



# I Congreso Virtual Internacional de Psicología

*del 15 marzo al 14 de abril de 2017*

## **NUEVO RUMBO DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA: TERAPIAS DE TERCERA GENERACIÓN, DEL CAMBIO CONDUCTUAL A LA ACEPTACIÓN**

Dolores Pineda Tenor

[loli.pineda.tenor@gmail.com](mailto:loli.pineda.tenor@gmail.com)

### **RESUMEN**

Las teorías psicológicas así como los enfoques terapéuticos han ido evolucionando, según Krasner (1990), pudiendo subdividirse en una primera ola orientada a técnicas de modificación de conducta, seguida de una segunda ola en la que se ha prestado más atención a la influencia de las cogniciones en el desarrollo de trastornos mentales, siendo éstas por tanto el foco de los tratamientos psicológicos. Actualmente existe cierto consenso en reconocer el nacimiento de una tercera ola, cuyas terapias adscritas son conocidas bajo el nombre de Terapias de Tercera Generación. Entre ellas se incluyen la Terapia Dialéctico Conductual, la Terapia de Aceptación y compromiso, La hipnosis Clínica y el EMDR. El objetivo de este trabajo es abordar las características comunes que tienen estas nuevas terapias, incluyendo técnicas como el Mindfulness, así como describir aquellos aspectos diferenciales y las distintas aplicaciones terapéuticas a las que se orientan cada una de ellas.

### **INTRODUCCIÓN**

La psicología, como cualquier disciplina científica encargada de promover la salud, se encuentra en un proceso de continuo cambio con el objetivo de obtener tratamientos eficaces orientados a promover el bienestar y la estabilidad psíquica de pacientes que sufren algún trastorno mental o síntomas psicopatológicos generadores de malestar subjetivo.

Las terapias incluidas en las dos primeras olas de desarrollo de los tratamientos psicológicos (terapias conductuales y cognitivas) comparten un proceder clínico común, orientarse al cambio directo de la conducta. La primera ola se caracterizaba por su carácter empírico y experimental y por el cambio de la conducta a partir del manejo directo de los antecedentes o consecuentes de la conducta. La segunda ola por su parte se centró en cambiar los procesos cognitivos mediadores entre los estímulos o antecedentes de la conducta así como la conducta misma.

Situamos el inicio de la tercera ola a finales de los años 80, pudiendo considerar su acta de nacimiento los trabajos de S. Hayes en 2004 (Hayes, 2004) quien define la tercera ola de terapias como un movimiento que reformula y sintetiza los postulados de las generaciones anteriores en terapia conductual y cognitiva, cuestionando estas tradiciones para lograr mejores

## **NUEVO RUMBO DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA: TERAPIAS DE TERCERA GENERACIÓN, DEL CAMBIO CONDUCTUAL A LA ACEPTACIÓN**

resultados. Según Ôst (2008) las terapias de la tercera ola comparten algunas características y difieren en otras. Entre las características comunes se encuentran: el uso de mindfulness, trabajar la aceptación, la importancia de los valores que el paciente tiene para su vida y la relación terapéutica. En contraste con las terapias basadas en el cambio conductual, las terapias que utilizan mindfulness y pretenden lograr la aceptación cultivan una relación distinta con el síntoma, las emociones, las sensaciones o los pensamientos desagradables o distorsionadores, aceptándolos como fenómenos mentales que aparecen y desaparecen (Germer, 2005). Mientras que en las terapias cognitivas el procesamiento cognitivo (la forma en que interpretamos los eventos) constituye el foco principal de la intervención orientada a modificar la conducta, en los modelos denominados de tercera ola no se trata tan enfáticamente de cambiar la forma en que interpretamos lo que nos rodea, sino de ser conscientes y aceptar los pensamientos como fenómenos mentales independientemente de su contenido concreto.

### **¿QUÉ ES MINDFULNESS?**

Nuestra mente posee el hábito de reaccionar, siempre está reaccionando: captura un estímulo (ej: un agravio, recuerdo desagradable) y responde (ej: ofendiendo, intentando eliminarlo). Parece no haber espacio en medio; entre el estímulo y la respuesta. En ese reaccionar no hay consciencia, no hay discriminación del proceso entre las relaciones conducta-conducta (entre pensar, sentir y hacer; establecidas arbitrariamente en la historia de la persona). En cierto sentido, hay esclavitud. Es como una marioneta controlada por los hilos del pensamiento y por los hilos de las emociones. Simplemente: observémonos a nosotros. Mindfulness implica ver el proceso, ser consciente de él; practicar mindfulness es generar un espacio entre los estímulos (externos e internos) y las respuestas (externas e internas), creando entre ambos un tiempo para responder más adecuadamente, más habilidosamente, aportando con ello cierta libertad (Mañas, 2009).

Un aspecto clave es que este reaccionar automatizado o impulsivo de la mente, está basado fundamentalmente en un movimiento dicotómico, cuya base es puramente hedonista: ante algo agradable (ej: agua o comida si estamos privados de ella o una sensación de bienestar) reacciona aproximándose, acercándose para intentar conseguirlo, mantenerlo o tener más cerca; y, por el contrario, evitar una estimulación aversiva (ej: quemarnos con el fuego o recordar la muerte de un pariente) reacciona alejándose, evitando o escapando para eliminarlo y no estar en contacto con ello. Estaríamos hablando de dos tipos de contingencias: reforzamiento positivo y negativo respectivamente; que pueden aplicarse al campo de la mente y el pensamiento y no sólo al de la conducta observable (Mañas, 2006). Esto puede ser adaptativo, pero lo cierto es que en muchos casos genera sufrimiento. Mindfulness genera autoconocimiento en torno a este proceso y habilidades (o un repertorio conductual) para neutralizarlo y responder de un modo más efectivo.

## **NUEVO RUMBO DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA: TERAPIAS DE TERCERA GENERACIÓN, DEL CAMBIO CONDUCTUAL A LA ACEPTACIÓN**

A través de la práctica del Mindfulness se desarrolla la habilidad de permanecer presentes con una ecuanimidad inalterable ante toda experiencia o estimulación (tanto agradable como desagradable, de origen interno como externo), por lo que la mente deja de responder con avidez y aversión (aproximándose y alejándose), permaneciendo inmóvil, atenta, calma y serena (Mañas, Gómez, Sánchez, Fernández y Franco 2008). Se trata de entrenarnos en diferenciarnos de nuestros pensamientos y emociones, de no dejarnos arrastrar por ellos, de dejar de reaccionar; se trata de permitirnos simplemente estar, simplemente ser.

Hace unos 2.500 años, se alcanzó una cima en esta práctica, concretamente en la figura de Siddharta Gautama (el Buda Shakyamuni), que fue el iniciador de una tradición religiosa y filosófica ampliamente extendida por todo el mundo (el budismo) y cuya piedra angular es, precisamente, la práctica de mindfulness.

Mindfulness es una cualidad de la mente o más bien la capacidad intrínseca de la mente de estar presente y consciente en un momento determinado, en un momento en que cuerpo y mente se sincronizan totalmente en un instante de realidad presente. Es una cualidad propia de cualquier ser humano pero que ha sido motivo de estudio principalmente en el paradigma oriental.

La experiencia de mindfulness se devela y se entrena en una disciplina o práctica llamada meditación.

La práctica de meditación proviene de tradiciones milenarias que ponen énfasis en la legitimidad de la propia experiencia como fuente válida de conocimiento. La práctica se basa en entrenar el estar presente y consciente en cada momento de nuestra vida; acoger cualquier cosa que surja en nuestra experiencia, amorosamente y sin juicio; abrir el corazón para aceptarnos a nosotros mismos y permitir que surja la compasión por los demás. Nos permite recorrer el camino de nuestra vida y desempeñar nuestra labor en ella con el corazón abierto y la mente despierta.

En la actualidad existen ya diversas técnicas terapéuticas surgidas en la psicología occidental, en las que mindfulness juega un papel destacado. Las más conocidas son: La reducción del estrés basada en mindfulness (MBSR: Kabat-Zinn, 2003); la terapia cognitiva basada en mindfulness (MBCT: Segal, Williams, Teasdale, 2002); la terapia de aceptación y compromiso (ACT: Hayes, Strosahl y Houts, 2005) y la terapia dialécticoconductual (DBT: Linehan, 1993; García Palacios, 2006), utilizada en el tratamiento del trastorno límite de personalidad (Simon, 2007).

Muchos autores han definido mindfulness de distintos modos. Algunas de estas definiciones son:

“Prestar atención de manera particular, como propósito, en el momento presente y sin juicios mentales” (Kabat Zinn, 1994).

“La capacidad humana universal y básica, que consiste en ser conscientes de los contenidos de la mente, momento a momento” (Simón, 2007)

“Conciencia Plena es mantener viva la consciencia en la realidad presente”. (Hanh, 1976).

## **NUEVO RUMBO DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA: TERAPIAS DE TERCERA GENERACIÓN, DEL CAMBIO CONDUCTUAL A LA ACEPTACIÓN**

A continuación describiremos los principios básicos de las terapias incluidas dentro de las denominadas Terapias de Tercera Generación.

### **LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT)**

La ACT es una forma de psicoterapia experiencial conductual y cognitiva basada en la teoría del marco relacional del lenguaje y la cognición humana, que aborda los trastornos psicológicos desde el conductismo skinneriano y postskinneriano en el contexto de la Teoría de los Marcos Relacionales (Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001). En dicho enfoque se pone énfasis en el papel de la evitación experiencial, la fusión cognitiva, la ausencia o debilitamiento de los valores y la rigidez e ineficacia conductual resultantes.

La teoría de los Marcos Relacionales (RFT) es una aproximación al estudio del lenguaje y la cognición humana manteniendo los principios del análisis de conducta. En este contexto se considera que gran parte de las capacidades humanas (la lógica, la creatividad, la abstracción, la solución de problemas, etcétera) vienen dadas en tanto que somos seres verbales, es decir, gracias al lenguaje hemos alcanzado los niveles de desarrollo que conocemos en amplias facetas de la vida social, cultural y científico-tecnológica. Se trata de una característica humana, no compartida por otros seres vivos. Sin embargo "la miseria humana puede ser entendida sólo en el contexto de los logros humanos, porque ambas comparten la misma fuente: la actividad humana simbólica...por ello debemos aprender a usar el lenguaje sin ser consumidos por él" (Hayes, et. al. 1999, pág. 1112). En otras palabras, el lenguaje también es la fuente de sufrimiento humano ya que nos permite establecer metas inalcanzables, juzgarnos como incapaces, construir futuros desoladores, y así un largo etcétera posibilidades de sufrimiento. En nuestro mundo actual impera un estilo de funcionamiento hedonista que insta a sentirse bien y evitar el sufrimiento como algo catalogado como inapropiado para vivir una vida plena. Cuando los eventos privados (pensamientos, emociones, creencias...etc) son vividos negativamente y la persona sólo sabe luchar contra ellos, en lugar de eliminarlos los hará más presentes, perpetuando un contexto de sufrimiento.

#### Trampas psicológicas generadas por el lenguaje

-Literalidad: Cuando se habla de literalidad al contenido cognitivo se trata de correspondencia entre dicho contenido y el resto del comportamiento de la persona, independientemente de las consecuencias que pueda tener sobre su vida. Por ejemplo una persona que tenga el siguiente pensamiento "hasta que no se me quite esto (en referencia a la sensación de malestar) y esté bien no voy a poder hacer lo que quiero". Si la persona muestra literalidad a este contenido, posiblemente paralice su vida, pierda motivación, habilidad, reconocimiento, etcétera, pudiendo desarrollar patrones de tipo depresivo, en tanto que ha establecido una condición que actúa como barrera de su conducta.

## **NUEVO RUMBO DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA: TERAPIAS DE TERCERA GENERACIÓN, DEL CAMBIO CONDUCTUAL A LA ACEPTACIÓN**

-Evaluación, comparación y categorización: una vez valoramos los hechos, nos relacionamos con lo ocurrido según su valoración. Por ejemplo si juzgamos negativamente una acción realizada por una persona esto condicionará la relación que mantengamos con ella en el futuro al menos a corto plazo. Por otro lado, al categorizar eventos los elementos de una clase comparten significados y se relacionan verbalmente con otros eventos en contextos de comparación, oposición, etcétera, que dividen y simplifican la realidad estableciendo categorías que nos permiten predecir características de grupo que atribuimos a las mismas.

El autoconocimiento puede significar evaluarnos y compararnos hasta el punto de relacionarnos con el mundo según nos hemos categorizado. Podemos considerarnos inútiles, incapaces o poco merecedores...y mostrar un patrón de comportamiento inhibido, sin iniciativa. Además, podemos luchar contra tales pensamientos (o sentimientos o recuerdos) pudiendo desenvocar en *el trastorno de evitación experiencial*, en el que la persona no está dispuesta a establecer contacto con sus experiencias privadas aversivas y se comporta deliberadamente para alterar la forma o frecuencia de dichas experiencias (Hayes et al., 1996). Dicho patrón conductual es efectivo a corto plazo ya que alivia la experiencia negativa, pero al acontecer de un modo crónico llega a producir una limitación en la vida de la persona. Paradójicamente, los intentos por suprimir sensaciones o pensamientos aversivos aumentan la persistencia de tales sensaciones o pensamientos, es decir, al tratar de suprimir los pensamientos se produce una suerte de efecto rebote (Wenlaff y Wegner, 2000) que aumenta la frecuencia de tales pensamientos.

Ser conscientes de experiencias privadas adversas es la consecuencia natural del lenguaje. Los pacientes pasan mucho tiempo evaluando su estado, si son felices, si han fracasado en la vida o han tenido éxito, etcétera. Se esfuerzan por controlar su estado psicológico, por estar tranquilos, y en el intento pierden el control de su propia vida. Todas las experiencias tienen un "pero", una evaluación que las infravalora o las distorsiona, su impacto se magnifica por la constante actividad verbal que las envuelve, lo que las hace estar constantemente presentes.

La evitación de las experiencias internas que han sido calificadas como aversivas se sitúa a la base de los trastornos psicopatológicos. Por el contrario, estar abierto a contactar con dichas experiencias será el objetivo al que se debe orientarse la terapia, en concreto la ACT, para el restablecimiento del bienestar psíquico.

La terapia de aceptación y compromiso trata por tanto de debilitar patrones de literalidad del lenguaje comentados previamente así como minimizar los efectos de la fusión cognitiva. Esta fusión se refiere a que los pensamientos y reacciones emocionales de la persona llegan a formar parte de su identidad, siguiendo literalmente las instrucciones de su pensamiento. Reducir la fusión o identificación con el pensamiento va a tener como objetivo promover la comprensión del paciente de que sólo se trata de eventos que suceden en nuestro psiquismo pero que podemos cuestionar y elegir si cedemos o no a sus reglas y contenidos (ej. Si pienso que soy un inútil debatir su veracidad no aceptándolo por el simple hecho de acontecer en nuestro

## **NUEVO RUMBO DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA: TERAPIAS DE TERCERA GENERACIÓN, DEL CAMBIO CONDUCTUAL A LA ACEPTACIÓN**

pensamiento). Para ello desde ACT se utilizan ejercicios experienciales, metáforas y paradojas para favorecer el trabajo terapéutico y el acercamiento a un nuevo modo de relacionarse con los contenidos psíquicos. En el caso particular de los ejercicios experienciales, su objetivo es permitir que la persona se exponga a los pensamientos y emociones que le resultan angustiosos, en un contexto de seguridad, pudiendo observar tales experiencias al tiempo que se producen, notando la tendencia a escapar, la evolución de tales experiencias si se les permite que ocurran sin luchar contra ellas y sin tratar de controlarlas. También se trabaja en terapia el intento de *control* de los eventos privados, no como una solución sino como un mecanismo mantenedor del problema, explicando con la ayuda de metáforas el efecto paradójico que produce la evitación experiencial incrementando su aparición. Finalmente una parte importante de la intervención será la identificación de los *valores* del paciente para establecer sus objetivos vitales y promover un compromiso con aquello que es importante en su vida. Estos valores requieren un compromiso por parte del paciente que deben orientarle a la acción a pesar de los obstáculos que puedan ir apareciendo. Esta fase de la terapia se aborda mediante la misma metodología experiencial que favorezca la toma de conciencia y el descubrimiento de nuevos significados por parte del paciente.

### **TERAPIA DIALÉCTICO CONDUCTUAL (DBT)**

Esta terapia ha sido diseñada específicamente por Linehan para el tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), siendo el principal objetivo modular la intensa desregulación emocional que padecen dichos pacientes.

El DSM-IV (APA, 2000), describe el TLP como un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad y una notable impulsividad, que comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos (pág. 760). Este patrón se traduce en una elevada reactividad del estado de ánimo, impulsividad extrema, comportamientos recurrentes de automutilación o suicidio, pensamientos y actitudes ambivalentes hacia los demás y hacia sí mismo, relaciones interpersonales caóticas e intensas, sentimientos de vacío y aburrimiento (Caballo, Gracia, López-Gollonet y Bautista, 2009).

Según Gunderson (2010) las áreas problemáticas a abordar en este trastorno serían las siguientes:

*-Desregulación emocional:* estos pacientes presentan una alta sensibilidad y reactividad emocional, sufriendo frecuentemente episodios depresivos, de ansiedad e ira. Reaccionan de forma muy intensa y les cuesta retornar al estado de calma. Sus estados emocionales son intensos y cambiantes.

*-Descontrol comportamental:* Dificultad en el control de impulsos y conductas autoagresivas (autolesiones e intentos autolíticos). Esta área está íntimamente vinculada a la desregulación emocional, realizando actos autodestructivos con el fin de aliviar el malestar afectivo que les

## **NUEVO RUMBO DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA: TERAPIAS DE TERCERA GENERACIÓN, DEL CAMBIO CONDUCTUAL A LA ACEPTACIÓN**

desborda. La impulsividad puede manifestar como consumo de tóxicos, promiscuidad o implicación en conductas de riesgo.

*-Hipersensibilidad interpersonal:* Relaciones intensas y dicotómicas, pasando de la idealización al odio con relativa facilidad. Sufren un intenso miedo al abandono.

*-Alteraciones de la identidad:* Aquí se incluyen sentimientos crónicos de vacío, incertidumbre con su propio autoconcepto, identidad sexual, imagen corporal y pérdida de autodirección en cuanto a establecimiento de objetivos vitales. Se producen síntomas cognitivos graves en relación a crisis emocionales como los estados disociativos o la ideación paranoide.

El modelo de Linehan asume que el trastorno límite de la personalidad constituye una disfunción del sistema de regulación emocional producto de la interacción entre irregularidades biológicas en el paciente que le impiden un manejo apropiado de sus reacciones emocionales, y un ambiente invalidante que ha sido incapaz de ayudarlo en la gestión eficaz de sus afectos en edades tempranas.

La DBT (Dialectical Behavior Therapy) está sustentada en una perspectiva dialéctica. Linehan incluye esta perspectiva en su programa terapéutico tras la constatación de la utilidad de las técnicas paradójicas con los pacientes límite. Entre estas técnicas se incluían exagerar las conclusiones absolutistas del paciente hasta caer en el absurdo, un énfasis en la aceptación, combinado con la promoción del cambio y una alternancia entre un estilo terapéutico confortador y un estilo irreverente y confrontador (Linehan 1993).

### Programa de tratamiento

La DBT incluye principios de la terapia de conducta, la filosofía dialéctica y la práctica Zen. El objetivo principal es la validación de las capacidades del paciente y el entrenamiento de habilidades con el fin, por una parte, de que aprenda a modular la emocionalidad extrema y se reduzcan las conductas desadaptativas dependientes del estado de ánimo, y, por otra, que el individuo aprenda a confiar y validar sus propias experiencias, emociones, pensamientos y conductas. La finalidad de esta terapia es que la persona no sólo aprenda a sobrevivir, sino a tener una vida que valga la pena ser vivida (Lynch, Trost, Salsman y Linehan, 2007). Linehan, a diferencia de la terapia cognitivo-comportamental clásica que se centraba en conseguir la resolución de problemas emocionales a través del cambio comportamental y cognitivo, pone sin embargo el énfasis en la aceptación y la validación, para desde ahí, conseguir la reducción de los síntomas clínicos. Se trata de crear un contexto de validación, es decir, reconocer y validar las capacidades, creencias, emociones y recursos que posee el paciente como punto de partida para cambiar los aspectos desadaptativos que convierten su vida en un caos.

### *Modos de aplicación de la DBT:*

- **1. Terapia individual:** se le asignará un terapeuta de referencia y las sesiones tendrán una periodicidad semanal, con una duración aproximada de 60 minutos.



## NUEVO RUMBO DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA: TERAPIAS DE TERCERA GENERACIÓN, DEL CAMBIO CONDUCTUAL A LA ACEPTACIÓN

- *2. Entrenamiento en habilidades:* Como complemento a la terapia individual se utiliza un formato de terapia grupal con el objetivo de entrenar en habilidades (regulación emocional, tolerancia al malestar y eficacia interpersonal). Las sesiones se aplican a razón de una por semana con una duración de 2 horas y media. El grupo consta de 6 a 8 pacientes y de 2 terapeutas.
  
- *3. Generalización de habilidades:* El objetivo es que el paciente pueda integrar las habilidades aprendidas en situaciones de su vida cotidiana. Esto se traduce en la utilización de consultas telefónicas o mediante otro medio a distancia (p.ej., email) entre sesiones. Esas consultas tienen como objetivo ayudar al paciente a practicar las habilidades en situaciones naturales.
  
- *4. Reuniones del equipo terapéutico:* En la DBT se hace un énfasis especial en realizar sesiones clínicas semanales de todo el equipo. En ellas cada miembro recibe supervisión y recomendaciones por parte de los demás miembros y se toman decisiones sobre el desarrollo de la terapia. Además, sirven para reducir el *burnout* de los terapeutas y mejorar la empatía y la validación hacia los pacientes.

El entrenamiento en habilidades se hace fundamental ya que los individuos que sufren TLP presentan un déficit importante en destrezas de modulación emocional, cognitiva, comportamental y carencias en cuanto a eficacia interpersonal. El entrenamiento en habilidades se realiza utilizando dos formatos: el grupo, en el que se entrena y se practican las habilidades, y el tratamiento individual en el que se profundiza de forma personalizada la aplicación de las destrezas ante situaciones específicas de la vida de los pacientes.

Metas del entrenamiento en habilidades:

REDUCIR	AUMENTAR
<p>Caos interpersonal</p> <p>Labilidad emocional</p> <p>Impulsividad</p> <p>Disfunción cognitiva</p> <p>Confusión sobre la identidad</p>	<p><b>Aceptación:</b></p> <p>Habilidades de toma de conciencia</p> <p>Habilidades de tolerancia del malestar</p> <p><b>Cambio:</b></p> <p>Habilidades de eficacia interpersonal</p> <p>Habilidades de regulación emocional</p>



## **NUEVO RUMBO DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA: TERAPIAS DE TERCERA GENERACIÓN, DEL CAMBIO CONDUCTUAL A LA ACEPTACIÓN**

Las estrategias de *mindfulness* se practican durante todo el entrenamiento en habilidades como un requisito previo para entrenar las otras estrategias. En la DBT se transmite a los pacientes la idea de que la meta fundamental es que aprendan a tomar control de sus mentes y no que sus mentes les controlen. Se trata de adoptar una actitud de contemplación de nuestras experiencias en el momento presente, dándonos la oportunidad de conocerlas y aceptarlas y no realizar juicios de valor sobre las mismas de forma impulsiva y dependientes del estado de ánimo. Que el paciente sea capaz de tomar conciencia de sus experiencias es un primer paso para, por una parte, validar lo adaptativo y, por otra, reemplazar los comportamientos disfuncionales por nuevas formas de sentir, pensar o comportarse que sean más beneficiosas.

### **DESENSIBILIZACIÓN Y REPROCESO POR EL MOVIMIENTO DE LOS OJOS (EMDR)**

El método de Desensibilización y Reprocesamiento mediante movimientos oculares o EMDR (Eyes Movement Desensitization and Reprocessing) es una psicoterapia integrada reconocida por la APA (American Psychological Association) desde 1998 como método de elección eficaz para el tratamiento del trastorno de estrés postraumático (TEPT).

El TEPT se produce cuando una persona vive o es testigo de un suceso potencialmente mortal, o que suponga un peligro para su integridad física o emocional o la de otra persona, reaccionando con miedo, vulnerabilidad y horror intensos. Lo vivido como traumático dificulta la integración del pasado en el presente, experimentando la misma hiperactivación fisiológica propia de la ansiedad ante dicho suceso, tal como si volviera a encontrarse expuesto a esa situación del pasado en el momento actual.

EMDR es un modelo psicoterapéutico que permite acceder a los sucesos vitales perturbadores que resultaron traumáticos, pero también a los disparadores actuales y las experiencias futuras proyectadas y reprocesarlas con una resolución adaptativa (Shapiro, 2001). Este enfoque se basa en el recuerdo de las experiencias traumáticas que han contribuido al desarrollo de los síntomas que presenta el paciente, siendo el recuerdo el elemento central de la terapia. En este sentido, se trabaja con todos los aspectos de la experiencia traumática, incluyendo imaginación, creencias, afecto y sensaciones corporales, empleando también la estimulación dual de la atención a través de los movimientos oculares o de la estimulación bilateral táctil o auditiva.

Este abordaje terapéutico está guiado por el *modelo de procesamiento adaptativo de la información* (PAI) que desarrolló la autora del mismo para contextualizar el procedimiento. Este sistema de reprocesamiento adaptativo consigue que los recuerdos traumáticos se reprocesen, traduciéndose en cambios positivos en el afecto, creencias, sensaciones corporales y otros indicadores de los elementos del suceso almacenados en la memoria. Se aprende la utilidad de la experiencia, se almacena la emoción apropiada y se encamina de forma adecuada al paciente en el futuro. El protocolo del tratamiento completo involucra dianas de eventos pasados, presentes y futuros y se estructura en 8 fases de tratamiento que se abordan desde la

## **NUEVO RUMBO DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA: TERAPIAS DE TERCERA GENERACIÓN, DEL CAMBIO CONDUCTUAL A LA ACEPTACIÓN**

conceptualización del caso y la planificación del tratamiento hasta la resolución adaptativa y la capacitación del suceso a afrontar de forma adaptativa las situaciones presentes y futuros retos.

En cuanto a los factores traumáticos la Dra. Shapiro distingue entre la "T" mayúscula y la "t" minúscula (2001). Cuando escuchamos la palabra trauma tendemos a pensar en sucesos provocados por el hombre o desastres naturales graves (agresiones, muerte, incendios, accidentes, inundaciones, terremotos, etc.), lo que supondría traumas con "T". Pero también están el otro tipo de traumas con "t" que pueden ser más sutiles o pasar desapercibidos desde el exterior, pero que también suponen un impacto sobre las creencias que la persona tiene sobre sí misma, sobre los demás y sobre el mundo. El conjunto de muchas "t" no "metabolizadas" por el cerebro, que fundamentalmente hacen referencia a situaciones de estrés relacional o interpersonal (deprivación, negligencia, desprotección, humillación, relaciones conflictivas, abandono, falta de respuesta adecuada de los padres a las necesidades de los hijos, etc.), puede ser un factor de riesgo para contribuir a la aparición de sintomatología cuando aparece un evento crítico. Según Shapiro (2013) la mayor parte de las patologías nacen de experiencias tempranas con este carácter traumático ("t") que ponen en movimiento un continuo patrón de sentimientos, emociones, conductas y cogniciones.

Un elemento básico del enfoque del EMDR es el principio del enfoque dual de la atención hacia el recuerdo diana que se va a reprocesar y hacia la estimulación sensorial que se produce mediante los movimientos oculares bilaterales. Este concepto de atención dual puede verse como un estado en equilibrio de la conciencia, donde la atención puede desplazarse sin problema entre la percepción del momento, el aquí y ahora, y las redes de recuerdos relevantes que se van activando. Parece que esta atención dual potencia un estado de conciencia equilibrado o mindfulness que mejora el procesamiento emocional de la información (Rachman, 1980; Teasdale, 1999).

### **PROTOCOLO ESTÁNDAR DE 8 FASES DE EMDR**

FASE 1. HISTORIA DEL PACIENTE: en esta fase se establece la alianza terapéutica así como se procede a la recogida de información de la historia y los elementos que en el presente disparan la sintomatología, identificándolos según la estructura "DICES":

D Disparador actual o factor desencadenante.

I Imagen de la peor parte de esa situación.

C Cognición asociada al disparador.

E Emoción asociada al disparador.

S Sensación provocada por el disparador y SUD.

También en esta fase es importante tener en cuenta otros dos factores como son valorar la idoneidad del tratamiento con EMDR teniendo en cuenta los criterios de exclusión, e identificar los objetivos para el futuro que el paciente desea alcanzar, orientando la intervención a la

## **NUEVO RUMBO DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA: TERAPIAS DE TERCERA GENERACIÓN, DEL CAMBIO CONDUCTUAL A LA ACEPTACIÓN**

consecución de sus metas fomentando una imagen positiva de sí mismo y sus capacidades o entrenándole en la adquisición de las habilidades que aún no formen parte de su repertorio conductual.

### **FASE 2. PREPARACIÓN DEL PACIENTE**

El primer paso es obtener un adecuado consentimiento informado por parte del paciente tras ofrecerle información psicoeducativa que facilite su comprensión hacia el proceso terapéutico y desarrolle unas expectativas adecuadas hacia el mismo.

En esta fase se muestra el procedimiento de la estimulación bilateral (movimientos oculares, tapping o estimulación auditiva) y se ofrecen metáforas para entender la dualidad de la atención que supone recordar sucesos pasados pero con la seguridad y los recursos con los que cuenta en el presente. Por otro lado también se establece una señal de stop para facilitar su sensación de control y la posibilidad de indicarla si desea detener el procesamiento de recuerdos traumáticos.

Por último se procede a la instrucción del paciente en técnicas de autocontrol para manejar las abreacciones y asegurarnos la estabilidad emocional tras una sesión de reprocesamiento y también entre sesiones. Aquí se puede incluir cualquier ejercicio de autoregulación como entrenamiento en respiración, técnicas de relajación, imaginaria, mindfulness, hipnosis, etc. Como parte de estas estrategias y también como primera introducción del uso de la estimulación bilateral, se introduce el ejercicio del lugar seguro (Shapiro, 2001).

### **FASE 3. EVALUACIÓN**

En la fase 1 ya se identificaron los recuerdos a procesar, por lo que en esta fase se guía al paciente en el acceso a los mismos identificando los siguientes elementos:

-*La imagen*: El primer canal de acceso al recuerdo es la imagen que represente para el paciente la peor parte del suceso, la más dolorosa, siempre desde la perspectiva presente.

-*La creencia negativa (CN)*: Identificar las atribuciones negativas personales con las que el paciente se identifica como resultado de esa experiencia y que conforman su red de creencias nucleares disfuncionales. Las dimensiones más recurrentes en estas creencias se refieren a la culpa, responsabilidad, sensación de peligro y falta de control.

-*Cognición Positiva (CP)*: Una vez identificada la CN, se guía al paciente hacia la dirección de cambio, identificando lo que desearía pensar sobre sí mismo en el presente cuando focaliza su atención en la imagen dolorosa.

-*Medición de la CP*: Una vez establecidas las CN y CP se procede a medir la intensidad con la que el paciente cree la CP, que será medido en una escala likert llamada Validez de la Cognición Positiva (VOC).

## **NUEVO RUMBO DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA: TERAPIAS DE TERCERA GENERACIÓN, DEL CAMBIO CONDUCTUAL A LA ACEPTACIÓN**

*-Identificar Emociones:* El siguiente paso consiste en identificar las emociones que en el presente surgen al focalizar la atención en el suceso a través de la imagen.

*-Medición de la perturbación :* A continuación se mide el nivel de perturbación, esta vez en una escala Likert de 10 unidades, llamada Escala de Unidades de Perturbación Subjetiva (SUD),

*-Sensaciones Físicas:* El último paso de esta fase es identificar las sensaciones físicas asociadas a la perturbación que se identifica en el presente cuando se focaliza la atención en el suceso.

### **FASE 4. DESENSIBILIZACIÓN:**

En esta fase se accede al recuerdo y se estimula la red de la memoria produciéndose las conexiones con redes más adaptativas partiendo de la exposición a la imagen, la cognición negativa, las emociones y sensaciones y avanzando hasta la resolución adaptativa a través de ciclos de estimulación bilateral de la atención. Esta fase durará hasta que el SUD baje a un valor de cero, es decir, que el recuerdo ya no produzca ninguna perturbación en el paciente.

### **FASE 5. INSTALACIÓN:**

Cuando el SUD del recuerdo llega a 0 para el paciente, éste está preparado para iniciar la siguiente fase de instalación. El objetivo fundamental de esta fase es conectar la creencia positiva con lo que queda del problema pasado, de manera que el recurso positivo que le provee esta creencia positiva a la persona se enlace con el antiguo problema. Se trata de una ampliación del procesamiento que facilita la generalización de los efectos del tratamiento con una integración completa de una nueva perspectiva sobre la red de recuerdos diana (Leeds, 2011).

### **FASE 6. CHEQUEO CORPORAL:**

Una de las formas en las que el recuerdo no procesado se ha quedado almacenado es a nivel somático. El cuerpo conserva las huellas de las vivencias que la persona va acumulando en su vida. Es por ello que tenemos que comprobar si con el reprocesamiento que se ha realizado hasta ahora estas huellas se han disuelto o todavía queda alguna sensación residual. Para ello se pide al paciente que haga un chequeo corporal, observando desde la cabeza a los pies mientras mantiene el recuerdo y la CP en su mente. Se le pide que esté atento a sensaciones de tensión o perturbación, pero también si nota sensaciones positivas en el cuerpo. Los residuos corporales de ansiedad que se detectan asociados al recuerdo, se reprocesan mediante varias series de EB, hasta que desaparecen.

## **NUEVO RUMBO DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA: TERAPIAS DE TERCERA GENERACIÓN, DEL CAMBIO CONDUCTUAL A LA ACEPTACIÓN**

### **FASE 7. CIERRE:**

Esta es la fase de cierre del proceso, cuyo objetivo es el cambio de estado del paciente, deteniendo el procesamiento focalizado. El cierre es necesario tanto si la sesión se ha completado con SUD=0 y VOC=7, como si se ha quedado incompleta. Si el SUD no ha llegado a 0 y hemos consumido el tiempo de la sesión, se introducen ejercicios de relajación y estabilización para que el paciente se pueda marchar de la sesión en un adecuado estado.

### **FASE 8. REEVALUACIÓN:**

En esta fase, el terapeuta realiza un seguimiento del procesamiento que se realizó en la sesión anterior, revisando si el paciente ha observado algún cambio entre sesiones como nuevos insights, recuerdos, sensaciones, pensamientos, imágenes o emociones, o si ha tenido algún sueño significativo.

A continuación se vuelve a valorar cómo está el recuerdo que se trabajó en la sesión anterior. Tanto si la sesión fue completa o incompleta, se le pide al paciente que traiga el recuerdo a su mente y observe qué emerge ahora y cuál es el nivel de perturbación que le produce. Si la sesión fue completa y los cambios en la percepción del recuerdo se han mantenido, se puede pasar a la siguiente diana u objetivo. Si la sesión fue incompleta, se tendrá que reanudar el procesamiento de la diana.

Según lo expuesto anteriormente podemos observar diferencias entre EMDR y los anteriores tratamientos de exposición prolongada a los sucesos traumáticos. En ellos, el paciente relata el suceso, de manera que experimenta emociones abrumadoras que pueden desequilibrar la atención dual. Sin embargo, en EMDR los periodos de exposición al recuerdo son breves, alternándose con tandas de estimulación bilateral de la atención, lo que mantiene a la persona en equilibrio de atención dual que le permite superar la abreacción emocional y asociar los recuerdos iniciales a otros recuerdos de la red de memoria, tanto negativos como positivos, restaurando el equilibrio del procesamiento adaptativo de la información. Otra diferencia con las técnicas de exposición es que el paciente puede parar el proceso en el momento que desee, y que no necesita dar detalles del suceso al terapeuta si no lo desea. Esto le da a la persona una mayor sensación de control de la experiencia de exposición y un mejor manejo de la ansiedad producida por los recuerdos traumáticos.

# **NUEVO RUMBO DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA: TERAPIAS DE TERCERA GENERACIÓN, DEL CAMBIO CONDUCTUAL A LA ACEPTACIÓN**

## **HIPNOSIS CLÍNICA**

Respecto a la hipnosis, a pesar de que son múltiples las aplicaciones clínicas y los beneficios terapéuticos observados mediante el uso de estrategias de sugestión e hipnosis, hoy día persisten múltiples mitos y supersticiones que pueden crear reticencias en su utilización tanto a profesionales como a pacientes, debido en gran parte al desconocimiento de su funcionamiento y a la difusión de espectáculos en los que se ofrece una visión mágica o esotérica de los procesos hipnóticos.

En cuanto a su definición existe una gran variedad de formas de conceptualización de esta técnica según diferentes posiciones teóricas, por lo que la división 30 (Society of Psychological Hypnosis) de la American Psychological Association (APA) propuso una definición consensuada por distintos autores de las diversas posturas teóricas sobre la hipnosis, y que actualmente está aceptada por las principales asociaciones de hipnosis de todo el mundo. Esta definición (APA, 1993; Kirsch, 1994) implica siete puntos:

1. La hipnosis es un procedimiento en el que un especialista sugiere a una persona que experimente cambios en sus sensaciones, percepciones, pensamientos o conducta.
2. El contexto hipnótico suele establecerse usando un método o procedimiento de inducción, que puede adoptar formas muy diferentes, aunque las más frecuentes son las que incluyen sugestiones de calma, relajación y bienestar, así como instrucciones de pensar o imaginar experiencias agradables.
3. Se da una gran variabilidad en las respuestas que se experimentan durante la hipnosis. Así, ciertas personas dicen experimentar un estado alterado de conciencia, mientras que otras indican que su experiencia es como un estado normal de atención focalizada, en el que se han sentido muy calmadas y relajadas. En general, la mayor parte de la gente dice que la experiencia con la hipnosis es muy agradable.
4. Algunas personas responden mucho a las sugestiones hipnóticas y otras no. En ocasiones son los miedos y falsas concepciones de la hipnosis lo que impide que las personas experimenten lo que se sugiere en hipnosis. Las personas hipnotizadas no pierden el control, son conscientes de quiénes son y dónde están, y recuerdan generalmente lo que ocurrió durante la hipnosis, a menos que se le sugiera que lo olviden. La hipnosis no obliga a nadie a experimentar las sugestiones, sino que únicamente lo facilita.
5. La hipnosis no es una forma de terapia, como la Terapia de Conducta, o el Psicoanálisis, sino un procedimiento que puede facilitar la terapia psicológica. Por lo tanto, la hipnosis clínica debe ser usada por profesionales formados y con credenciales que avalen su capacidad como profesionales de la salud. Por supuesto, estos profesionales deben haber recibido también entrenamiento específico en el uso clínico de la hipnosis. Por lo tanto este entrenamiento no es suficiente, siendo necesario ser un profesional de la Psicología Clínica o de la Medicina para poder usar la hipnosis clínica.

## **NUEVO RUMBO DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA: TERAPIAS DE TERCERA GENERACIÓN, DEL CAMBIO CONDUCTUAL A LA ACEPTACIÓN**

6. Las aplicaciones de la hipnosis son amplísimas, tanto en Psicología como en Medicina, pero debe tenerse precaución en su utilización, ya que no tiene por qué ser útil para todos los problemas y pacientes o clientes. A lo que añade que la decisión de usar la hipnosis (como un adjunto) debe hacerse consultando con un profesional de la salud que haya sido formado en hipnosis clínica.

En último lugar, la APA resalta las varias vertientes de la hipnosis en investigación, que tratan de incrementar el conocimiento de la propia hipnosis, de su aplicación en el tratamiento de problemas psicológicos y médicos, y para conocer su impacto en la memoria, percepción, fisiología, etc. Esta amplia definición permite aclarar dudas respecto a lo qué es la hipnosis y el contexto terapéutico en el que debe producirse llevándose a cabo por profesionales sanitarios como una estrategia más dentro de sus intervenciones clínicas.

### Aplicaciones clínicas de la hipnosis

Las aplicaciones de la hipnosis son numerosas tanto en el ámbito de la salud física como en salud mental. Se ha utilizado eficazmente con pacientes oncológicos, en cardiopatías, pacientes sometidos a procesos quirúrgicos, en el síndrome del colon irritable, obesidad, trastorno de estrés post-traumático, ansiedad y fobias (Montgomery y Schnur, 2005). En el ámbito de la psicología clínica ha mostrado sus beneficios con especial relevancia en el tratamiento de trastornos emocionales, los procesos adictivos y el tratamiento del dolor.

En el ámbito de los trastornos afectivos la hipnosis ha sido muy utilizada en el tratamiento de la ansiedad. Las fases de este modelo de intervención según González Ordi y Miguel-Tobal, (1993) son las siguientes: relajación, exposición imaginada con manejo de ansiedad en hipnosis (en la cual se abordarán aspectos orientados a la reestructuración cognitiva y desactivación fisiológica mediante sugerencias que induzcan sentimientos de control de la situación así como descripciones de una reducción progresiva de la sintomatología ansiosa). Finalmente, tanto para en el tratamiento de la ansiedad como para cualquier otra aplicación clínica la autohipnosis será fundamental para enseñar al paciente a utilizar esta técnica por sus propios medios, permitiendo soslayar la dependencia respecto del terapeuta y favoreciendo la atribución interna de los éxitos terapéuticos obtenidos, generalizando los resultados fuera de la consulta.

En el tratamiento de la depresión también puede utilizarse como coadyuvante de otras estrategias cognitivo-conductuales, con el objetivo de facilitar cambios en la percepción negativa de uno mismo, del mundo circundante y del futuro (triada cognitiva), elicitar cambios en el estilo atribucional depresógeno (atribuciones internas, estables y globales para los fracasos / atribuciones externas, estables y globales para los éxitos), modificar los sesgos atencionales y de memoria hacia los sucesos negativos, reducir la excesiva auto-observación y autocrítica, así como ayudar a generar estados emocionales positivos: relajación, tranquilidad, seguridad, confianza, etc.



## **NUEVO RUMBO DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA: TERAPIAS DE TERCERA GENERACIÓN, DEL CAMBIO CONDUCTUAL A LA ACEPTACIÓN**

Respecto al tratamiento de las adicciones cabe mencionar su uso en el tratamiento de deshabituación en el consumo del tabaco, para el que se han elaborado programas multicomponente como el propuesto por Mendoza (2000) en el que se integran autorregistros, el método de auto-hipnosis rápida de Capafons y otras técnicas de auto-control, reestructuración cognitiva y prevención de recaídas. El logro de la abstinencia y su mantenimiento durante el seguimiento 12 meses después evidencia el carácter facilitador de la hipnosis para lograr los objetivos terapéuticos junto a los tratamientos psicológicos empíricamente validados.

Finalmente mencionar que los beneficios demostrados por la hipnosis para el tratamiento del dolor. Uno de los mecanismos que potencia la hipnosis es su capacidad para alterar la percepción sensorial, generando una respuesta alucinatoria negativa o ausencia de percepción en el tratamiento del dolor, estimulando respuestas de analgesia o anestesia hipnótica. Barber en su obra Tratamiento del dolor mediante hipnosis y sugestión (2000) describe las sugestiones hipnóticas y los resultados positivos obtenidos en su práctica clínica en pacientes con cefaleas, así como describe tratamientos asociados a la hipnosis en pacientes oncológicos, procedimientos médicos dolorosos o el dolor producido por quemaduras. Respecto al tratamiento de las cefaleas mediante procesos sugestivos, Llanes y González (2013) realizan una revisión bibliográfica en la que se concluye que se trata de un tratamiento bien establecido según los criterios de Chambless y Hollon.

### **CONCLUSIÓN**

Como puede observarse la psicología clínica es una disciplina en continuo cambio, sometida a una validación científica que cuestiona tanto el conocimiento como las técnicas terapéuticas utilizadas hasta el momento, con el fin de promover e introducir mejoras en la atención a las necesidades de nuestros pacientes. Todo ello favorece el surgimiento de nuevos tratamientos psicológicos que pueden resultar más eficaces para el tratamiento de los trastornos en salud mental. El objetivo de este trabajo por tanto ha sido dar a conocer esta evolución así como ofrecer una descripción de las principales terapias incluidas en las denominadas terapias de tercera generación, que permita un acercamiento a las nuevas corrientes emergentes en la psicología clínica actual.

### **BIBLIOGRAFÍA**

1. American Psychological Association, Division of Psychological Hypnosis. (1993). Hypnosis. Psychological Hypnosis, 2, 3.
2. Barber, J. (2000). Tratamiento del dolor mediante hipnosis y sugestión. Bilbao: Desclée De Brouwer.

## **NUEVO RUMBO DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA: TERAPIAS DE TERCERA GENERACIÓN, DEL CAMBIO CONDUCTUAL A LA ACEPTACIÓN**

3. Caballo, V., Gracia, A., López-Gollonet, C. & Bautista, R. (2009). "El trastorno límite de la personalidad". En V. Caballo (Ed.), Manual de trastornos de la personalidad. Descripción, evaluación y tratamiento (págs. 137-160). Madrid: Síntesis.
4. Germer, C.K. (2005) Mindfulness. What is it? What does it matter? En C.K. Germer, R.D. Siegel y P.R. Fulton (eds.): Mindfulness and Psychotherapy (pp. 3-27).New York: Guilford Press.
5. González Ordi, H. y Miguel Tobal, J.J. (1993). Aplicaciones de las técnicas de hipnosis en el ámbito de la modificación cognitivo-conductual. Información Psicológica, 53, 41-51.
6. Hayes, S., Barnes-holmes, D. & Roche, B. (2001). Relational frame theory. A post-skinnerian account of human language and cognition. New York: Kluwer Academic.
7. Hayes, S.C. (2004). Acceptance and commitment therapy and the new behavior therapies. En S.C. Hayes, V.M. Follette y M.M. Linehan (Eds.), Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition (pp. 1-29). New York: The Guilford Press.
8. Kabat-zinn, J. (2003). Mindfulness-based intervention in context: Past, present and future. Clinical Psychology, Science and Practice, 10, 144-156.
9. Kirsch, I. (1994). Defining hypnosis for the public. Contemporary Hypnosis, 11, 142-143.
10. Krasner, L. (1990). History of behavior modification. En A.S. Bellack, M. Hersen y A.E. Kazdin (Eds.), International handbook of behavior modification and therapy. (2nd ed., pp. 1-25). New York: Plenum Press.
11. Linehan, M. M. (1993). Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. New York: Guilford Press.
12. Llanes, Y., González, S., Hernández, I (2013). La hipnosis en el tratamiento de las cefaleas. Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana, 10(3) 27.
13. Lynch, T. R., Trost, W.T., Salsman, N. & Linehan, M. M. (2007). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. Annual Review of Clinical Psychology, 3, 181-205.
14. Mañas, I., Gómez, S., Sánchez, L. C. Fernández, R. y Franco, C. (2008). *Apuntes del curso de meditación vipassana de 10 días tal y como la enseña S.N. Goenka en la tradición de Sayagui U Ba Khin*. Centro de Meditación Vipassana de España, Dhamma Neru, Barcelona, España (agosto). Manuscrito no publicado.
15. Mañas, I. (2009). Mindfulness (atención plena): la meditación en psicología clínica. Gaceta de Psicología, 50, 13-29.
16. Mendoza, M. (2000). La hipnosis como adjunto en el tratamiento del hábito de fumar. Estudio de caso. Psicothema, 12 (3), 330-338.
17. Montgomery, G. y Schnur, J (2005). Eficacia y aplicación de la hipnosis clínica. Papeles del psicólogo, 89.
18. Öst, L. G. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and metaanalysis. Behaviour Research and Therapy 46, 296-321.

## **NUEVO RUMBO DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA: TERAPIAS DE TERCERA GENERACIÓN, DEL CAMBIO CONDUCTUAL A LA ACEPTACIÓN**

19. Segal, Z.V., Williams, J.M.G. y Teasdale, J.D. (2002). Mindfulness-based cognitive therapy for depression. New York: The Guilford Press. (Traducción al español en Bilbao: Desclée de Brouwer, 2006).
20. Shapiro, F. (2001). Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures (2nd ed.). New York: Guilford Press
21. Shapiro, F. (2013). Supera tu pasado. Tomar el control de la vida con el EMDR. Barcelona: Kairós.
22. Simón, V. (2007). Mindfulness y Neurobiología. Revista de Psicoterapia, 17 (66-67), 530.
23. Wilson, K Y Luciano, C. (2014). Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores. Madrid: Pirámide.
24. Wenlaff, R. M. & Wegner, D. M. (2000). Thought suppression. Annual Review of Psychology, 51, 5991.