos de terapia familiar*, 18, 17-30.

De Shazer, S., Berg, I.K., Lipchik, E., Nunnally, E., Molnar, A., Gingerich, W., y Weiner-Davis, M. (1986). Brief therapy: focused solution development. *Family Process*, 25 (2), 207-221. Doi: 10.1111/j.1545-5300.1986.00207.x

Fish, R., Weakland, J.H., y Segal, L. (1982). *The tactics of change: Doing therapy briefly*. San Francisco: Jossey-Bass. Trad. Cast.: *La táctica del cambio*. Barcelona: Herder, 1984.

Haley, J. (1976). *Problem-solving therapy*. New York: Harper Colophon Books. Trad. Cast. *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu.

Keeney, B.P (1983). *Aesthetics of change*. New York: Guilford. Trad. Cast.: *Estética del cambio*. Barcelona: Paidós, 1991.

Kim, J. S. (2008). Examining the Effectiveness of Solution-Focused Brief Therapy: A Meta-Analysis. *Research on Social Work Practice*. 18, (2), 107-116. doi: 10.1177/1049731507307807

Krai, R. y Kowalski, K. (1989). After the miracle: the second stage in solution focused brief therapy. *Journal of Strategic and Systemic Therapies*, 8, 73-76.

O'Hanlon W.H. y Weiner-Davis, M. (1990). *En Busca De Soluciones*. Buenos Aires: Paidós.

TERAPIA COGNITIVA BASADA EN *MINDFULNESS* PARA LA DEPRESIÓN

Autores principales: Scherer-Dickson, Segal, Teasdale y Williams.

Referencias bibliográficas principales:

Segal, Z.V., Williams, J.M.G, Teasdale J.J. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.

Cebolla A., Miró M.T. Eficacia de la terapia cognitiva basada en la atención plena en el tratamiento de la depresión. *Revista de Psicoterapia*, 17 (66/67), 133-135.

Indicaciones terapéuticas:

Prevención de Recaídas en Trastorno Depresivo.

Descripción y conceptos teóricos principales

La depresión es un problema acuciante en nuestra sociedad, con una elevada tasa de recurrencia y con una cuestionada respuesta a los tratamientos farmacológicos. Esto plantea la necesidad de modelos psicoterapéuticos novedosos para el abordaje de esta patología y, muy especialmente, para la disminución de recaídas.

Este modelo psicoterapéutico de última generación, surge de la adaptación específica para la depresión de la *Terapia Cognitiva Basada en la Atención Plena (TCAP)* de Teasdale, Segal y Williams.

Para explicar los mecanismos que generan y mantienen la depresión, este modelo propone una teoría basada en la interacción de distintos subsistemas cognitivos: el cognitivo y el sensorial. El primero, el cognitivo, es el motor central en la configuración del engranaje depresivo, ya que de él depende la generación y mantenimiento de esquemas depresógenos con significados negativos (atribuciones internas y globales de los fracasos, visión de futuro desesperanzado, etc.), mediante un bucle cognitivo de mantenimiento. Paralelamente, existiría también un bucle sensorial que opera a través del *feedback* sensorial de los efectos de la depresión en el cuerpo, generado por las consecuencias corporales de estados depresivos experimentados en situaciones anteriores, como por ejemplo, en experiencias tempranas de pérdida. De este modo, el *feedback* sensorial, en conjunción con las contribuciones del bucle cognitivo, retroalimenta aún más los esquemas depresógenos, formando así engranajes depresivos con propiedades auto-perpetuadoras.

Así mismo, este modelo asume que la vulnerabilidad cognitiva a la depresión persistente y a las recaídas en depresión, está relacionada con la facilidad con la que la configuración del engranaje depresivo puede ser restablecida en momentos de ánimo disfórico. Después de la recuperación de una depresión, es más fácil que estados ligeros de disforia reactiven ciclos depresógenos. Por esta razón, aumenta la posibilidad de tener una depresión una vez se ha tenido un primer episodio. Desde este modelo, el objetivo no es intervenir sobre el contenido de las cogniciones, ni evitar los estados de tristeza infelicidad, sino reducir la probabilidad de que los ciclos rumiativos habituales del funcionamiento depresógeno, se establezcan en momentos de incremento disfórico.

En resumen, podríamos decir que desde esta perspectiva no haría falta intervenir sobre los estados de infelicidad o depresión ligera, sino que el objetivo real debería ser prevenir el re-establecimiento de los engranajes depresivos, de tal forma que la tristeza o el ánimo disfórico que

puede aparecer en cualquier momento, no vaya a más, y acaben pasando. En este sentido, la corporalidad es muy importante: el bucle sensorial se retroalimenta por el estado corporal (expresión facial, posición encorvada, etc.) y, dado que está conectado al resto del sistema, si intervenimos sobre este subsistema, el resto del engranaje depresivo se verá modificado. Por tanto, la intervención debe ir encaminada también hacia aspectos corporales que hagan que el mantenimiento del episodio depresivo sea difícil.

Finalmente, si bien hay múltiples estrategias que pueden ser usadas para prevenir el establecimiento del engranaje depresivo o para interrumpirlo, este modelo apuesta por un entrenamiento basado en la meditación, en el que se entrena específicamente la habilidad de Atención Plena o *Mindfulness*, la cual puede contribuir eficazmente al procesamiento cognitivo en depresión, pero desde una perspectiva radicalmente distinta al enfoque cognitivo tradicional: no intentamos cambiar los contenidos de los esquemas (el *qué* del pensamiento), sino la relación que establece la persona con sus propios pensamientos (el *cómo* del pensamiento).

Formato de la terapia

Consiste en un entrenamiento en meditación y terapia cognitiva de 8 sesiones de duración, con frecuencia semanal.

Las sesiones están totalmente estructuradas y tienen una duración de dos horas y media, en las cuales se diferencian los siguientes espacios bien delimitados para a) practicar técnicas de Atención Plena, b) comentar dificultades encontradas a la hora de llevar a cabo la práctica o las tareas para casa, c) explorar y comentar aspectos específicos de los mecanismos psicológicos que conducen al sufrimiento como los automatismos, la rumiación, la preocupación o los juicios negativos, e) comentar el trabajo para casa.

Durante las dos primeras sesiones se introducen los conceptos básicos que se van a trabajar como el de Atención Plena, o su opuesto “piloto automático” (estado habitual en nuestro funcionamiento cotidiano, totalmente contrario a una alerta consciente) y se plantea la relación de estos conceptos con el mantenimiento de sintomatología depresiva (el “piloto automático” puede llevar a que surjan determinados pensamientos automáticos que pueden llevar a un estado de ánimo depresivo). Durante las siguientes sesiones se enseñan diferentes técnicas que componen el tratamiento y se insiste en trabajar las dificultades que aparecen en la realización de tareas para casa.

Técnicas principales y descripción de las mismas aplicadas a la Terapia

El programa integra, por un lado, la clásica terapia cognitiva para la depresión (conocimiento de la existencia de pensamientos disfuncionales en estados de ánimo disfórico, registro de pensamientos automáticos, práctica diaria, etc.) y, por otro, el programa para la reducción del estrés *Mindfulness Based Stress Reduction* (MBSR) de Jon Kabat-Zinn.

En base al modelo de Teasdale expuesto anteriormente sobre la vulnerabilidad cognitiva en depresión, se ha intentado adaptar un entrenamiento en Terapia Cognitiva, con las siguientes características:

- La intervención debe redirigir las fuentes de procesamiento que se necesitan para activar los engranajes depresógenos, hacia fuentes no depresógenas; a través de un entrenamiento de la atención, se puede hacer este cambio;

- Debe generar nuevos esquemas, relacionados con la depresión pero no depresógenos (darle otro significado a las sensaciones y pensamientos que pueden reactivar el estado depresivo, desvinculándolos de dicho estado), y confeccionar nuevos recuerdos;
- Los modelos esquemáticos depresógenos deben ser re-entrenados, así se reduce la posibilidad de que aparezca una nueva recaída;
- El tratamiento debe implicar experiencias de “trabajo para casa”, donde practicar y entrenar habilidades de afrontamiento efectivo, o acercamiento a las experiencias depresivas desde otras formas más eficaces.

Por otro lado, la Atención Plena se define como una habilidad que consiste en “centrar la atención de un modo intencional: en un objeto, en el momento presente y sin juzgar” (Kabat-Zinn, 1990). Se trata de un tipo de auto-observación que algunos autores han denominado “adaptativa” y que aparece como una alternativa válida a las clásicas estrategias de distracción utilizadas en el tratamiento de la depresión, destacándose las siguientes características:

1. Se fija en lo que ocurre en el presente.
2. No compara el estado actual con el ideal.
3. No juzga lo que observa.
4. Acepta la no permanencia de la experiencia.

La principal razón por la que se explica el efecto que tienen las intervenciones basadas en la Atención Plena es a través de cambios cognitivos relacionados con la capacidad de percibir pensamientos sólo como pensamientos, no como reflejos de la realidad. De este modo, se conseguirá un aumento de las habilidades metacognitivas de descentramiento y, por tanto, un *insight metacognitivo* que ayude a la persona a comprender que los pensamientos no son realidad, sólo son pensamientos. Así mismo, se considera también que el conocimiento y la aceptación que produce el tratamiento basado en el entrenamiento de la Atención Plena, provoca un mejor acceso a modelos esquemáticos alternativos, ya que el ejercicio de observar desde la distancia o descentrarse ayuda a tomar perspectiva, y por tanto entrena la capacidad de afrontar de forma efectiva los problemas y el uso de estrategias cognitivas más productivas.

Importancia de la relación terapéutica

La actitud del terapeuta es de suma importancia en este tratamiento, porque el terapeuta tiene que ejemplificar constantemente la habilidad que pretende enseñar, es decir, la Atención Plena. De hecho, se debe considerar a sí mismo un practicante de la meditación para poder entrenar al otro de forma eficaz. Por tanto, en todo momento, el terapeuta debe estar abierto a la experiencia tanto conceptual como no-conceptual, manteniendo una actitud no-crítica, libre de prejuicios; también debe estar orientado hacia el presente y debe dirigir la atención de los participantes en el grupo hacia la apertura a la experiencia, para que puedan apreciar y familiarizarse con los efectos de la meditación. A la vez, no debe fomentar las narrativas de historias personales.

Referencias bibliográficas complementarias:

Cebolla, A., Miró, M.T. (2008) Efectos de la Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena: una aproximación cualitativa. *Apuntes de Psicología*, 26 (2), 257-268.

Kenny, M.A., Williams J.M.G. (2006). Treatment-resistant depressed patients show a good response to Mindfulness-based Cognitive Therapy. *Behavior Research and Therapy*.

Korman, Guido P.; Garay, Cristian J. (2012) El modelo de Terapia Cognitiva Basada en la Conciencia Plena (Mindfulness). *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 21(1), 5-13.

Kuyken W., Byford S., Taylor R.S., Watkins E., Holden E., White K. et al. (2008). Mindfulness-Based Cognitive Therapy to Prevent Relapse in Recurrent Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, (6), 966-978.

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.

Martín-Asuero, A., García de la Banda, G. (2007). Las ventajas de estar presente: desarrollando una conciencia plena para reducir el malestar psicológico. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7 (2), 369-384.

Miró, M.T., Perestelo-Pérez, L., Pérez, J, Rivero, A., González, M., De la Fuente, J. Serrano, P. (2011). Eficacia de los tratamientos basados en Mindfulness para los trastornos de ansiedad y depresión: una revisión sistemática. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16, (1), 1-14.

Piet J., Hougaard E. (2011) The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31, 1032-1040.

Teasdale J.D., Segal Z.V., Williams J.M.G, 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) 615-623.

TERAPIA INTEGRAL DE PAREJA (TIP)

Autores principales: Jacobson y Christensen.

Referencias bibliográficas principales:

Jacobson, N.S., y Christensen, A. (1996). *Integrative Couple Therapy: promoting acceptance and change*. Nueva York: Norton

Indicaciones terapéuticas: Problemas de pareja.

Descripción y conceptos teóricos principales

En el plano filosófico, los autores declaran que la Terapia Integral de Parejas (TIP) supone una vuelta a las raíces del análisis conductual y al contextualismo. Se entiende que los problemas de pareja no sólo requieren cambios de primer orden (modificación del comportamiento), sino también cambios de segundo orden: que la persona que realiza la queja procure aceptar el comportamiento del otro. Así, en sentido estricto, no es que la TIP no promueva el cambio de comportamiento, sino que alienta al cambio en uno mismo en vez de en el otro; un cambio, por tanto, en el contexto del problema más que en el comportamiento problemático, algo característico de las terapias de tercera generación. Respecto al contexto en el que surgen los problemas, la TIP otorga gran importancia a la historia personal de los miembros de la pareja. A pesar de que los problemas de una pareja se producen en el presente y exhiben una topografía determinada, es la historia y las experiencias de cada uno lo que determina sobre qué contenidos giran los conflictos y con qué frecuencia surgen. Jacobson y Christensen denominan a esto *vulnerabilidades* y se podrían definir como aquellas circunstancias que afectan especialmente a cada uno de los miembros de la pareja y que hacen mucho más probable que surja el enfrentamiento.

La mayoría de las quejas con las que una pareja llega a la consulta tienen que ver con el desarrollo de incompatibilidades. Las incompatibilidades se generan sobre las similitudes y las diferencias de los miembros de la díada. Áreas en las que son similares pueden acabar originando competencia, como por ejemplo el que los dos estén muy apegados a la familia de origen. Áreas en las que son diferentes dejan necesidades por cubrir, como por ejemplo las diferencias en las necesidades sexuales. Según la TIP, el problema no son las incompatibilidades, que más bien resultan inevitables en una relación de pareja, sino cómo se manejan. Una de las formas posibles de afrontar las incompatibilidades que acaba generando problemas es la coerción. Esto implica que un miembro de la pareja aplica estimulación aversiva hacia el otro para escapar de la estimulación aversiva que provoca la incompatibilidad o conseguir el reforzamiento del que priva la incompatibilidad.

El hecho de que estas incompatibilidades se manejen de forma coercitiva provoca que se generen patrones de interacción que empeoran la situación de la pareja.

Puede haber tres patrones de interacción destructivos:

- La evitación mutua, en la que ambos evitan enfrentarse al conflicto.
- La interacción negativa mutua, en la que ambos se atacan reiteradamente.
- La demanda-retirada, en la que uno entra en una interacción negativa como demandar, acusar o culpar y el otro se retira.

De esta forma, la interpretación de la pareja es que el problema es lo que el otro hace o deja de hacer, atribuyendo estos déficits a tres causas:

- Problemas psicológicos.
- Maldad por parte del otro.
- Incompetencia personal.

Si este es el panorama, lo lógico es que se intente modificar la forma de actuar o ser de la persona que no se ajusta “bien” al otro. Así es como se aumenta la polarización que hace que la pareja cada vez se encuentre peor en la relación y que ambos se sientan cada vez más alejados el uno del otro.

En la TIP la formulación que se hace del problema a la pareja incluye tres componentes:

1. La descripción del tema principal de conflicto y la ayuda para identificar las situaciones conflictivas que se dan fuera de la sesión. El tema hace referencia a la funcionalidad que tiene el comportamiento disruptivo por parte de algún miembro de la pareja, es decir, qué es lo que persigue en realidad el comportamiento.
2. El proceso de polarización, que describe las interacciones destructivas que se dan entre los miembros de la pareja.
3. La trampa mutua, que es el resultado del proceso de polarización: “es la sensación de estar atrapados sin solución que hace que no sean capaces de revertir el proceso de polarización una vez que ha empezado.

Formato de la terapia. Sesiones

En la TIP la intervención se estructura en torno a tres cuestiones que trae la pareja de una sesión a otra:

1. Discusión en sesión de situaciones generales y específicas que hayan surgido alrededor del tema.
2. Situaciones en las que ha surgido el problema y lo han resuelto con éxito.
3. Situaciones que se podrían llamar positivas.

Al inicio de la terapia las primeras serán las más frecuentes para poco a poco ir dando paso a las segundas.

El componente central de la TIP es la aceptación y cuanto más polarizados estén, más necesidad habrá de trabajar en la aceptación.

Técnicas principales y descripción de las mismas aplicadas a la terapia

Para trabajar la aceptación existen tres estrategias centrales:

1. La unión empática
2. La separación unificada
3. La tolerancia

El objetivo de las dos primeras estriba en unir a la pareja alrededor del problema; es decir, que el problema sirva para generar más intimidad. En la tolerancia la meta consiste en transformar en menos dolorosas las conductas negativas del compañero.

1. En la **unión empática** se pretende generar aceptación a través de poner en contacto la conducta de un miembro de la pareja con su historia personal. Es decir, lo que se hace es contextualizar el comportamiento que la otra persona considera problemático dentro de la formulación que se hizo del problema. Así, la conducta negativa es vista como parte de sus diferencias. Para ello hacen referencia a la fórmula de la aceptación:

Dolor + Acusación = Conflicto

Dolor – Acusación = aceptación

Se promueve la expresión de lo que los autores llaman expresiones “blandas”, en vez de expresiones “duras”, que llevan a la confrontación por la ira, culpa o el resentimiento y que indican una diferencia en el poder y el control. Las expresiones “blandas”, en cambio, muestran la parte más vulnerable de la persona al reflejar sentimientos de dolor, temor, etc. Este tipo de expresiones son más adecuadas para generar intimidad. Para que ésta surja es necesario que haya reforzamiento de conductas interpersonales de vulnerabilidad. La expresión de conductas de vulnerabilidad y su reforzamiento por parte del otro es lo que define un evento íntimo. El terapeuta anima a la pareja a manifestar sentimientos que no son expresados habitualmente y que se supone eliciten una respuesta más empática por parte del oyente. Así, al final, el principal objetivo de la TIP es transformar las situaciones de crisis de la pareja en “vehículos para la intimidad”.

2. La **separación unificada** consiste en ayudar a la pareja a que enfrenten juntos el problema. Se trataría de que cuando se produce un incidente negativo sean capaces de hablar de él como algo externo a la relación, como si fuera un “ello”.

3. Las **estrategias de tolerancia** se utilizan cuando no han funcionado las estrategias de aceptación, de forma que aunque el objetivo sea la aceptación, es mejor que se toleren a que no se toleren siquiera. El fin es hacer que la pareja se recupere más rápido del conflicto. Existen tres tipos de técnicas con las que se promueve la tolerancia:

1. Role playing de la conducta negativa en la sesión.
2. Imitación de la conducta negativa en casa.
3. Habilidades de autocuidado.

Aparte del trabajo en aceptación y tolerancia, la TIP sigue recurriendo a estrategias de intercambio conductual y entrenamiento en habilidades de comunicación y resolución de problemas. En la TIP se emplean después de que se ha trabajado en aceptación, en vez de hacerlo al principio de la terapia.

Importancia dada a la relación terapéutica

Siempre que se trabaja con familias o parejas, se da una especial importancia a una actitud neutral por parte del terapeuta, de manera que los pacientes no sientan posicionamiento por parte de éste hacia ninguno de los miembros.

Referencias bibliográficas complementarias

- Baucom, D.H, Epstein, N., Sayers, S. y Sher, T.G. (1989) The role of cognition in marital relationships: Definitional, methodological, and conceptual issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 31-38
- Beese, A; Stratton, P (2004) Causal attributions in delusional thinking: An investigation using qualitative methods. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 267-283
- Christensen, A., Baucom, D., Simpson, L., Atkins, D., Barns, S., Wheeler, J (2004) Traditional versus Integrative Behavioral Couple Therapy for Significance and Chronically Distressed Married Couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology Review*, 72, (2), 176-191
- Doss, B., Thum, Y., Sevier, M., Atkins, D., Christensen, A (2005) Improving Relationships: Mechanisms of Change in Couple Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, (4), 624-633
- Halle, J., Meadan, H (2007) A protocol for assessing early communication of young children with Autisms another developmental disabilities. *Topics in early childhood special education*, 27(1), 49-61
- Hayes, S.C. (1984). Making sense of spirituality. *Behaviourism*, 12, 99-110.
- Jacobson, N., Christensen, A (1996) Acceptance and Change in Couple Therapy. A Therapist's guide to transforming relationships.
- Jacobson, N.S. y Christensen, A. (1996). Integrative Couple Therapy: promoting acceptance and change. Nueva York: Norton.
- Jacobson, N.S. y Margolin, G. (1979). Marital Therapy: Strategies Based on Social Learning Behavior Exchange Principles. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Jacobson, N., Martin, B (1976) Behavioral Marriage Therapy: Current Status. *Psychological Bulletin*, 83, (4) 540-556
- Stuart, R.B (1969) Operant – interpersonal treatment for marital discord. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 675-682

PROTOCOLO UNIFICADO PARA EL TRATAMIENTO TRANSDIAGNOSTICO DE LOS TRASTORNOS EMOCIONALES

Autor principal: David Barlow.

Referencias bibliográficas principales: Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35, 205-230.

Indicaciones terapéuticas: Indicada en procesos psicológicos patológicos compartidos por diversos trastornos clínicos, especialmente trastornos ansiosos y del estado de ánimo.

Descripción y conceptos teóricos principales

Los modelos transdiagnósticos surgen como un nuevo enfoque científico dentro de la psicología clínica. Formulan y posibilitan una integración entre los enfoques categorial y dimensional y se apoyan en una perspectiva básicamente dimensional. La perspectiva transdiagnóstica permite explicar la elevada comorbilidad entre los trastornos de ansiedad y los trastornos del estado de ánimo. Esto constituye un nuevo enfoque que puede entenderse desde dos niveles de análisis complementarios: uno psicopatológico, centrado en la descripción y explicación de procesos cognitivos, conductuales y fisiológicos, y en factores comunes de diferentes trastornos mentales; y el otro derivado de la TCC transdiagnóstica, que posibilitaría un tratamiento más integrado y holístico basado en principios terapéuticos de intervención derivados de procesos psicopatológicos subyacentes comunes como base de nuevos protocolos integrados de tratamiento.

David Barlow ha sugerido la existencia de un síndrome general neurótico, al encontrar diferencias en la expresión de los síntomas del trastorno emocional como expresiones diferentes del mismo síndrome. Propone la noción de *síndrome de afecto negativo* y lo considera un factor de orden superior en la estructura de las perturbaciones emocionales (depresión mayor, ansiedad generalizada, trastorno de pánico, trastorno obsesivo compulsivo, fobia social, fobias específicas). Asimismo hace referencia al concepto de triple vulnerabilidad. Vulnerabilidad biológica general que implica la contribución genética no específica en el desarrollo de la ansiedad y el afecto negativo, vulnerabilidad psicológica general desarrollada a través de experiencias que llevan al individuo a generar un sentido de incontrolabilidad que podría estar en el núcleo del afecto negativo y la vulnerabilidad psicológica específica vinculada con experiencias de aprendizaje concretas. Las dos primeras se consideran algo común y genérico en una gran variedad de perturbaciones psicológicas.

La base teórica del Protocolo Unificado para el Tratamiento de los Trastornos Emocionales de Barlow et al. (2011) deriva de diversas fuentes como la teoría del aprendizaje, la neurociencia cognitiva y la literatura relacionada con la regulación de las emociones. También se destacan los principios fundamentales de la TCC tradicional como la extinción de aprendizajes, la prevención de estrategias cognitivas y de comportamientos de evitación, cambios de tendencias de acción asociadas con la emocionalidad desadaptativa, exposición conductual, emocional e interoceptiva y la identificación y modificación de las distorsiones cognitivas.

Formato de la terapia. Sesiones

- Sesión 1: Orientación al tratamiento.
- Sesión 2: Identificar las emociones.
- Sesión 3: Entender las emociones.
- Sesión 4: Aprender a observar las emociones y las reacciones posteriores.
- Sesión 5: Comprender la influencia de los pensamientos. Distorsiones cognitivas.
- Sesión 6: Identificar la relación entre los pensamientos, sentimientos y comportamientos.
- Sesión 7: Entender el comportamiento y hacer hincapié en la influencia de las emociones en el comportamiento.
- Sesión 8: Comprender y enfrentar sensaciones físicas.
- Sesión 9: Poner en práctica el conocimiento de la influencia de las emociones en los pensamientos y el comportamiento.
- Sesión 10: Poner en práctica lo aprendido ante situaciones que provocan un estado emocional disfuncional.
- Sesión 11: Motivar el aprendizaje continuo a través de situaciones problemáticas y futura prevención de recaídas.
- Sesión 12: Terminación del tratamiento. Balance. Refuerzo de lo aprendido.

Técnicas principales y descripción de las mismas aplicadas a la terapia

Se inicia con una conceptualización del caso colaborativa entre el usuario y el terapeuta. En primer lugar, se identifica el valor evolutivo de las emociones y su funcionalidad en la situación actual del paciente, lo cual "despatologiza" la experiencia emocional y valida su derecho a "sentir". Se identifican las experiencias que pueden haber contribuido al desarrollo de la experiencia emocional personal, así como las que favorecen el desarrollo de estrategias de control improductivas.

- Validar la experiencia emocional. El terapeuta valida la emoción señalando su naturalidad, dadas sus circunstancias y la historia de vida del paciente, e identificando con él las posibles ventajas que pudiera tener la emoción y su expresión.

- Identificar las respuestas de control. Terapeuta y paciente identifican las características de su experiencia emocional, las situaciones que se asocian a su aparición y las estrategias que utiliza para lidiar con su malestar. Se analiza su efectividad a corto y largo plazo y se reflexiona sobre sus posibles efectos contraproducentes. Se identifican también las estrategias de control que pudieran presentarse durante la sesión terapéutica.

Las tácticas improductivas reciben el nombre de *estrategias de control* y se formulan como supuestos, reglas o creencias que hacen explícita la utilidad subjetiva que tienen para el paciente y sus consecuencias adversas a largo plazo. Las destrezas que permiten lograr objetivos y regular emociones se denominan *habilidades productivas* y se relacionan con la regulación emocional efectiva.

- Aceptar las emociones y desarrollar una actitud flexible hacia ellas. Al analizar las consecuencias de las estrategias de control se hace énfasis en el impacto que éstas han tenido en la calidad de vida del usuario, y se comparan los resultados con momentos donde éste se ha permitido sentir y ocuparse de algo mejor. Se señala que los intentos de control y la evitación emocional son el verdadero problema y que la aceptación emocional es la solución. Se utilizan metáforas y ejercicios de la terapia de aceptación y compromiso para ejemplificar la práctica de la aceptación. Se identifican conflictos para dejar ir las estrategias de control y se resuelven retomando el análisis de las consecuencias y contando metáforas.

- Sustituir estrategias metacognitivas improductivas. Las intervenciones de atención plena y metacognitivas pueden utilizarse para distanciarse de los pensamientos y sentimientos que confunden entre las interpretaciones emocionales de la realidad. Estas estrategias representan planes de procesamiento alternativo a sus estrategias de control metacognitivas que impiden la generación de

emociones secundarias. Se pueden programar experimentos para comprobar la fiabilidad de los supuestos metacognitivos.

- Fortalecer habilidades de regulación emocional. Comer balanceadamente, establecer buenos hábitos de sueño, ejercitarse, evitar sustancias que alteran el estado de ánimo, dedicarse a actividades que generan una sensación de maestría y satisfacción, así como las estrategias de acción opuesta contribuyen a disminuir la labilidad emocional, asimismo, constituyen un método para sustituir estrategias de control improductivas.

- Replantearse direcciones de vida. En esta fase, el terapeuta utiliza técnicas de clarificación de valores para reorientar al paciente hacia las metas personales que han sido desatendidas por apegarse a una agenda de control. Se plantean nuevos objetivos que contribuyen a desarrollar el autorrespeto y vivir de forma significativa. e utilizan estrategias de la terapia de activación conductual para identificar y programar actividades, imponerse metas a corto y mediano plazos, mantener el compromiso con las acciones planteadas y construir pautas de acción valoradas.

- Fortalecer las habilidades para cuidarse a sí mismo. El terapeuta puede entrenar en habilidades de afrontamiento como las habilidades sociales o de resolución de problemas para fortalecer la capacidad de mantener y aprovechar al máximo su dirección valorada.

- Reevaluar supuestos emocionales. En esta fase terapeuta y paciente colaboran para hacer un resumen de los supuestos que dirigían las estrategias de control inefectivas, y se analiza su credibilidad a la luz de las evidencias. De encontrarse supuestos residuales se pueden hacer experimentos conductuales o metacognitivos para refutar su credibilidad.

- Reevaluar supuestos personales. Se utilizan estrategias centradas en el esquema para cuestionar los supuestos personales del paciente. Usualmente se utiliza el modelo de prejuicio de Padesky para presentar el concepto de esquema y se cuestiona con diarios de evidencia contraria y refutación histórica.

- Prepararse para la vida fuera de la terapia. Paciente y terapeuta colaboran para hacer un resumen del proceso terapéutico. Se usan metáforas para presentar los conceptos de prepararse para los resbalones y prevenir recaídas y se desarrollan planes de mantenimiento de acción valorada y afrontamiento efectivos. Se programan sesiones de seguimiento y por último se finaliza la terapia

Importancia dada a la relación terapéutica

En este modelo la relación terapéutica no es uno de los focos principales.

Referencias bibliográficas complementarias

Andrews, G. (1990). Classification of neurotic disorders. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 83,606-607.

Andrews, G. (1996). Comorbidity in neurotic disorders: The similarities are more important than the differences. In R. M. Rapee (Ed.), *Current controversies in the anxiety disorders*. New York: The Guilford Press.

Barlow. D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford Press.

Barlow, D. H. (2004). Psychological treatments. *American Psychologist*, 59(9), 869-878. doi: 10.1037/0003-066X.59.9.869

- Barlow, D. H., Boisseau, C.L., Ellard, K. K., Farchione, T. J., y Fairholme, C. P. (2009). *Unified protocol for the treatment of emotional disorders: Modular Version 3.0*. Unpublished treatment manual.
- Barlow, D. H., Ellard, K. K., Fairholme, C. P., Farchione, T., Boisseau, C. L., Allen, L. B., y Ehrenreich-May, J. (2011). *The unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: Client workbook*. New York: Oxford University Press.
- Barlow, D. H., Farchione, T., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L. B., & Ehrenreich-May, J. (2011). *The unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*. New York: Oxford University Press.
- Barlow, D. H. & Boisseau, C. L. (2011). Unified protocol. *Perspectives: A Professional Journal of the Renfrew Center Foundation*, 1-4.
- Belloch, A. (2012). Propuestas para un enfoque transdiagnóstico de los trastornos mentales y del comportamiento. Evidencia, utilidad y limitaciones. *Revista de psicopatología y psicología Clínica*, 17(3), 295-311.
- Boisseau, C. L., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K. y Barlow, D. H. (2010). The development of the Unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17(1), 88-101.
- Clark, D. a. (2009). Cognitive behavior therapy for anxiety and depression: possibilities and limitations of a transdiagnostic perspective. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38, 29-34.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behaviour*. New York: Guilford Press.
- Ellard, K. K., Fairholme, C. P., Boisseau, C. L., Farchione, T., & Barlow, D. H. (2010). Unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: Protocol development and initial outcome data. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17(1), 102-113.
- Farchione, T. J., Boisseau, C. L., Ellard, K. K., Fairholme, C. P., & Barlow, D. H. (2009). Applications and development of a transdiagnostic unified psychosocial treatment for emotional disorders. *Psychiatric Times*, 26(7), 1-4.
- Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R., Gallagher, M. W. y Barlow, D. H. (2012). The Unified Protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: A randomized control trial. *Behavior Therapy*, 43, 666-678.
- Sandin, B. (2012). Transdiagnóstico y psicología clínica: introducción al número monográfico. *Revista de psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 181-184.
- Tyrer, P.J. (1989). *Classification of neurosis*. Chichester, England: Wiley.

TERAPIA INTERPERSONAL PSICODINÁMICA BREVE

Autores principales: Alessandra Lemma, Mary Target y Peter Fonagy.

Referencia bibliográfica principal:

Lemma A., Target M., Fonagy P. (2011). *Brief Dynamic Interpersonal Therapy. A clinician's guide*. New York: Oxford University Press.

Indicaciones terapéuticas

En base a la recomendación del *National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)*, es una opción a considerar para pacientes con trastornos depresivos que, o bien no han respondido a intervenciones cognitivo-conductuales, o bien optan explícitamente por un enfoque psicodinámico.

Descripción y conceptos teóricos principales

La Terapia Interpersonal Psicodinámica Breve es una terapia de tiempo limitado que utiliza técnicas de apoyo y expresivas y que otorga gran importancia a la mentalización.

A nivel teórico, esta terapia se asienta sobre sólidas conceptualizaciones de gran relevancia para comprender la depresión desde un punto de vista psicoanalítico, destacando especialmente la Teoría del Apego, la Teoría de las Relaciones Objetales y el Psicoanálisis Interpersonal de Sullivan.

En este sentido, esta psicoterapia se asienta sobre supuestos teóricos similares a los que configuran las bases de otros enfoques breves de orientación dinámica. A saber:

- La conducta está determinada por procesos inconscientes.
- Las influencias internas y externas moldean los pensamientos y sentimientos, por lo que configuran nuestra percepción sobre nosotros mismos en las relaciones con los otros.
- Las estrategias interpersonales y los modos de relación del adulto se han generado durante la infancia, particularmente, en el entorno familiar.
- Los procesos inconscientes como defensas o identificaciones (procesos proyectivos e introyectivos) se encuentran en la base de la experiencia subjetiva relacional.
- Pensar la conducta y la experiencia emocional en términos de estados mentales tiene importantes efectos terapéuticos.
- La terapia debe focalizarse en las relaciones actuales del paciente, incluyendo la relación con el terapeuta.

Más concretamente, por lo que al trastorno depresivo se refiere, la Terapia Interpersonal Psicodinámica Breve, entiende los síntomas depresivos como respuesta a dificultades interpersonales/amenazas percibidas en los apegos (pérdida/separación) y, consecuentemente, importantes amenazas para el *self*. En este sentido, la depresión se conceptualiza en términos de una desorganización temporal del sistema de apego desencadenada por problemas relacionales actuales, lo cual genera una serie de distorsiones en pensamientos y sentimientos características del proceso depresivo. Por este motivo, desde este modelo, se postula que una terapia eficazmente orientada a mejorar el mundo interpersonal, será efectiva en la mejora del cuadro sintomatológico de la depresión mayor. Y con este objetivo, este enfoque enfatiza especialmente la importancia de trabajar las disfunciones en la cognición interpersonal implicadas en un modo distorsionado e inadecuado de comprender los pensamientos y sentimientos del otro (capacidad de mentalización). Este especial interés por abordar este aspecto, es consistente con la reciente evidencia empírica de que los pacientes con trastornos depresivos tienen déficits en la *Teoría de la Mente*. Así mismo, este enfoque terapéutico asume que estos fallos en la mentalización en pacientes

depresivos, están particularmente relacionados con determinados patrones de interacción, configurados mediante experiencias de la infancia reales o fantaseadas. En esta misma dirección, cabe destacar también la fuerte relación hallada entre apego inseguro y vulnerabilidad a la depresión.

Finalmente, en base a lo expuesto, se plantea que los dos grandes objetivos de esta terapia son:

a) Ayudar al paciente a comprender la conexión entre su sintomatología y su mundo relacional, identificando un patrón relacional inconsciente y repetitivo, el cual será considerado foco terapéutico. Más concretamente, se trata de identificar el llamado *IPAF (Interpersonal and Affective Focus)*, por lo que la terapia tiene en todo momento un doble componente: Interpersonal y Afectivo.

b) Fomentar la capacidad del paciente para reflexionar sobre los estados mentales propios y ajenos (capacidad de mentalización) y, de este modo, incrementar su habilidad para gestionar dificultades interpersonales.

Formato de la terapia. Sesiones

Se trata de una terapia de tiempo limitado, la cual se desarrolla a lo largo de 16 sesiones, proponiéndose la siguiente organización orientativa:

Fase inicial (sesiones 1-4): Se trata de una fase de evaluación y de vinculación terapéutica, en la que se trabaja para identificar normalmente un patrón interpersonal inconsciente que pudiera estar relacionado con el inicio/mantenimiento del cuadro depresivo, lo cual constituirá el foco principal del proceso terapéutico.

Fase intermedia (sesiones 5-12): Esta fase está guiada por el patrón interpersonal detectado y se trabaja sobre él, con el objetivo de encontrar nuevos modos más adaptativos de enfrentarse al mundo interpersonal.

Fase de finalización (sesiones 13-16): Las últimas cuatro sesiones se están pensadas para ayudar al paciente a explorar la experiencia afectiva y el significado inconsciente de la terminación de la terapia, así como revisar logros y anticipar potenciales dificultades futuras (prevención de recaídas).

Técnicas principales y descripción de las mismas aplicadas a la Terapia:

Algunas cuestiones principales a considerar en la implementación técnica de este enfoque son:

- Se focaliza en el aquí-ahora: Se mantiene el foco en el funcionamiento interpersonal del paciente en el momento presente, tanto en su vida cotidiana fuera de la consulta como durante la sesión terapéutica. Para ello, es importante un seguimiento constante y detallado del estado emocional del paciente durante la sesión (“¿cómo se siente en *este momento*?”), así como hacer devoluciones al paciente sobre esta información, con el objetivo de ayudarlo a reconocer sus propios sentimientos, diferenciar lo que *se siente* de lo que *se hace* y cómo estos elementos se relacionan, lo cual puede facilitar el auto-conocimiento y la capacidad para tomar conciencia sobre las motivaciones atribuidas a los otros (por ejemplo: “cuando me siento angustiado, evito estar contigo – faltó a la sesión anterior - porque pienso que me encuentras aburrido e inútil”). Por otro lado, es fundamental focalizarse en la exploración de las dificultades actuales del paciente (más que centrarse en establecer relaciones con sus orígenes en la infancia). De este modo, el paciente puede sentir que está trabajando en dificultades que está viviendo en el momento presente y sobre las que puede ejercer algún tipo de cambio.

- Se focaliza en la mente del paciente: Una característica distintiva de este enfoque es que plantea la exploración de los patrones interpersonales problemáticos, no desde el análisis de la conducta del

paciente con los otros, sino poniendo en foco constantemente en los estados mentales (creencias, sentimientos, deseos, pensamiento...) de él mismo y de los otros. Por ello, un objetivo primordial de esta terapia es proporcionar al paciente experiencias en las que éste sienta que está con una persona que tiene interés en *pensar con él* sobre lo que le perturba y, de este modo, estimular su capacidad para reflexionar sobre su propia experiencia.

- **Técnicas:** El terapeuta interviene para generar, clarificar y elaborar la información relevante a nivel interpersonal. Para ello, es clave ayudar al paciente a mantener el foco en el patrón interpersonal y afectivo (*IPAF*) con el que se haya acordado trabajar durante la fase evaluación. En este sentido, se sugiere la utilización de los siguientes tipos de técnicas:

a) *De apoyo:* La escucha empática y reflexiva es un componente crucial para la aplicación de este enfoque. Sin embargo, esto no significa que el terapeuta muestra conformidad con todo lo que el paciente dice, pudiendo ser también útil la confrontación también en determinados momentos. Otro aspecto a considerar es el grado de utilización de las técnicas de apoyo, en función de la severidad del trastorno y del grado de deterioro del paciente. Es decir, el paciente menos deteriorado y con mejor funcionamiento pre-mórbido, probablemente requiera menos utilización de este tipo de técnicas de apoyo para apuntalar y reforzar su funcionamiento en el día a día, pudiendo beneficiarse en mayor medida de las técnicas de tipo expresivo. Por tanto, es esencial la aplicación flexible del modelo, manteniendo en todo momento un balance entre técnicas de apoyo y expresivas.

b) *Expresivas:* Se trata de las clásicas técnicas analíticas, como la clarificación, la confrontación y la interpretación, siendo especialmente importante la utilización de éstas con el objetivo de facilitar al paciente el poner palabras a sus experiencias internas. Así mismo, el terapeuta debe utilizar el significado de sus propias reacciones emocionales ante el paciente para facilitar esta exploración.

c) *Directivas:* Como en cualquier enfoque analítico, el terapeuta debe hacer un uso del silencio para permitir la emergencia del flujo de asociaciones en la mente del paciente; sin embargo, considerando que se trata de una terapia breve, en este caso se sugiere que el terapeuta adopte un rol más directivo que en una terapia analítica de larga duración. Por este motivo, puede ser de interés recurrir a determinadas técnicas directivas, especialmente durante la fase intermedia del tratamiento, por ejemplo, animándole a intentar nuevos modos de afrontar conflictos interpersonales.

Importancia de la relación terapéutica:

La relación terapéutica juega un papel crucial en este enfoque, pues se recurre continuamente a ésta para ayudar al paciente a explorar los patrones interpersonales y afectivos en el aquí-ahora. Por este motivo, resulta fundamental el trabajo mediante interpretaciones de la transferencia, animando activamente al paciente a discutir y analizar conjuntamente pensamientos y sentimientos que le genera la relación con el terapeuta en el momento presente y, al mismo tiempo, qué cree que el terapeuta puede estar sintiendo o pensando respecto a la relación.

Referencias bibliográficas complementarias

- Abbass, A.A., Hancock, J.T., Henderson, J., y Kisely, S. (2006). Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 18(4). Article No. CD004687. DOI: 10.1002/14651858.CD004687.pub3.
http://www.istdp.ca/docs/cochrane_review_2006.pdf
- Allen, J., Fonagy, P., y Bateman, A. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. Washington DC: American Psychiatric Press.

- Bifulco, A., Moran, P.M., Ball, C., y Bernazzani, O. (2002a). Adult attachment style. I: Its relationship to clinical depression. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 37, 50-59.
- Driessen, E., Cuijpers, P., de Maat, S.C.M., Abbass, A.A., de Jonghe, F., & Dekker, J.J.M. (2010). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30 (1), 25-36.
- Fonagy, P. (2010). The changing shape of clinical practice: A comprehensive narrative review. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 24 (1), 22-43.
- Goodyer, I.M., Tsancheva, S., Byford, S., Dubicka, B., Hill, J. et al. (2011). Improving mood with psychoanalytic and cognitive therapies (IMPACT): a pragmatic effectiveness superiority trial to investigate whether specialised psychological treatment reduces the risk for relapse in adolescents with moderate to severe unipolar depression: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 12 (175), 1-12. DOI: 10.1186/1745-6215-12-175. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3148993/pdf/1745-6215-12-175.pdf>
- Leichsenring, F., Rabung, S., y Leibing, E. (2004). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: A meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 61(12), 1208-1216.
- Lemma, A. (2003). *Introduction to the practice of psychoanalytic psychotherapy*. Chichester: Wiley.
- Lemma, A., Roth, A., y Pilling, S. (2008). *The competences required to deliver effective psychoanalytic/psychodynamic therapy*. www.ucl.ac.uk/CORE.
- Lemma, A., Target, M., y Fonagy P. (2010). The development of a brief psychodynamic protocol for depression: Dynamic Interpersonal Therapy (DIT), *Psychoanalytic Psychotherapy*, 24(4), 329-346.
- Sattel, H., Lahmann, C., Gündel, H., Guthrie, E., Kruse, J. et al. (2012). Brief psychodynamic psychotherapy for patients with multisomatoform disorder: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 100, 60-67. DOI: 10.1192/bjp.bp.111.093526
- Shedler J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65 (2), 98-109. DOI: 10.1037/a0018378