



**COMILLAS**  
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y  
SOCIALES**

**TERAPIAS DE TERCERA GENERACIÓN EN  
ADOLESCENTES**

Autor/a: Javier López Pacheco

Director/a: Belén Marina Gras

Madrid

2018/2019

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	3
Definición y relevancia del estudio.....	3
Desarrollo histórico.....	4
DESARROLLO	
Terapia de Aceptación y Compromiso	
-Marco teórico.....	5
- Aplicación de la terapia y especificidades en la adolescencia...10	
-Evidencia en adolescentes (estudios y resultados).....	17
Terapia de Activación Conductual	
-Marco teórico.....	18
- Aplicación de la terapia y especificidades en la adolescencia....	19
-Evidencia en adolescentes (estudios y resultados).....	22
Terapia de Conducta Dialéctica	
-Marco teórico.....	22
- Aplicación de la terapia y especificidades en la adolescencia....	25
-Evidencia en adolescentes (estudios y resultados).....	28
CONCLUSIONES.....	28
BIBLIOGRAFÍA.....	30

## 1. Introducción

### 1.1 Definición y relevancia del estudio

Las Terapias Conductuales de Tercera Generación se desarrollan en la década de los noventa y son el más actual conjunto de terapias desarrolladas en el contexto de la terapia de conducta o cognitivo-conductual. Esta generación se caracteriza por un giro hacia la terapia conductual y el volver a dar peso al contexto que rodea a la persona para entender la sintomatología. El marco teórico en el que se basa es el conductismo radical de Skinner y las reglas de condicionamiento clásico y condicionamiento operante que median en la conducta. La meta de la terapia es flexibilizar el repertorio conductual para poder superar y ofrecer alternativas a la situación que sostiene el malestar.

Este estudio es apropiado porque son las terapias más actualizadas y debemos adaptar la psicología y los tratamientos al mundo en que vivimos. Es relevante también puesto que busca compensar los déficits de la terapia cognitivo-conductual que hasta ahora es la que mejores resultados terapéuticos ha presentado. Además, aporta una visión más amplia que las generaciones predecesoras basada en el contexto, teniendo en cuenta las contingencias que sustentan la sintomatología de los trastornos y aportando alternativas conductuales para salir de ellos. Abre la puerta a la desmedicalización y la despatologización de los trastornos, y en el contexto de la salud actual es una alternativa a tener en consideración y cada vez cuenta con más adeptos y estudios que la sustentan como veremos en esta revisión.

Por otro lado, la adolescencia es una etapa de cambio e inestabilidad marcada por la individualización y la búsqueda de identidad fuera del ámbito familiar y el acercamiento emocional al grupo de pares y la pareja. Es fundamental en el aprendizaje de conductas flexibles y adaptadas para enfrentar positivamente el desarrollo evolutivo futuro. Es una etapa tan llena de conflicto que no siempre se resuelve de manera saludable, puesto que la segunda causa de muerte en jóvenes es el suicidio (Mosquera, 2016).

## 1.2 Desarrollo histórico

He realizado una contextualización histórica para entender mejor de dónde surgen estas terapias y cuál es su sentido teórico. Hayes realiza en 2004 (como se citó en Pérez, 2006) una división generacional de la terapia de conducta. La primera generación de terapia de conducta surge con el paradigma planteado por Pavlov y Skinner y sus dos líneas de terapia, la desensibilización y la exposición, que surgen del Condicionamiento Clásico y Condicionamiento Operante respectivamente. En este primer marco teórico el ser humano reacciona frente al contexto según una serie de normas, es decir se influyen mutuamente mediante el esquema estímulo-respuesta.

Más adelante surge la Segunda Generación o terapia cognitiva. Esta generación se asienta en la idea de que el ser humano da significado al contexto que le rodea mediante la cognición. La ausencia de salud mental es la interpretación errónea de los datos que llegan del ambiente y que se deben según Ellis (1957) a creencias irracionales y según Beck (1970) a esquemas negativos o creencias nucleares; así las personas sesgan de manera negativa y dolorosa su ambiente y su existencia (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012; Ruiz, Díaz, Villalobos y González, 2012). Estas terapias se centran en debatir las creencias disfuncionales de las personas sistemáticamente y de manera cada vez más profunda para aportar al paciente un pensamiento más racional y adaptado. El modelo de salud mental propuesto en esta generación es el modelo médico o modelo de déficits y es el que todavía perdura. Este paradigma se basa en la desviación de la norma como criterio diagnóstico y en la eliminación o ausencia de los síntomas como criterio de salud mental.

En la década de los noventa surge la Tercera Generación, objeto de este estudio. Esta generación vuelve a las raíces conductuales de la primera generación y por tanto pone otra vez el peso en las contingencias del entorno para entender al ser humano. Esta concepción holística y contextual es contraria a la del cognitivismo que da importancia exclusiva a la persona y su pensamiento para comprender el malestar.

Esta nueva ola conductista se fundamenta en estudios que muestran que el factor

clave de la terapia cognitiva de Beck es el conductual frente al cognitivo (Pérez, 2006). Por lo tanto, desecha el modelo médico anterior de lucha contra los síntomas y pasa a estudiar qué función cumple el síntoma para la persona. Propone un modelo de "normalidad destructiva" (Mandil, Quintero y Maero, 2017), que postula que todas las personas si se encuentran en una situación contextual adversa, son susceptibles de presentar dificultades para afrontarla y no por eso es una desviación de la norma. Esto se traduce en la despatologización de los problemas de la vida cotidiana y la desmedicalización de los aspectos relacionados con lo psicológico (Pérez, 2006). Por lo tanto, en general estas terapias se centran en el cambio en el repertorio conductual, en su ampliación y flexibilización (Pérez, 2006) para modificar las contingencias del entorno y aliviar la sintomatología, previo estudio funcional de la conducta.

La Tercera Generación incluye terapias como: Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes, McCurry, Afari y Wilson, 1991) (como se citó en Pérez, 2006), Psicoterapia Analítica Funcional (Kohlenberg y Tsai, 1991) (como se citó en Pérez, 2006), Terapia de Conducta Dialéctica (Linehan, 1993) (como se citó en Pérez, 2006), Terapia Conductual Integrada de Pareja (Jacobson y Christensen, 1996) (como se citó en Pérez, 2006), Terapia de Activación Conductual (Jacobson, Martell y Dimidjian, 2001) (como se citó en Pérez, 2006), Terapia Cognitiva con base en Mindfulness (Segal, Teasdale y Williams, 2004) (como se citó en Pérez, 2006).

## **2.Desarrollo**

Procedo en este punto a exponer a nivel teórico las bases de las tres terapias más representativas de la Tercera Generación, la Terapia de Aceptación y Compromiso, la Terapia Analítica Funcional y la Terapia de Conducta Dialéctica.

### **2.1 Terapia de Aceptación y Compromiso y especificidades en la adolescencia**

#### **2.2.1 Marco teórico**

La terapia de Aceptación y Compromiso se enmarca en lo expuesto en la introducción de la Tercera Generación. Se sustenta en la Teoría del Marco Relacional (RFT), que estudia la conducta verbal, es decir, los pensamientos y el habla. Plantea que el ser

humano desarrolla la conducta verbal a base de buscar relaciones entre estímulos. Este proceso se extrapola al mundo que nos rodea y a las situaciones que nos suceden. “Relacionar” engloba todos los procesos de categorizar, interpretar, dar significado, etc. Red de relaciones es el conjunto de significados y relaciones que establecemos con el mundo. Las rumiaciones son el proceso de constantemente relacionar, dar significado y en consecuencia buscar soluciones a las situaciones a las que nos enfrentamos.

La relación que establecemos con lo que nos rodea es subjetiva, en función de las sensaciones que nos provoca. Fusión es el hecho de que prevalezca a la hora de comportarnos o tomar decisiones la valoración subjetiva de nuestro entorno sobre las propiedades directas del mismo, bien sean situaciones o estímulos. Quedarnos en este plano de relaciones y rumiación, es decir fusionarnos en exceso con los pensamientos y sensaciones, provoca también disfunciones, puesto que perdemos mucha información de mundo objetivo, nos hace estar “ensimismados” (con la atención enfocada en los pensamientos) y hacer interpretaciones que cada vez distan más del hecho interpretado en sí. Esto sucede por ejemplo en las fobias, la persona está más pendiente de lo que podría pasar si un perro decidiera atacar o morder y en las consecuencias negativas que en si realmente el perro está haciendo algo (Mandil et al., 2017).

Asimismo, desarrollamos reglas mediante el aprendizaje, las cuales regulan algunas de nuestras conductas, llamadas “conductas gobernadas por reglas”. Las reglas pueden ser de tres tipos: tracking (son consecuencias directas de acciones; por ejemplo, si estiro una goma vuelve a su forma al dejar de estirar), pliance (son reglas sociales, por ejemplo, dar las gracias es de buena educación) y argumenting (son reglas por influencia, por ejemplo, si me gusta un actor, veré con mejores ojos el producto que anuncia). Desarrollamos estas reglas de la experiencia y de la interacción con los demás, así formamos reglas de pliance comunes como debo casarme para no morir solo, y esto haría que a pesar de recibir desilusiones en el amor nos empeñáramos en mantenernos emparejados. Estas conductas, por lo tanto, permanecen inalterables ante el condicionamiento. Esta terapia se centra por lo tanto en ayudar a la persona a actuar de manera más flexible a pesar de tener esas reglas interiorizadas, en lugar de

discutir su contenido (Mandil et al., 2017).

El proceso innato de buscar relaciones se da también con nuestro mundo interno, damos significado y por tanto nos relacionamos de manera positiva o negativa con nuestras emociones y pensamientos. Evitación experiencial es el conjunto de conductas encaminadas a hacer que desaparezcan productos internos evaluados como negativos. Por ejemplo, la tristeza no es positiva ni negativa, pero hay personas que no toleran, por su historia de aprendizaje, sentirla; pueden por ejemplo asociarla a vulnerabilidad, y por tanto se distraen o consumen drogas para evitar sentirla. Esta evitación, si se perpetúa en el tiempo, puede provocar el Trastorno de Evitación Experiencial, vinculado a numerosas psicopatologías (Mandil et al., 2017). Además, lejos de provocar la eliminación del producto interno evaluado como negativo, este tiende a surgir con más frecuencia (Mandil et al., 2017). Este comportamiento de forma reiterada condiciona mucho la toma de decisiones de la persona y evita poder comprometerte con caminos de vida costosos, pero con un final reforzante. Ese camino de vida está guiado por los valores que serían esas directrices que llevan a la persona a alcanzar las metas deseadas. El patrón de evitación conductual limita a la persona que cada vez se siente más insatisfecha, más atrapada y con más dolor. Esto sucede en eventos tan universales como el duelo, durante el cual hay personas que comienzan a apuntarse a infinitud de tareas y actividades para “no pensar” en la pérdida ni en lo que significa para la persona para así evitar el malestar y la incomodidad que este tipo de pensamientos generan en el ser humano. La terapia aquí, por tanto, no va en la línea de evitar o discutir esos eventos privados sino, en primer lugar, poner en contacto a la persona con éstos, y después, ayudarla a encontrar la manera de actuar a pesar de ellos y en una dirección acorde a los valores de la persona, pudiendo así elegir libremente en qué línea de actuación moverse para avanzar. Esta terapia se basa en la idea de que la Aceptación psicológica es respuesta incompatible con la Evitación Experiencial (Ferro, 2000). En otras palabras, esta terapia busca que la persona no se fusione con ese tipo eventos privados negativos, es decir, tome distancia de los mismos observándolos como un producto de la mente para flexibilizar el repertorio conductual que le permite comprometerse con los valores.

El concepto de patológico en este marco está asociado a la rigidez conductual

provocada por la evitación experiencial, por seguir las normas disfuncionales fundamentalmente de piance y por fusionarnos con los pensamientos negativos. El problema por lo tanto está en la rigidez de la conducta, en no tener los recursos para elegir libremente un camino de vida o una manera de hacer las cosas. Para aliviar estos patrones disfuncionales de comportamiento, esta terapia propone el concepto de flexibilidad psicológica, es decir, la capacidad de generar y elegir una serie de conductas más adaptativas y comprometidas con los valores de la persona. La flexibilidad psicológica por tanto sería un constructo que se refiere a la habilidad que tiene la persona para aceptar los eventos privados y situaciones externas, y actuar libremente en la dirección acorde a sus valores. Para alcanzar la flexibilidad psicológica, es decir, para evitar los procesos patológicos descritos anteriormente (cuando se perpetúan en el tiempo en nuestro repertorio conductual) propone poner en marcha nuevas conductas mediante el aprendizaje de seis habilidades recogidas en un gráfico llamado "hexaflex" (Mandil et al., 2017). En primer lugar, aceptación de los eventos privados negativos como la tristeza o la ansiedad, haciendo darse cuenta a la persona de que la evitación experiencial no consigue que desaparezcan sino que prolonga el malestar; defusión, o evitar actuar conforme a los eventos privados negativos de manera inevitable y tomar perspectiva para verlos como un producto de la mente y no un imperativo categórico con el fin de tomar las decisiones en función de lo que realmente se valora y no en función de aliviar el malestar; momento presente, implica ser consciente del contexto actual y elegir el foco atencional de manera flexible, es decir, pudiendo dirigirlo de manera voluntaria; self, que consiste en verse a uno mismo, es decir, más allá de las experiencias de la persona y los pensamientos, tomar perspectiva como el dueño de las experiencias y los pensamientos y de manera atemporal, más allá de momentos puntuales; valores: más allá de las reglas aprendidas preguntarse por lo que quiere conseguirse en la vida y en función de qué decido vivirla; compromiso, es decir, planificar conductas en función de los valores y llevarlas a cabo a pesar de sufrir o experimentar resultados o emociones desagradables.

A nivel teórico, el modelo de sufrimiento en ACT es igual en todas las edades y es el explicado hasta ahora. Sin embargo, a nivel metodológico hay diferencias,



fundamentalmente debido al exceso en la adolescencia de conductas de evitación experiencial para mitigar el dolor a corto plazo, así como fusión excesiva con los pensamientos. Ambas tendencias hacen más difícil que los adolescentes puedan comprometerse con unos valores y un camino de vida (Murrell, Coyne y Wilson, 2004). Según estos autores, la evaluación debe centrarse en el análisis funcional de la conducta problema, las situaciones que disparan el malestar internas y externas; las conductas de las que se compone el malestar que se está evitando: pensamientos, emociones; estrategias de evitación experiencial; reforzadores que mantienen la evitación, sensaciones y emociones; clarificación de los valores en las diferentes áreas vitales del adolescente; y por último, favorecer conductas en esa dirección limando aquellas otras que interfieran en su desarrollo.

A esto hay que añadir el derecho a la información de los padres hasta los 16 años y al implicar esta terapia la exposición a eventos privados desagradables, se debe explicar la intervención a los padres (y a los pacientes por supuesto) de manera completa y haciendo énfasis en la salud de las conductas sugeridas por el terapeuta a pesar del sufrimiento (Ferro, Vives, y Ascanio, 2009).

Los adolescentes se encuentran a nivel cerebral aún en desarrollo y presentan especialmente dificultades a la hora de controlar sus reacciones e impulsos cuando se exponen o experimentan emociones intensas. Los adolescentes en muchas ocasiones carecen, por lo tanto, de herramientas para hacer frente a las demandas de interacciones sociales y a la búsqueda de un horizonte de vida, lo cual abre un gran abanico de oportunidades de cambio (Mandil et al., 2017).

Según exponen Mandil et al., (2017) para abordar la práctica clínica desde ACT en la adolescencia, es preciso tener en cuenta las especificidades de esta etapa evolutiva y cómo el terapeuta se presenta ante el adolescente. Los adolescentes se enfrentan a establecer relaciones y resolver desafíos en sus contextos significativos (grupo de pares, instituto...) mientras mantienen dependencia emocional y económica de la familia. Para resolver este conflicto se propone desde la ACT la flexibilidad cognitiva ya expuesta. En el apartado de aplicación expondré diferentes herramientas para conseguir estos objetivos. Respecto a la intervención en

contextos significativos se favorecerá la flexibilidad parental mediante habilidades como la toma de perspectiva y la compasión (Mandil et al., 2017).

Por otro lado, la posición del terapeuta frente a los adolescentes es clave para la buena alianza terapéutica. Para favorecer en este grupo etario la flexibilidad psicológica, Mandil (2017) propone fomentar la autonomía y la confianza en las propias opiniones según los valores del cliente; ayudar a identificar de manera experiencial los valores del adolescente en contraposición con las conductas ineficaces llevadas a cabo hasta ahora generando el estado de Desesperanza Creativa y reforzar las conductas elegidas de manera libre (concepto de libertad en ACT: decidir desde la flexibilidad psicológica). La Desesperanza Creativa es el estado o sensación de caer en la cuenta de que los esfuerzos y acciones realizadas hasta ahora por el cliente, para evitar el malestar, solo han servido para mantenerlo y no avanzar hacia donde la persona desea (acorde a los valores) (Ferro, 2000; García, Luciano, Hernández y Zaldívar, 2004). Para alcanzar los objetivos mencionados se promueven en el terapeuta una serie de elementos clave (Mandil et al., 2017): presentar una posición de igual a igual con el paciente, lo que permite en la persona normalizar el sufrimiento y no tener sensación de soledad o extrañeza ante el mismo; validar la experiencia y el criterio del adolescente para tomar decisiones; respetar los valores y objetivos del paciente para que elija con libertad y se sienta empoderado; permanecer en contacto con las emociones del paciente sin resolverlas y fomentar el observarlas; basar el éxito de la terapia en la experiencia del paciente y por tanto en el cambio hacia conductas sostenidas por reglas de tracking (basadas en la experiencia, y no en pliances) (Ferro, 2000); explicar de manera transparente los objetivos y la intervención para fomentar la alianza y la confianza en el proceso; y diseñar intervenciones “ad hoc”, específicas para la persona y su contexto social y cultural, adaptando las metáforas (historias con aprendizajes aplicables a la vida del cliente debido a las similitudes conceptuales entre la situación “inventada” y la situación del cliente) y ejercicios a sus inquietudes.

### 2.2.2 Aplicación de la terapia

Paso a explicar de manera más concreta la manera y las técnicas a la hora de la

intervención para poner en práctica el desarrollo de cada una de las áreas definidas en el hexaflex, implicadas en el concepto de flexibilidad psicológica. Estas técnicas se utilizarán a medida para el paciente, según sus necesidades y carencias.

El primer paso en cualquier intervención conductual es definir el motivo de consulta. Es fundamental para tener una idea sobre lo que se va a intervenir y poder diseñar el proceso. En ACT se busca realizar un análisis funcional de la conducta problema; definirla en términos conductuales y encontrar antecedentes y consecuentes. Es primordial para hacer un buen análisis aunar las experiencias internas del paciente y las conductas dentro del contexto en que se producen para tener una visión amplia de la conducta problema. Si la persona trae a consulta un problema de carácter emocional o vago, “me siento solo”, “nadie me quiere”, “soy un fracaso”; propone Mandil et al. (2017) la técnica del nudo. La técnica del nudo consiste en partiendo de las emociones traídas a terapia como fuente de problemas, ir hilando desde ahí hacia conductas o acciones concretas asociadas a la emoción. Para esto empleamos preguntas como “¿qué haces cuando piensas eso?, ¿qué suele suceder entonces? Si la persona trajera conductas concretas como “contesto mal a mis padres”, “bebo mucho alcohol” o “realizo prácticas sexuales de riesgo”, el esfuerzo en terapia irá encaminado a asociar emociones a las situaciones en que se emiten estas conductas. Una vez hemos aunado la experiencia pasamos a identificar los eslabones del análisis funcional, antecedentes y consecuentes relacionados con la conducta problema preguntando qué sucede antes y después de emitirla.

El siguiente paso en ACT es formular el caso de manera conjunta y transparente con el adolescente. Hemos mencionado anteriormente que este modelo aboga por la despatologización, así que el problema se plantea en los términos de las áreas dañadas del hexaflex y los objetivos según los valores del paciente. Mandil et al. (2017) adapta una metáfora de definición del caso para adolescentes llamada “Monstruos en la mochila”. La metáfora tiene el siguiente contenido: el adolescente se encuentra ante una cueva oscura que representa lo negativo, aquello que de ninguna manera le gustaría vivir y que además es donde suele acabar cuando actúa de la manera en que lo ha hecho hasta ahora, bien sea evitando o fusionándose con sus pensamientos. Por otro lado, hay un puente que refleja las ambiciones y metas de la persona. En este

escenario hay carteles en dirección a la cueva que se corresponden con las conductas problema y que le llevan al estado de sufrimiento con el que llega a terapia, y también carteles que señalan hacia el puente con acciones que le gustaría realizar a la persona para ser feliz. A esto se suma una mochila que lleva el adolescente que serían la emociones y pensamientos y que le dicen constantemente qué debe hacer y cómo debe sentirse y que le empujan en una dirección o en otra. Iremos en la sesión identificando para cada caso cada uno de los componentes que identifica la persona y nos haremos una idea tanto terapeuta como cliente, de en qué línea debe ir la terapia.

El siguiente paso es generar en el adolescente el estado de Desesperanza Creativa. Buscamos que el adolescente se dé cuenta de que la Evitación Experiencial no es la solución. Para esto podemos utilizar metáforas como el hombre en el agujero (Ferro, 2000) o bien la metáfora de la sokatira frente al monstruo Badsadmad (Ciarrochi, Hayes y Bailey 2016) consistente en demostrar que tirar de la cuerda como se ha hecho hasta ahora no hace que desaparezca el monstruo que representa las emociones negativas, puesto que nadie lo consigue.

Para desarrollar el componente de la aceptación, Mandil et al. (2017) adapta dos metáforas: “Un invitado indeseable” de Hayes, Sthrosahl y Wilson (según se citó en Mandil et al., 2017) y “Jardín interior” de Linehan (según se citó en Mandil et al., 2017). Hay que aclarar que la perspectiva de la aceptación es con vistas a una actuación posterior. La metáfora del invitado indeseable consiste en imaginar que aparece en una fiesta que has organizado un amigo que no querías que viniera, pero al cual no puedes echar por compromiso, por tanto, te dedicas a estar pendiente de que no provoque ningún altercado, pero al final de la noche te das cuenta de que no has podido estar disfrutando de la gente que habías invitado ni de la fiesta; se plantea al adolescente qué podría hacer. Esto nos lleva a concluir que lo mejor es recibir las emociones negativas y actuar a pesar de ellas en lugar de controlarlas. Y la metáfora del jardín concluye que la maleza, como las emociones negativas no son susceptibles de ser controladas, sino que hay que integrarlas en el complejo de reacciones naturales.

Para la defusión Mandil et al. (2017) proponen numerosas técnicas de entre las que

destaco la metáfora de “Mi mente es como...”, la “Pantalla de cine” y “Reglas que compramos”. En el ejercicio de la mente, el terapeuta propone una serie de ejemplos de maneras de pensar de las personas como ser sobreprotectores o tener siempre malos augurios, o bien siempre pensar que podías haberlo hecho mejor; y los identifica con un personaje para hacer más gráfico y fácil de identificar los modos de pensar en los que suele caer el adolescente; el personaje de la insatisfacción crónica podría ser por ejemplo un entrenador profundamente demandante. La pantalla de cine propone imaginar una pantalla y poner en ella aquellos pensamientos que te incomoden de manera sistemática, de esta manera podemos observarlos y dejarlos pasar como si fueran créditos o simplemente contenidos que van sucediéndose, así se practica el no ensimismarse o el no quedarse simplemente enganchado en ellos. “Reglas que compramos” es especialmente útil para caer en la cuenta de aquellos piance que no casan con nuestros objetivos en la vida y que nos provocan insatisfacción; de manera directa se pregunta al adolescente qué normas tiene sobre la escuela, el futuro, las relaciones... para identificarlas y trabajar con ellas posteriormente y desarrollar trackings más adaptativos. Se puede complementar con preguntas sobre reglas que piense que no están siendo útiles pero que sí identifica como suyas.

Para el trabajo con el “aquí y el ahora” se plantea en este modelo el uso del mindfulness y otros ejercicios de atención. Mandil et al. (2017) propone en esta línea de dirigir de manera voluntaria la atención en el momento presente, el ejercicio “Súper-sentidos”. Consiste en preguntar al adolescente sobre qué perciben sus sentidos en el momento para no ensimismarse o permanecer impasibles ante lo que nos rodea por el dominio del ruido interno.

En el desarrollo de la habilidad del “yo como contexto” caben dos objetivos: el lograr un autoconcepto que trascienda emociones, pensamientos y situaciones puntuales mediante el ejercicio de “la visión sabia” (Ciarrochi et al., 2016); y, por otra parte, desarrollar la capacidad de observar como si fuera un tercero los eventos privados que suceden en su propia mente mediante la “Autocompasión en momentos difíciles” (Mandil et al., 2017). La visión sabia se desarrolla mediante preguntas sobre momentos puntuales a lo largo de la vida del adolescente (7 años, 12, años, 17 años...) e indagar sobre qué sintió, qué pensó en ese momento... todo esto con el fin de

establecer un concepto de uno mismo que trascienda todas esas etapas, un concepto de uno mismo como observador y contexto de todas esas experiencias y resistente sobre todo a sensaciones negativas puntuales con las cuales hay riesgo de fusionarse o bien literalizar contenidos como “no valgo” o “soy un desastre”, puesto que caerá el paciente en la cuenta de que son pensamientos puntuales que no le definen. La autocompasión está dirigida a circunstancias en las que las emociones negativas se sustentan con automensajes de exigencia y de castigo bien por la situación o por simplemente sentir algo indeseado; el terapeuta entonces sugerirá que el cliente piense qué le diría una persona cercana que se preocupe por él y le quiera y que piense cómo podría decírselo a sí mismo (Mandil et al., 2017). A estas prácticas podemos añadir como complemento un ejercicio adaptado por Mandil et al. (2017) llamado “ponte en sus zapatos” que pretende fomentar la empatía de manera profunda y con detenimiento hacia la persona con la que se tiene un conflicto.

Respecto a los valores, que son la brújula con la que la persona decide qué acciones llevar a cabo y por tanto el sentido en el que tenga que realizarse la terapia, se propone primero identificarlos con el ejercicio “¿De quién eres fan?, y segundo concretarlos en metas y acciones con el ejercicio “¿Quién quiere ser millonario?” (Mandil et al., 2017). En el primer ejercicio preguntaremos a qué personas admira y qué es lo que admira de ellas y a partir de ahí irá identificando qué valores son importantes para la persona y con los cuales quiere actuar cuando tome alguna decisión. En el segundo ejercicio se pregunta qué haría con un millón de euros como símbolo de libertad de elección e iremos reduciendo la cantidad de dinero para traducir las elecciones a metas más accesibles. Para las relaciones interpersonales se propone “Amistad con valores” (Ciarrochi et al., 2016; Mandil et al., 2017), que se lleva a cabo preguntando aquellas cualidades que hacen que tus amigos te valoren y qué podrías hacer para sostener esas cualidades.

El último elemento del hexaflex es la Acción Comprometida. En esta área se pretende favorecer las conductas que se sustentan en los valores personales de manera factible para el consultante, como se plantearía en cualquier diseño de exposición conductual. En primer lugar, se busca identificar qué conductas son de evitación y cuáles son en dirección a los valores; se utilizará la historia de “Dr. Miedo y Flexaman”: cada uno

encarna un tipo de acción y presentándolos de esta manera será más fácil que el paciente identifique en sí mismo una línea de acción u otra (Mandil et al., 2017). Por otro lado, el ejercicio “Turismo de aventura” ayudará al paciente a diseñar la exposición de manera gradual; el ejercicio consiste en proponer la metáfora de escalar una montaña por etapas con la de conseguir la meta final del paciente subdividiéndola también en lugar de en etapas en submetas preguntándole qué pasos considera que debe llevar a cabo, y qué obstáculos puede encontrar y cómo puede resolverlos.

Ferro (2000) expone un caso de evitación experiencial en un joven de 20 años con una conducta problema de no exponerse a la evaluación académica; situación típica en la adolescencia, por eso lo incluyo en esta revisión. Expongo a continuación una serie de técnicas utilizadas que se encuadran en los objetivos de la ACT ya expuestos: metáfora del polígrafo: mediante la imaginación, exponer al paciente a la situación de estar frente a un polígrafo siendo apuntado por un arma y con la directriz de ser disparado si siente ansiedad, con el objetivo de caer en la cuenta de que controlar las emociones no sirve. Metáfora del hombre en un agujero que intenta salir cavando con una pala, para darse cuenta de que las conductas realizadas hasta ahora no conducen a salir del malestar y buscar alternativas. Ejercicio de la palabra leche (o cualquier otra), consiste en, siendo consciente de lo que significa la palabra leche con todas sus connotaciones, repetirla tantas veces que pierda el significado para demostrar que las palabras y automensajes son simplemente productos verbales y no forman parte de la identidad de uno, es decir desliteralizar. Ejercicio del yo como observador de las emociones y eventos sucedidos a lo largo de la vida para ver que es algo más que ellos y se mantiene continuo en el tiempo (Yo como contexto). Ejercicio del conductor de autobús (uno mismo) que lleva pasajeros (emociones, pensamientos) que le dicen constantemente hacia dónde ir, y el paciente debe decir cómo se relacionaría con ellos, así cae en la cuenta de que no es útil pelearse con ellos. En conclusión, Ferro (2000), expone que la conducta problema de evitación al final de la terapia ha sido eliminada (evitar exponerse a lo académico) sin el diagnóstico clásico y que la clave es modificar las conductas de evitación sostenidas por reglas de pliance (aprendidas socialmente, como por ejemplo “no es bueno estar nervioso” o “no puedo permitirme fracasar en los estudios”), y que hacen que se eleve la ansiedad y sea disfuncional y no

se exponga, y sustituirlas por reglas basadas en la experiencia (tracking) y en la dirección de los valores.

En un caso del trastorno de evitación experiencial relacionado con el consumo de drogas en una adolescente, que puede extrapolarse a los demás trastornos vinculados a la evitación del malestar; Luciano, Páez-Blarrina y Valdivia-Salas (2010) plantean como objetivo general que el cliente pueda decidir qué camino de vida y qué acciones desea llevar a cabo estando en contacto con las emociones negativas, que son una realidad, pero sin que le limiten. Para esto limitan el número de componentes del hexaflex expuesto anteriormente y proponen: clarificación de valores y aceptación; y defusión: desliteralización y conocimiento de las dimensiones del yo. Para el primer componente, se promueve que la persona identifique lo que es más valioso para ella y lo que le gustaría conseguir en la vida. Después se realiza un análisis funcional sobre las contingencias que sustentan el malestar y los efectos que provoca la conducta problema. El estado de Desesperanza Creativa es lo que provoca en el cliente, el plantearle la disyuntiva entre lo que la persona quiere conseguir y lo que está haciendo (conductas de evitación del malestar) y las consecuencias que hasta ahora ha experimentado. En este estado la persona siente que lo que hecho hasta ahora no le ha conducido a donde él quiere y es el primer paso para que la persona pueda comprometerse con otras acciones, es la motivación. Se puede promover la Desesperanza Creativa de una manera experiencial, es decir exponiendo al paciente a las sensaciones provocadas por las decisiones en la línea de la evitación y el fracaso que supone, describiendo las consecuencias, lo cual genera respuestas emocionales intensas; o bien mediante cuestionarios de valores (Luciano et al, 2010). Es fundamental en la terapia validar las experiencias subjetivas del paciente y este es el criterio del éxito en la misma; además es lo que empodera a la persona puesto que elige libremente qué hacer con su vida (Luciano et al, 2010). El objetivo de la defusión es dotar a la persona de la capacidad de elegir a pesar de los pensamientos negativos y el querer evitar a corto plazo el malestar; está enfocada a encaminar la vida basada en valores. Estar fusionado con los pensamientos negativos hace que la persona se los crea, es decir pasen a formar parte del autoconcepto y por tanto dirijan las conductas. Esto se llamaría literalizar los pensamientos, es decir, creerse los automensajes; en el



caso de la droga podrían ser “no soy capaz de aguantar el mono”, “la droga me permite ser yo mismo”, “sin la droga la vida es difícil”. Para la defusión, se propone tras la exposición al malestar, en este caso la sensación de abstinencia, dos métodos, en primer lugar, la toma de perspectiva de las Dimensiones del Yo o el Yo como contexto. Esto quiere decir, como he expuesto anteriormente, el verse a uno mismo como continente de los pensamientos, que serían el contenido, es decir, la idea de que yo soy el contexto que engloba todas mis experiencias internas y externas. Para fomentarlo se pueden aplicar las técnicas mencionadas anteriormente, el pensar en uno mismo en diferentes momentos de la vida y experimentando diferentes sensaciones, o utilizar metáforas. Se pretende contextualizar en el yo las experiencias sucedidas, no son identidad, son productos de la misma. Para la desliteralización, el ver las palabras y automensajes como simples productos verbales y no verse influido y atrapado o anclado en su contenido serán aplicadas cualquiera de las técnicas revisadas (ejercicio leche, leche, leche...). En resumen, así fomentamos el bienestar psicológico en ACT.

### 2.2.3 Evidencia en adolescentes (estudios y resultados)

Se ha aplicado la ACT para diferentes trastornos en el grupo de población adolescente. Respecto al diagnóstico de dolor crónico Wicksell, Dahl, Magnusson y Olsson en 2005 (como se citó en Ferro et al, 2009) aplican ACT a una adolescente y se observó una reducción significativa de los síntomas durante los seis meses posteriores al tratamiento. Similares resultados presentan 14 adolescentes con dolor crónico siguiendo esta terapia en una investigación de Wicksell, Melin y Olsson en 2007 (como se citó en Mandil et al, 2017); asimismo Wicksel, Melin y Lekander en 2009 (como se citó en Mandil et al, 2017) aplican ACT a 32 adolescentes que también padecen de dolor crónico y muestran mejores resultados que un grupo de control que recibe tratamiento farmacológico entre otros.

Respecto a la gama de trastornos de ansiedad, destaca un estudio realizado con 193 jóvenes ansiosos divididos en grupos, uno de los cuales es tratado con ACT. Se ha concluido para este grupo una mejora significativa respecto a la calidad de vida y la

sintomatología, así como en el manejo en la vida cotidiana respecto a las medidas antes de la aplicación, a otro grupo que fue tratado con Terapia Cognitivo Conductual y respecto al grupo de control (Mandil et al., 2017).

En los trastornos del espectro del estado de ánimo depresivo Hayes, Boyd y Sewell (2011) prueban en un estudio que los adolescentes con una media de 15 años de edad que reciben ACT, presentan resultados estadísticamente significativos tanto al finalizar el tratamiento como a largo plazo.

Respecto a la eficacia para prevenir conductas sexuales de riesgo en adolescentes, el estudio de Meltzer, Biglan y Noel en el 2000 (como se citó en Ferro et al., 2009) muestra que, a pesar de no conseguir reducir el contagio de enfermedades de transmisión sexual, sí se consiguió de manera significativa aumentar las conductas sexuales saludables en el grupo que recibió ACT (Mandil et al., 2017). Por último, en esta revisión incluyo un caso en el que Heffner, Sperry, Eifert y Detweiler en 2002 (como se citó en Ferro et al., 2009) aplican ACT a una adolescente de 15 años que padece anorexia nerviosa, y tras el tratamiento y de manera sostenida en el tiempo presentó una significativa reducción de los síntomas.

## 2.3 Terapia Analítica Funcional

### 2.3.1 Marco Teórico

La Terapia Analítica Funcional (en inglés FAP), fue desarrollada por Kohlenberg y Tsai en 1991. Esta terapia se fundamenta en el conductismo radical de Skinner y en concreto en aquellas contingencias que se dan durante el trascurso de la sesión terapéutica, en la equivalencia funcional de lo que sucede en la terapia y en el contexto natural del cliente (que se evoquen las mismas conductas); y en la aplicación del moldeamiento (reforzamiento de las aproximaciones sucesivas a una conducta meta) y el reforzamiento natural. Es decir, el lugar del cambio es la relación terapéutica, el aquí y el ahora de la sesión (Ferro, Valero y López, 2009). La clave del cambio es la concepción del espacio terapéutico como un contexto natural en el cual

se dan los mismos patrones de comportamiento que en este, de manera que el terapeuta puede intervenir aplicando las leyes del condicionamiento in vivo tras la realización del análisis funcional de las conductas problema, provocando así una relación “terapéutica” en sí misma a través de una alianza significativa terapeuta-cliente que permita extrapolar el cambio al entorno (Ferro, 2006).

Derivado del estudio de la conducta verbal de Skinner, en el que se contemplan los ya citados eventos privados como conducta susceptible de análisis funcional (habla, pensamiento), se incluyen relaciones más complejas entre éstos, los antecedentes o estímulos ambientales y las consecuencias conductuales o emocionales. El valor añadido en FAP es la concepción flexible de la relación entre estas variables además del esquema cognitivo conductual tradicional. Así, contempla que se puede actuar o sentir una emoción que no sea acorde o elicitada por una cognición o reaccionar directamente ante un acontecimiento sin mediar el pensamiento, o actuar de manera contraria al propio pensamiento y, por tanto, se puede intervenir in vivo de manera conductual en todas las variables, más eficazmente que mediante el debate cognitivo tradicional que interviene en el pensamiento exclusivamente (Kohlenberg, Tsai, Ferro, Valero, Fernández, y Virués-Ortega, 2005).

### 2.3.2 Aplicación de la Terapia Analítica Funcional y especificidades en la adolescencia

La aplicación de la FAP está centrada en la modificación de la conducta problema del cliente in vivo, basándose en el principio de equivalencia funcional. Las conductas objetivo de intervención pueden manifestarse de cualquier manera, como el habla, o los sentimientos... y se denominan Conductas Clínicamente Relevantes (CCR). Para fomentar su aparición es clave establecer una buena alianza terapéutica (Ferro et al., 2009). Hay tres tipos de CCR: de tipo 1, aquellas que suceden en el trascurso de la sesión terapéutica, que tienen forma de escape o evitación de estímulos aversivos y deben ser extinguidas o disminuidas durante la misma; de tipo 2, aquellas que representan un progreso positivo del cliente, tienen lugar en la sesión terapéutica y deben ser reforzadas positivamente; y de tipo 3, son las valoraciones e interpretaciones que la persona hace de lo que le sucede, de sus conductas, y las causas y consecuencias que atribuyen a las mismas, y también son susceptibles de ser

reforzadas si se ajustan al análisis funcional de la conducta o extinguidas en caso contrario (Ferro, 2006). Estas conductas surgen en la terapia de manera ordenada y así comenzarán abordándose.

La práctica comienza por la conceptualización del caso, como en cualquier terapia de conducta. Consiste en realizar las hipótesis funcionales de las conductas problema. Para ello se propone un registro basado en seis áreas que nos permiten organizar la información del cliente: problemas de la vida diaria; historia relevante para las conductas problema actuales; CCR1 que ocurren en terapia, equivalentes a las conductas problema en el entorno natural; aquellas cogniciones que dificulten el proceso terapéutico; objetivos cotidianos que se pretenden extrapolar a la vida diaria; y los CCR2, es decir aquellas conductas que en terapia reforzaremos (Ferro et al., 2009).

La FAP se basa en cinco reglas que dirigen el comportamiento del terapeuta que pueden utilizarse de manera creativa y flexible (Newring, Parker y Newring, 2010): Regla nº1, observar e identificar CCR; Regla nº2, generar un ambiente propicio en la sesión para evocar CCR1 y CCR2; Regla nº3, planificar y ejecutar el reforzamiento de CCR2 con reforzadores naturales y significativos para la persona en la interacción con el terapeuta; Regla nº4, observar el efecto de la propia intervención sobre las CCR de la persona para seguir o modificar la intervención; Regla nº5, consiste en intervenir sobre las CCR3 promoviendo en la persona una interpretación funcional adecuada sobre el mantenimiento de las conductas problema (Newring y Wheeler, 2012).

Kohlenberg y Tsai (como se citó en Ferro, 2006)añaden tras estas cinco reglas complementos de las mismas aplicables también en terapia: reforzar los comentarios del cliente sobre la propia terapia y lo que sucede en ella para poder trabajar en el aquí y el ahora; fomentar en la persona, según el principio de la equivalencia funcional, el extrapolar y expresar en ambos sentidos aquello que sucede en la terapia y en el entorno natural; fomentar la autenticidad en la expresión de sugerencias y críticas a la terapia; valerse de los contenidos de la historia del paciente para elaborar las metáforas de lo que sucede en la terapia y que así pueda sentirse identificado.

La adaptación de la terapia en adolescentes ha sido realizada por Newring et al., en 2010, y proponen, con la misma manera de aplicación, una serie de cambios y aspectos a tener en cuenta en la intervención con adolescentes. Como en la mayoría de adaptaciones de terapias en la adolescencia, el principal distintivo que se realiza es incluir a la familia en la intervención. Es, por tanto, fundamental para comenzar la intervención con los padres, tras observar las dinámicas de relación y hacer el análisis funcional, dar feedback sobre el impacto de las dinámicas de relación de los padres en el propio terapeuta para que sean conscientes de ellas, y proceder con la modificación de conducta in situ, es decir, reforzar o castigar esas conductas de los progenitores; y que puedan a partir de ahí, ir en la dirección terapéutica deseada para el adolescente (bajo el supuesto de la equivalencia funcional, se repiten las dinámicas entre familiares también con el terapeuta).

Es útil también desde este modelo tener en cuenta la jerarquía de metas descrita por Linehan en 1993 (como se citó en Newring et al., 2010) desde la terapia de conducta dialéctica que expondré más adelante. Esta jerarquía propone tratar en el siguiente orden las conductas que surgen en terapia: intentos autolíticos y autolesiones no autolíticas, conductas que interfieran en la terapia y por último aquellas conductas que sean perjudiciales para la calidad de vida del cliente (malos hábitos de sueño, alimentación...).

Otro aspecto fundamental a tener en cuenta en la adaptación a la adolescencia es la elección de los reforzadores, puesto que son diferentes a los de la edad adulta. Se presta como una gran oportunidad la alianza terapéutica como ambiente de cambio y el terapeuta deberá atender a la historia del adolescente (gustos, aficiones, valores) para elegir aquellas contingencias que sean significativas y adaptarse a su contexto e intereses en lugar de dejarse llevar por las consideraciones personales (Newring et al., 2010).

Una de las metas fundamentales de la etapa adolescente es la relación interpersonal con la familia; desde FAP, se busca generalizar las CCR2 (que funcionan en terapia) a

las relaciones con la familia. Es por tanto un criterio de éxito que estas relaciones sean sanas y la tarea del terapeuta será modelar (mediante el reforzamiento de las aproximaciones sucesivas) aquellas CCR2 hacia los progenitores y permanecer atentos a los resultados para continuar modelando y asesorando (Newring et al., 2010).

El terapeuta de adolescentes debe ser alguien significativo para ellos, sino corremos el riesgo de perder peso en el reforzamiento y la intervención frente al grupo de pares, las drogas u otros ejemplos de ambientes con los cuales los adolescentes pueden interactuar en esta etapa. Para esto Newring et al., (2010) proponen cinco directrices: no tratar de ser importante, ser sincero, ser constante en la intervención, adaptarse a lo que el cliente realmente valora y es funcional para él, y manifestar que el adolescente también es alguien significativo para ti.

### 2.3.3 Evidencia en adolescentes

Si bien se ha aplicado FAP con éxito en numerosas patologías en la edad adulta, (Ferro, Valero y López, 2007), en adolescentes no encontramos tantos estudios. Gaynor y Lawrence en 2002 (como se dice en Newring et al., 2010) aplicaron FAP a un grupo de adolescentes diagnosticados de depresión con resultados positivos significativos tanto en terapia grupal como individual. Asimismo, Newring et al., 2010, han adaptado FAP al tratamiento de las conductas de abuso sexual por parte de adolescentes y fue aplicada con éxito al caso de una adolescente con depresión, problemas de consumo de drogas, dificultades académicas y de relación con la familia; los resultados muestran una remisión de la depresión y de los demás problemas presentados, incluyendo el mantenimiento de la abstinencia de consumir durante dieciocho meses (Newring et al., 2010). Además, se ha aplicado con éxito en un grupo de pre-adolescentes en el entrenamiento en habilidades sociales (Ferro y Valero, 2015).

## 2.4 Terapia de Conducta Dialéctica

### 2.4.1 Marco Teórico

La Terapia de Conducta Dialéctica surge en Estados Unidos y es desarrollada por Linehan en 1993 en el marco de la terapia de conducta con el fin de tratar el Trastorno Límite de la Personalidad. Este trastorno se caracteriza según el DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000) por un patrón general de inestabilidad emocional, afectiva y conductual en la relación con los demás sumado a una gran impulsividad; son frecuentes las autolesiones. Se denomina límite pues está a límite de tener un patrón estable de comportamiento, es decir, los trastornos de personalidad son un patrón estable de comportamiento, y en el caso del límite difícilmente se aprecia esa coherencia siempre en el comportamiento. Linehan manifiesta que los pacientes límite, debido a la profunda desregulación emocional que sufren, encuentran especialmente difícil el cambio exclusivamente basado en lo conductual y sienten una profunda incomprensión y resistencia al tratamiento. Para solventar esto propone alcanzar un equilibrio entre la comprensión o “validación” de la experiencia interna que experimentan los pacientes (emociones, cogniciones, conductas) y reconocer la necesidad de cambio, y poner en marcha las conductas apropiadas para ello (Klein y Miller, 2011). La filosofía en la que se basa como herramienta de validación es la “filosofía dialéctica”: esta línea de pensamiento defiende la idea de que la realidad es un constante cambio provocado por la tensión llamada “dialéctica” entre polos opuestos por su propia disparidad, y se centra en encontrar el equilibrio en ellos para manejarse en la vida mediante la aceptación y el cambio (Klein et al., 2011). En el caso del TLP, esos polos opuestos hacen referencia a la desregulación emocional que les lleva a extremos opuestos tanto en las cogniciones como en las emociones y expresiones conductuales, como por ejemplo sentir enfado hacia una persona a la que queremos o pensar que tenemos carencias, pero a la vez que tenemos capacidad de mejora. A este pensamiento basado en extremos se le denomina dicotómico. Los métodos para alcanzar la “dialéctica” en el pensamiento se basan en argumentos que critiquen el pensamiento dicotómico y vayan en favor del equilibrio en los cambios de las polaridades (Klein et al., 2011). De esta manera al validar las experiencias extremas de los consultantes, se sienten comprendidos y reconocen la necesidad de cambio y por tanto se muestran receptivos a la parte más conductual de la terapia (Klein et al, 2011).

Linehan se basa en el modelo biosocial para argumentar su terapia. Explica que las causas del TLP son por una parte biológicas, lo que se denominaría vulnerabilidad emocional, es decir tener unas emociones muy intensas y difíciles de controlar; y, por otro lado, ambientales o sociales, es decir el entorno en que se desarrolla la infancia y la adolescencia de la persona, en el cual las reacciones de las personas frente a las expresiones emocionales intensas son de invalidación, es decir, de desaprobación frente a lo que siente y expresa la persona, y de petición de autorregulación sin dar a la persona herramientas para actuar de diferente manera, provocando una desconfianza profunda en lo que siente y una profunda desregulación emocional (García, 2006). La persona se encuentra por tanto al límite entre lo que siente, y lo que piensa que debe expresar para ser aceptado y ahí se desarrollan los signos del trastorno, de la desregulación emocional. Esta es una comprensión del trastorno más aproximada a la realidad y que deriva en una mayor empatía y comprensión (Klein et al., 2011).

La DBT plantea cinco áreas a abordar en el tratamiento: la inestabilidad emocional; las relaciones interpersonales que fluctúan entre la idealización y la devaluación y que se basan en esfuerzos desmesurados por evitar el abandono; la impulsividad ligada a los comportamientos autolíticos; el pensamiento o variable cognitiva que se caracteriza por ser rígido y dicotómico; y la sensación de incoherencia en la identidad y la incapacidad de proyectarse en el futuro, pues ellos mismos perciben esa inestabilidad en lo que piensan, sienten y realizan (García, 2006).

Linehan expone tres principios dialécticos para entender desde esta filosofía el trastorno límite: interrelación y globalidad, es decir, tener una perspectiva de conjunto más allá de signos y síntomas y ver la relación entre ellos; polaridad, o tener en cuenta los extremos (emocionales, cognitivos y comportamentales); y el cambio continuo, sensación provocada por la incapacidad de dar sentido a las experiencias internas que son tan extremas y dispares, e integrarlas en el sentido de identidad (coherencia en la autopercepción de continuidad en la manera de actuar y presentarse ante el mundo) (García, 2006). La terapia se centrará por tanto en poder integrar esas tesis y antítesis (extremos emocionales y conductuales), darles un sentido para la persona, validando las emociones que sienten y dando herramientas para manejarlas en relación a los



demás y a uno mismo (García, 2006). La terapia en el caso de los adolescentes, como veremos a continuación, añade el encontrar el “middle path” o término medio respecto a las polaridades tanto emocionales como cognitivas y conductuales del adolescente mediante la filosofía dialéctica (Miller, Glinski, Woodberry, Mitchell e Indik, 2002).

#### 2.4.2 Aplicación en adolescentes

Pese a que la terapia de Conducta Dialéctica a la hora de ser llevada a la práctica se aplica de manera similar en adultos y adolescentes, Rathus y Miller en 2002 (como se dice en Freeman, James, Klein, Mayo y Montgomery, 2016) han adaptado el tratamiento con algunas modificaciones para este período etario. La principal aportación y diferenciación respecto a la edad adulta es involucrar a los padres en el proceso terapéutico, debido a la gran influencia y presencia de la familia en esta edad; tanto en las sesiones individuales como en el entrenamiento en habilidades para que sirvan como modelo a sus hijos y para que las interacciones con ellos vayan también en la misma línea que la terapia y no en invalidar las interacciones (Miller et al., 2002). Además, el período de tratamiento se reduce de 1 año a 16 semanas puesto que los adolescentes tienen más posibilidades de comprometerse con un tratamiento más corto (Salbach-Andrae, Bohnkamp, Pfeiffer, Lehmkuhl y Miller, 2008). Hay que tener en cuenta que hasta los dieciocho años no se diagnostica el TLP, si bien es cierto que en esta franja etaria el trastorno se puede manifestar con toda su sintomatología característica (Ferrer, Prat, Calvo, Andión y Casas, 2013).

Las herramientas que se utilizan en DBT son: grupos de entrenamiento para reforzar y adquirir habilidades (mindfulness, regulación emocional, habilidades de eficacia interpersonal y tolerancia al estrés), sesiones semanales de terapia individual, terapia familiar (máximo 12-14 sesiones), llamadas telefónicas en especial para trabajar conductas suicidas y reforzar la puesta en práctica de las habilidades conductuales, y reuniones de terapeutas para revisar los casos (Klein et al., 2011; Freeman et al., 2016). Las sesiones de terapia individual son la base del tratamiento y se estructuran en: acoger al cliente, revisar las novedades, planificar la sesión, trabajar las emociones

que surjan del consultante, revisar las tareas de corte conductual asignadas en la sesión anterior y revisar el progreso global (Klein et al., 2011).

El tratamiento tiene cuatro fases, más una de pretratamiento. En esta última, se explicita el contrato terapéutico de 16 semanas, se establece la alianza terapéutica y se definen las metas del tratamiento: abordar las conductas suicidas y los intentos autolíticos; tratar las conductas que puedan interferir en el transcurso de la terapia; conductas que influyan provoquen malestar a la persona o interfieran en su vida cotidiana; entrenar en habilidades comportamentales; resolver el estrés-posttraumático; y fomentar la autovalidación. Estas metas son jerárquicas y serán abordadas según este orden si aparecen en la terapia, es decir si presenta malestar en su vida cotidiana, pero a la vez cuenta que ha tenido un intento autolítico, comenzaremos por este último (García, 2006).

La primera fase del tratamiento dura 16 semanas, y mediante la validación y la solución conductual de los problemas que afronta la persona se busca cumplir las metas planteadas. Las sesiones individuales y de grupo son semanales y como apoyo se proponen consultas telefónicas. En esta fase del tratamiento las técnicas se dividen entre técnicas de aceptación y de cambio. Las estrategias o técnicas de aceptación o validación buscan que las personas se den cuenta que las conductas llevadas a cabo hasta ahora no han dado resultado y además estén abiertas a directrices de cambio; así hablamos de “pobreza en el ajuste del temperamento” en lugar de fracaso o etiquetamos las conductas como invalidantes en lugar de a las personas o el entorno (Miller et al., 2002). Se utiliza como herramienta de aceptación los seis niveles de validación para el adolescente y la familia de Linehan: nivel uno, consiste en la escucha no juiciosa del problemas que se manifieste; nivel dos, se pone en marcha una respuesta reflejo por parte del terapeuta; nivel tres, requiere cierto grado de interpretación, y consiste en devolver a la persona aquello que le sucede y que no es capaz de explicar en términos psicológicos; nivel cuatro, es la explicación de las conductas problema y la base del malestar dándole un sentido en su historia vital; nivel cinco, requiere comprender y explicar el foco de la conducta problema, el origen;

nivel seis, mostrar autenticidad, reflejar de manera sincera cuál es la situación en un momento concreto de la terapia (Miller et al., 2002).

Una vez hemos validado las emociones y expresiones del consultante y en el caso de la adolescencia, también de su familia, procedemos a aplicar las técnicas de cambio: habilidades de toma de conciencia, con el fin de localizar las experiencias internas presentes y aceptarlas, para lo que se utiliza fundamentalmente el mindfulness; habilidades de tolerancia del malestar, para poder llevar de manera adecuada la situación de desborde emocional que deriva en conductas de evitación, se proponen la distracción, confrontación, mejorar el momento y analizar pros y contras; habilidades de regulación emocional, con el fin de identificar las emociones, localizar las resistencias al cambio emocional (conductas de evitación que sostienen el malestar en el tiempo), reducir la vulnerabilidad emocional y fomentar el reforzamiento positivo mediante la programación de actividades (García, 2006); habilidades de eficacia interpersonal, enfocadas fundamentalmente a las expectativas tan extremas sobre el comportamiento de los demás y el suyo propio. En adolescentes se propone una quinta habilidad a trabajar llamada “Walking in the middle path” para integrar polaridades en relación a la familia; se proponen tres dilemas dialécticos o polaridades a resolver: 1) excesiva laxitud vs control autoritario, es decir, el dilema entre la permisividad y el autoritarismo; 2) normalizar conductas patológicas vs patologizar conductas normales, es decir, diferenciar aquellas propias de la adolescencia y aquellas que tengan que ver con el trastorno; 3) forzar autonomía vs acoger dependencia, dilema entre pedir al adolescente que asuma responsabilidades de manera autónoma y aceptar aquello que todavía requiere de apoyo para realizar (Mollà, Vila, Treen, López, Sanz, Martín, y Balbuena, 2015). Este es el lenguaje común a la hora de trabajar con adolescentes y familias en terapia mediante técnicas conductuales, validación y debate dialéctico.

La segunda fase se centra en el caso del TLP, en el tratamiento del estrés postraumático que presenta comorbilidad con el trastorno límite (García 2006). La tercera fase busca consolidar lo aprendido y fomentar la autorregulación y autovalidación del paciente, además se sugieren metas vitales para sostener el

aprendizaje (García, 2006). La cuarta fase por último busca activar el sentido hedonista y fomentar metas y actividades placenteras (Klein, 2011).

#### 2.4.3 Evidencia en adolescentes

Katz, Cox, Gunasekara, & Miller (2004) realizan un estudio con una muestra de 62 adolescentes con intentos autolíticos o ideas suicidas hospitalizados. Los resultados al aplicar DBT (Dialectical Behaviour Therapy) son una reducción significativa de los síntomas conductuales.

James, Winmill, Anderson y Alfoadari (2008) (como se citó en Mollà et al., 2015) llevan a cabo un estudio con 16 adolescentes con historial de autolesiones no autolíticas (aquellas que no tienen intención suicida) durante 6 meses. Los resultados muestran una reducción significativa en síntomas depresivos, desesperanza, episodios de autolesiones y una mejora en el desarrollo vital general tras la aplicación de la DBT.

Woodberry y Popenoe en 2008 (como se citó en Mollà et al., 2015) presentan una muestra de 46 adolescentes con historia de intentos autolíticos, autolesiones no autolíticas o desregulación emocional. Ponen en marcha 15 sesiones de DBT con frecuencia semanal y concluyen una mejora en la sintomatología depresiva, rabia, síntomas disociativos, autolesiones no autolíticas e ideación suicida.

Backer, Miller y Bosch en 2009 (como se citó en Mollà et al., 2015) realizan una revisión bibliográfica sobre la aplicación de la DBT en adolescentes para la reducción de las autolesiones no autolíticas tras el tratamiento y concluyen que la eficacia en adolescentes es igual que en adultos.

## CONCLUSIONES

He realizado una revisión de lo que se conoce como “Tercera Generación de Terapias Conductuales” a través de aquellas más representativas de esta nueva ola. Si bien, por la extensión del propio trabajo, no ha sido conveniente incluir otras terapias que

pertenecen a esta generación como pueden ser la Terapia Conductual Integrada de Pareja o Terapia Cognitiva con base en Mindfulness. Además de la limitación espacial, por el enfoque dirigido a adolescentes, no he incluido la Terapia de Activación Conductual, puesto que no cuenta con una adaptación al trabajo con adolescentes y por supuesto no cuenta con estudios relevantes sobre su aplicación en los mismos, puesto que la sintomatología en adolescentes tiene más que ver con la irritabilidad y la falta de motivación (Méndez, 2011) que con la pérdida de contacto con reforzadores significativos que en la adultez lleva a la falta de actividad y activación, es decir, la anulación de cualquier actitud proactiva (Barraca, 2016).

Esta nueva ola de terapias recoge la filosofía conductual original a raíz del hallazgo de que la parte clave para la mejora de la salud mental en la terapia cognitiva es el componente conductual (Barraca, 2016), esto abre una línea de intervención más holística que si se limita la intervención a las cogniciones de la persona. Desde la ACT se ofrece una línea de intervención muy completa, partiendo de la Teoría del Marco Relacional para orientarse, hasta un nuevo concepto de salud mental desglosado en seis áreas sobre las que es más accesible la intervención y que se apoya en una serie de metáforas y directrices para conseguir de manera razonada la modificación de las contingencias, especialmente de evitación experiencial, que es una nueva manera de concebir la patología; en que se encuentra la persona. Por otra parte, la Terapia Analítico Funcional aprovecha al máximo las interacciones que se dan en el contexto de la sesión con el terapeuta, y ese es el valor diferencial, que en el entorno de la terapia se pueda intervenir de manera directa sobre aquellas contingencias, desde el punto de vista funcional, desadaptativas de la persona y como terapeutas desplegar bajo el supuesto de la equivalencia funcional, todas las técnicas conductuales de probada eficacia, in situ, viendo el progreso en la propia sesión. Por último, la Terapia de Conducta Dialéctica tiene una fundamentación filosófica muy influyente en la intervención, la dialéctica, y eso permite al terapeuta mantener una línea argumental clara durante la terapia; aunque originalmente fue concebida para el TLP, como hemos visto antes, es aplicable a una gama mucho más amplia de trastornos.

Por otro lado, de esta revisión, se puede resaltar que las Terapias de Tercera Generación cuentan con numerosos estudios empíricos aquí recogidos que avalan su efectividad para diferentes y variados trastornos en la adolescencia. Por tanto, este cambio a nivel teórico propuesto en el modelo biopsicosocial y contextual, objeto de esta revisión, y compartido por estas terapias; se presenta como una alternativa o al menos fomenta una reflexión respecto al modelo biomédico o de déficit, enfocado en la eliminación de la sintomatología sin tomar en consideración las circunstancias y el contexto en el que se encuentra la persona, y que no atiende a la intervención sobre ese contexto o sobre las variables situacionales (Romero, Poves y Vucinovich, 2019). Por supuesto esta concepción de la salud mental es beneficiosa, tanto en adolescentes como en la población en general a la luz de los resultados empíricos aquí expuestos.

Esta línea de investigación puede ser muy útil tanto en el corto como en el largo plazo para el cuestionamiento y el fin del estigma asociado a la salud mental, puesto que el peso que supone el considerar la enfermedad como un déficit es limitante y es una causa del estigma, si bien la concepción de este como una situación sobre la que es posible intervenir incita a la proactividad en los pacientes (Romero et al., 2019). Es, por tanto, este giro contextual beneficioso en muchos aspectos y por supuesto esperanzador a la vista de lo aquí concluido para acercarnos cada día más a la verdadera salud mental.

## BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental health disorders: DSM-4*(4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing

Barraca, J. (2016). La Activación Conductual en la práctica: técnicas, organización de la intervención, dificultades y variantes. *Análisis y Modificación de Conducta*, 42(165–166), 15–33.

Ciarrochi, J., Hayes, L., y Bailey, A., (2012). *Sal de tu mente y entra en tu vida para adolescentes* (2nd ed.). Oakland: Editorial Desclée De Brower, S.A.

Ferro, R. (2000). Aplicación de la terapia de aceptación y compromiso en un ejemplo de evitación experiencial. *Psicothema*, 12(3), 445–450.

- Ferro, R. (2006). Psicoterapia Analítico-Funcional: una aproximación contextual funcional al tratamiento psicológico. *EduPsykhé*, 5(2), 203–229.
- Ferro, R., Valero, L., y López M. (2007). Novedades y aportaciones desde la psicoterapia analítica funcional. *Psicothema*.
- Ferro, R., Valero, L., y López M. (2009). La conceptualización de casos clínicos desde la psicoterapia analítica funcional. *Papeles Del Psicologo*, 30(3), 255–264.
- Ferro, R., y Valero, L. (2015). Avances en la Psicoterapia Analítica Funcional. *Avances En Psicología Latinoamericana*, 33(1), 15–30.
- Ferro, R., Vives, C., & Ascanio, L. (2009). Novedades en el Tratamiento Conductual de Niños y Adolescentes. *Clínica y Salud*, 20(2), 119–130.
- Freeman, K. R., James, S., Klein, K. P., Mayo, D., & Montgomery, S. (2016). Outpatient Dialectical Behavior Therapy for Adolescents Engaged in Deliberate Self-Harm: Conceptual and Methodological Considerations. *Child and Adolescent Social Work Journal*. Springer New York LLC.
- García, A. (2006). La Terapia Dialéctico Comportamental. *EduPsykhé*, 5, 255-271.
- García Montes, J. M., Luciano Soriano, C. M., Hernández López, M., & Zaldívar Basurto, F. (2004). Aplicación de la terapia de aceptación y Compromiso (ACT) a sintomatología delirante: un estudio de caso. [Application of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in delusional symptomatology: a case study]. *Psicothema*, 6(1), 117-124.
- Hayes, L., Boyd, C., y Sewell, J. (2011). Acceptance and Commitment Therapy for the treatment of adolescent depression: A pilot study in a psychiatric outpatient setting. *Mindfulness*, 2, 86-94
- Katz, L. Y., Cox, B. J., Gunasekara, S., & Miller, A. L. (2004). Feasibility of dialectical behavior therapy for suicidal adolescent inpatients. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(3), 276–282.
- Klein, D. A., & Miller, A. L. (2011, April). Dialectical Behavior Therapy for Suicidal Adolescents with Borderline Personality Disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*.
- Kohlenberg, R., Tsai, M., Ferro, R., Valero, L., Fernández, A. & ViruésOrtega, J. (2005). Psicoterapia Analítico-Funcional y Terapia de Aceptación y Compromiso: teoría, aplicaciones y continuidad con el análisis del comportamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5 (2), 349-371.
- Luciano, C., Páez-Blarrina, M., & Valdivia-Salas, S. (2010). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el consumo de sustancias como estrategia de Evitación Experiencial. *International Journal of Clinical and Health Psychology*.

Mandil, J., Quintero, P., y Maero, F., (2017). *Terapia de Aceptación y Compromiso con adolescentes*. Argentina: Librería Akadia Editorial.

Méndez, F.X. (2011). *El niño que no sonríe*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Miller, A. L., Glinski, J., Woodberry, K. A., Mitchell, A. G., & Indik, J. (2002). Family therapy and dialectical behavior therapy with adolescents. *American Journal of Psychotherapy*, 56(4), 568–584.

Mollà, L., Vila, S. B., Treen, D., López, J., Sanz, N., Martín, L. M., y Bulbena, A. (2015). Autolesiones no suicidas en adolescentes: revisión de los tratamientos psicológicos [Non-suicidal self-harm in adolescents: A review of psychological treatments]. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 20(1), 51-61.

Mosquera, L. (2016). Suicidal behavior in childhood: A critical review. *Journal of Clinical Psychology with Children and Adolescents*, 3(1), 9–18.

Murrell A.R., Coyne L.W., Wilson K.G. (2004) ACT with Children, Adolescents, and Their Parents. In: Hayes S.C., Strosahl K.D. (eds) *A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy*. Springer, Boston, MA

Newring, K. A. B., & Wheeler, J. G. (2012). Functional Analytic Psychotherapy with juveniles who have committed sexual offenses. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7(2–3), 102–110.

Newring, R. W., Parker, C. R., & Newring, K. A. B. (2010). FAP strategies and ideas for working with adolescents adolescents. In *The Practice of Functional Analytic Psychotherapy* (pp. 187–203). Springer New York.

Newring, K. A. B., & Wheeler, J. G. (2012). Functional Analytic Psychotherapy with juveniles who have committed sexual offenses. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7(2-3), 102-110.

Pérez, M. (2006). La Terapia de Conducta de Tercera Generación. *EduPsykhé*, 5(2), 159-172.

Romero Gamero, R., Poves Oñate, S., & Vucinovich, N. (2019). Efectos de la activación conductual sobre la sintomatología depresiva, la sintomatología psicótica y el nivel de discapacidad percibida: a propósito de un caso. *Análisis y Modificación de Conducta*, 41(163–64).

Ruiz, M. A., Díaz, M. A., y Villalobos, A. (2012). Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales* (pp. 317–361). Desclée de Brouwer.



Ruiz, M. A., Díaz, M. A., Villalobos, A., y González, M.P., (2012). Terapia Cognitiva. *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales* (pp. 383–431). Desclée de Brouwer.

Salbach-Andrae, H., Bohnekamp, I., Pfeiffer, E., Lehmkuhl, U., & Miller, A. L. (2008). Dialectical Behavior Therapy of Anorexia and Bulimia Nervosa Among Adolescents: A Case Series. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15(4), 415–425.