

Habilidades Clínicas en la Terapia Conductual de Tercera Generación

Clinical Skills in the Third-Wave of Behavioral Therapy

Jorge Barraca Mairal
Universidad Camilo José Cela

Resumen. En este artículo se repasan las técnicas de tres de las terapias de tercera generación conductual (Terapia de Aceptación y Compromiso, Psicoterapia Analítico Funcional y Terapia Conductual Dialéctica) para reflexionar sobre el tipo de destrezas que el terapeuta debe desarrollar si pretende lograr una actuación competente al practicarlas. Este examen lleva a distinguir entre: (1) habilidades de escucha y discriminación de respuesta; (2) habilidades de fluidez, repertorio y competencia verbal; (3) habilidades de ejecución motora; (4) habilidades de imaginación-creatividad; (5) habilidades de conexión-empatía; y (6) otras habilidades (trabajo en grupo entre terapeutas, meditación, atención plena, etc.). Un análisis de estas destrezas permite concluir que los nuevos desarrollos parten de las tradicionales habilidades del terapeuta cognitivo-conductual pero replanteadas y con formas decididamente más elaboradas. Por otro lado, se revela que las competencias habitualmente entrenadas en la licenciatura, así como las que pueden derivarse exclusivamente de la lectura de los textos en que se divulgan estas terapias, resultan limitadas para un trabajo eficaz dentro de estos nuevos modelos. En conclusión, se propone la implementación de una formación práctica o procedimental a través de talleres, materiales audio-visuales y supervisión de casos. *Palabras clave:* habilidades terapéuticas; terapia conductual de tercera generación; terapia conductual dialéctica; psicoterapia analítico funcional; terapia de aceptación y compromiso.

Abstract. In this paper, the techniques of three of the third-wave of behavioral therapy are reviewed –Acceptance and Commitment Therapy, Functional Analytical Psychotherapy and Dialectic Behavioral Therapy). We reflect on the type of skills that the therapist must develop in order to guarantee a competent performance when practicing. A distinction is made between: (1) listening and answer discrimination skills; (2) fluidity, variety and verbal competence skills; (3) motor skills; (4) imagination-creativity skills; (5) empathy skills; and (6) other skills –e.g., working in groups of therapist, meditation, mindfulness, etc. An analysis of these skills let us conclude that the new developments start from cognitive-behavioral therapy traditional skills but are reframed and elaborated in new ways. On the other hand, we found that the skills more commonly trained during the degree, as well as those that can be obtained from reading the texts in which these therapies are explained, are scarce for an effective work within these new models. Finally, we propose the improvement of practical training through workshops, audio-visual resources and case supervision.

Key words: therapeutic skills; third-wave behavior therapy; dialectical behavior therapy; functional analytic psychotherapy; acceptance and commitment therapy.

La correspondencia sobre este artículo dirigirla al Departamento de Psicología. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Camilo José Cela. C/. Castillo de Alarcón, 49. 28692-Villanueva de la Cañada (Madrid). Tlf. 91 815 31 31 (ext. 1336). E-mail: jbarraca@ucjc.edu

El logro de los objetivos en una terapia está en función de múltiples variables entre las que se encuentran, por un lado, la elección de un enfoque terapéutico adecuado al caso, el correcto análisis de las variables causales y la elección de unas técnicas eficaces dada la situación y las características del sujeto, pero, por otro lado, también de las habilidades que el clínico posea y despliegue. La terapia más eficaz, el análisis más certero y la técnica más poderosa pueden resultar inútiles si el terapeuta no ha desarrollado un repertorio de actuación que —en el contexto particular de la clínica— le permita ser comprendido, motivar al paciente y solventar las dificultades que surjan a lo largo de la terapia. De forma análoga, el cirujano puede haber diagnosticado correctamente al paciente que debe operar, saber cuáles son los pasos que han de seguirse en la intervención quirúrgica (esto es, conocer la técnica) pero fracasar al carecer de habilidad. El trabajo del psicoterapeuta posee también estas dimensiones pero, además, muchas otras y de una cualidad distinta, pues el cirujano no suele requerir la colaboración del paciente durante la operación, mientras que para el psicólogo resulta imprescindible.

En la formación de los psicólogos existe una carencia tradicional respecto al conjunto de destrezas que debe desarrollarse para la práctica profesional competente. Hoy en día, en la licenciatura, el *practicum* sigue siendo una formación residual¹ y sólo algunas enseñanzas de postgrado o una supervisión enfocada a la práctica favorecen la adquisición real de las habilidades clínicas.

Pero si se plantean dudas respecto a la adquisición de competencia en las técnicas más comunes de modificación de conducta que se enseñan y, en ocasiones, hasta se ilustran y practican durante la carrera y en muchas formaciones de postgrado ¿qué sucederá con aquellas menos conocidas como las que requiere la terapia conductual de tercera generación?

En este artículo el objetivo estriba precisamente en tratar de responder a algunas cuestiones fundamentales relativas al conocimiento de las nuevas

técnicas psicoterapéuticas; en concreto, se centra en los siguientes puntos:

1. ¿Se conocen las habilidades necesarias para una práctica competente en las terapias de conducta de tercera generación o sólo se posee información sobre sus fundamentos teóricos?
2. ¿Son iguales o equivalentes las habilidades terapéuticas necesarias para la práctica de modelos como la Terapia de Aceptación y Compromiso, la Psicoterapia Analítico Funcional, la Terapia Conductual Dialéctica, el Mindfulness, la Activación Conductual o la Terapia Integral de Pareja?
3. ¿Son las habilidades entrenadas tradicionalmente en la terapia cognitivo-conductual un conjunto de destrezas adecuado para iniciarse en una práctica competente dentro de las terapias de conducta de tercera generación?

Para tratar de responder a estas cuestiones se revisará, en primer lugar, cuáles son las habilidades tradicionales sobre las que habitualmente se adquiere formación; posteriormente, se mencionarán cuáles son las terapias que se incluyen en la tercera generación, haciendo una mención a sus características como grupo. Como es lógico, no se expondrán estos enfoques terapéuticos sino que únicamente se extraerán de tres de ellos las habilidades que implícitamente requieren para su práctica competente. Más adelante, se compararán, para tratar así de dilucidar si todas ellas exigen las mismas destrezas. Finalmente, se contrastarán con las que conoce el psicoterapeuta formado tradicionalmente en terapia de conducta.

Las habilidades terapéuticas tradicionales

Sin duda, el modelo conductual no se ha adentrado, hasta hace algunos años, en un análisis pormenorizado de las competencias clínicas; o, al menos, no de forma semejante al que han llevado a cabo otras tradiciones psicoterapéuticas. Sin embargo, es verdad que pueden mencionarse cada vez más libros centrados en este particular (cf. para textos generales publicados en España: Comier y Comier, 1994; Gavino, 1997; Ruiz, 1998; o Ruiz y Villalobos, 1994).

¹ Existe la posibilidad, puestos a ser optimistas, que con los nuevos planes de estudio cambien esta situación, pues el periodo de prácticas para la obtención del grado acogerá bastantes más créditos.

Desde estas referencias y algunas otras más particulares (específicas para el tratamiento de algún cuadro concreto) se podría conformar una clasificación de habilidades que, en grandes líneas, acoge destrezas básicas referidas a la relación terapéutica (empatía, aceptación, autenticidad, cordialidad, etc.), habilidades de escucha (clarificación, paráfrasis, reflejo, síntesis), habilidades de acción verbal (saber preguntar, confrontar, ofrecer información o aportar análisis o interpretaciones), habilidades del conocimiento sobre el modelo específico desde el que se trabaja, competencias sobre las técnicas concretas (por ejemplo, sobre la desensibilización sistemática, la exposición, el entrenamiento en habilidades sociales, la reestructuración cognitiva, etc.), y otras habilidades más generales y difíciles de clasificar (fluidez, flexibilidad, etc.). En el cuadro 1 se sintetiza esta clasificación.

Cuadro 1. Habilidades tradicionales para la práctica de la terapia cognitivo-conductual

- *Habilidades básicas* (vinculadas a la relación terapéutica): Empatía, Aceptación, Autenticidad, Cordialidad, Respeto a la deontología profesional, etc.
- *Habilidades de escucha:* Clarificación, Paráfrasis, Reflejo, Síntesis.
- *Habilidades de acción verbal:* Preguntas, Confrontación, Interpretación, Análisis, Información.
- *Conocimientos generales del modelo desde el que se trabaja:*
(Se incluye aquí todo tipo de información sobre las bases del modelo, su aplicación práctica, sus variantes, etc.).
- *Competencia en técnicas conductuales y cognitivas concretas:*
Por ejemplo, D. S., Exposición, Control de contingencias, Entrenamientos en habilidades sociales, Relajación, Reestructuración Cognitiva, etc.
- *Otras habilidades generales:*
Fluidez, Flexibilidad, Seguridad, etc.

Por supuesto, algunas de estas habilidades no son exclusivas de la terapia de conducta, pero su ejercicio competente no es en absoluto ajeno a ellas. También es verdad que el listado propuesto, como revisión personal a partir de distintos trabajos publicados, puede admitir variantes, y no se propone como una síntesis completa o exhaustiva

de las habilidades en el campo conductual, sino únicamente como un esbozo de lo que —en términos globales— son las destrezas más conocidas y entrenadas.

La terapia de conducta de tercera generación

Dentro de la terapia de conducta, en particular durante los últimos años, se ha producido una propagación de una serie de terapias que, de acuerdo con Hayes (2004), representan una *tercera generación* o *tercera ola*. En este grupo se incluyen la Terapia de Aceptación y Compromiso: ACT² (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999), la Psicoterapia Analítico Funcional: FAP (Kohlenberg y Tsai, 1991), la Terapia de Activación Conductual: BA (Martell, Addis y Jacobson, 2001), la Terapia Integral de Pareja: IBCT (Jacobson y Christensen, 1996), la Terapia Conductual Dialéctica: DBT (Linehan, 1993), la Atención Plena o Mindfulness (Kabat-Zinn, 1990; Segal, Williams y Teasdale, 2002) y otras variantes de la terapia cognitivo-conductual.

Partiendo de la delimitación de Hayes (2004) de tercera generación, es posible afirmar que estas modalidades de trabajo en la clínica tienen en común un planteamiento contextual, otorgan un énfasis singular al análisis de la funcionalidad de la conducta, toman la flexibilidad como criterio de adaptación ante los problemas (en vez de centrarse en la desaparición del síntoma) y despsiquiatrizan o desmedicalizan las categorías diagnósticas tradicionales. Pero aunque todas ellas poseen evidentes puntos de unión (Pérez Álvarez, 2006), también es cierto que, a la hora de ponerlas en práctica, se diferencian acusadamente por sus dinámicas y modalidades de intervención (Barraca, 2006). Así mismo, algunos autores también han mencionado expresamente las importantes diferencias en los procedimientos de ACT con respecto a las tradicionales técnicas conductuales (Kohlenberg, Tsai, Ferro García, Valero Aguayo, Fernández Parra y Virués-Ortega, 2005).

² En todos los casos se emplean a lo largo del artículo las siglas en inglés que identifican estas terapias: ACT (*Acceptance and Commitment Therapy*); FAP (*Functional Analytic Psychotherapy*); BA (*Behavioral Activation*); IBCT (*Integrative Behavior Couple Therapy*); DBT (*Dialectical Behavior Therapy*).

Pero, como quiera que sea, para el colectivo de psicólogos que trabaja en terapia de conducta estos nuevos desarrollos aparecen vinculados o unidos, se asume que tienen estrechas conexiones y que la comprensión y el aprendizaje de unos favorece el de los otros.

Por último, fruto de esa vinculación mutua es su presentación conjunta en foros, conferencias y reuniones científicas, como por ejemplo las organizadas por la Sociedad Española de Psicología Clínica y de la Salud en su IV Reunión Anual (Octubre 2005) o por el Colegio de Psicólogos de Andalucía Oriental en su I Encuentro de Psicología Clínica y de la Salud (Junio 2007); y, por supuesto, su aparición en números monográficos (VV.AA., 2006, *EduPsykhé*, 5 (2); VV.AA., 2006, *Papeles del Psicólogo*, 27 (2); VV.AA., 2006, *Psicología Conductual*, 14 (3)).

Las habilidades del terapeuta en la práctica de ACT, FAP y DBT

Los modelos que se agrupan dentro de las terapias de tercera generación son bastantes y no han corrido un proceso paralelo. Dentro de este grupo hay terapias que podrían considerarse nucleares o fundacionales (como es el caso de ACT), otras se han desarrollado a partir de técnicas procedentes de otras tradiciones psicológicas (como el Mindfulness); también las hay concebidas como perfeccionamiento de una terapia anterior (como la IBCT), o como métodos de intervención eficaces para un trastorno específico (la DBT para el caso del trastorno límite de la personalidad o la BA para el de la depresión); mientras que en el otro polo estarían las de amplio espectro o útiles para una gran variedad de problemas (caso de ACT o FAP). Además, existen igualmente diferencias cronológicas entre las formuladas hace más tiempo (DBT, ACT, PAF) y las más recientes (BA). Por último, algunas han logrado un reconocimiento como terapias de elección por su probada eficacia (DBT, BA).

Dadas todas estas disimilitudes, resulta prácticamente imposible ofrecer una panorámica cabal sobre sus técnicas y las destrezas en ellas implicadas, por eso, en este artículo, se ha optado por redu-

cir el análisis únicamente a tres de ellas: ACT, FAP y DBT, que se han elegido por su mayor conocimiento, expansión y desarrollo, así como por sus garantías de eficacia corroboradas en múltiples trabajos experimentales; además, otros elementos para justificar esta elección son la antigüedad de las terapias, su clara distinción entre métodos y objetivos (a diferencia de lo que sucede con el Mindfulness, que puede verse tanto como una terapia como una técnica) o su no limitación exclusiva al formato de pareja (característico de la IBCT).

Si se recorre la forma de trabajo de estos tres modelos, resulta posible deducir cuáles son las habilidades que —a partir de sus distintas fases— debe desplegar el terapeuta cuando las pone en práctica. En los cuadros 2, 3 y 4 se recogen estas habilidades. Ciertamente para comprender esta síntesis resulta imprescindible conocer cuáles son los planteamientos teóricos de cada una de estas terapias y estar familiarizado con su forma de trabajo. La pretensión aquí no es desglosar estos modelos, sino, únicamente, entresacar las destrezas implicadas necesariamente en estas intervenciones.

Singularmente, en ACT (cuadro 2) puede observarse que para alcanzar los objetivos terapéuticos más sobresalientes —romper con la literalidad con que se actúa respecto a las palabras, abrirse a la

Cuadro 2. Habilidades particulares para la práctica de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)

- Capacidad para ofrecer explicaciones (ejs. “tu mente no es tu amiga”; “y” vs. “pero”).
- Capacidad para recodar metáforas, crearlas y hablar con lenguaje metafórico (ejs. metáforas de el hombre en el agujero, el autobús y los pasajeros, el tablero y las fichas de ajedrez).
- Soltura en los ejercicios experienciales (ejs. lanzar cartas con contenidos desagradables; lleva tu mente de paseo; mirarse a los ojos durante un minuto).
- Capacidad para proponer y servirse de paradojas (ejs. esposas chinas; “esfuérzate: sé espontáneo”; “no creas nada de lo que te digo”).
- Capacidad para usar el lenguaje de forma alternativa para desliteralizarlo (ejs. ejercicio “leche-leche-leche”, “eso es un pensamiento / una comparación / un sentimiento”).
- Manejo de otras técnicas: exposiciones, *role-playings*, etc. (sobre todo una vez adquirida la aceptación).

experimentación de sensaciones, pensamientos, recuerdos, etc. sin evitación y encaminarse decididamente hacia las metas vitales— se impone un manejo muy particular del lenguaje verbal (metáforas, paradojas, etc.), algo coherente con el modelo que, desarrollado a partir de la Teoría del Marco Relacional (Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001), aboga por un análisis funcional de la cognición. Así mismo, se exige una especial habilidad a la hora de poner en práctica ejercicios experienciales (muy en consonancia con los de tradición gestáltica).

Por su parte, en FAP (cuadro 3) resulta muy importante la capacidad del terapeuta para discriminar y, en consecuencia, responder de forma competente cuando las verbalizaciones o acciones del paciente tienen una función de respuesta particular. Esto implica que, en ocasiones, tendrá que responderse de forma no convencional si las manifestaciones del paciente poseen una función de respuesta que va en la línea de los objetivos terapéuticos: por ejemplo, si un paciente poco asertivo se niega a llevar a cabo el entrenamiento en habilidades sociales

Cuadro 3. Habilidades particulares para la práctica de la Psicoterapia Analítico Funcional (FAP)

- Capacidad para ofrecer explicaciones (ej. los pensamientos no siempre preceden y explican las conductas).
- Capacidad para diferenciar varias funciones de respuesta (Conductas Clínicamente Relevantes*).
- Destreza en las “Cinco Reglas Terapéuticas” (1. Atender a las CCRs; 2. Evocar las CCR1; 3. Reforzar las CCR2 de forma natural; 4. Observar los efectos reforzantes de la conducta del terapeuta sobre las CCRs del paciente; y 5. Ofrecer interpretaciones funcionales sobre las variables que afectan a la conducta).
- Saber asignar, explicar y gestionar registros como técnica de tratamiento y no sólo como forma de evaluación (ej. autobiografías, registros tipo Beck**).
- Manejar otras técnicas: exposiciones, habilidades sociales, terapia cognitiva, etc.

* Las Conductas Clínicamente Relevantes (CCR) para este modelo son tres: CCR1: Las manifestaciones del problema en consulta (CCRs que son, en principio, el problema por el que se necesita ayuda); CCR2: Las manifestaciones de mejoría en consulta (conductas alternativas “positivas”); y CCR3: Las interpretaciones que el cliente hace de sus propias conductas, en particular cuando adquieren una forma similar a la del análisis funcional.

** Aunque sólo en el caso de las CCRs y cuando se lleva a cabo la llamada Terapia Cognitiva Reforzada Funcionalmente (FECT: *Functional Enhanced Cognitive Therapy*).

el terapeuta debería reforzar esa conducta, en vez de castigarla, pues, en lenguaje de FAP, se trataría de una CCR2 (Conducta Clínicamente Relevante 2).

Por último, en la terapia desarrollada por Linehan (cuadro 4), es fundamental que el terapeuta conozca

Cuadro 4. Habilidades particulares para la práctica de la Terapia Conductual Dialéctica (DBT)

- Capacidad para ofrecer explicaciones (ej. la necesidad de jerarquizar la intervención, explicaciones sobre las características del trastorno límite de la personalidad).
- Conocimiento y soltura con técnicas de meditación, atención plena, etc. (para lograr aceptación de sentimientos, emociones, tolerancia al malestar, etc. y la validación personal).
- Manejo de habilidades “dialécticas” (integración ‘tesis’ y ‘antítesis’, superación de los problemas de polaridad y cambio continuo).
- Saber trabajar en grupo con otros terapeutas.
- Manejo de otras técnicas: exposiciones, control de contingencias, terapia cognitiva, entrenamientos en habilidades de comunicación, de resolución de problemas, de asertividad, etc.

técnicas de mindfulness y de meditación, que sepa manejar unas habilidades verbales —aunque no exclusivamente— también peculiares (un diálogo socrático o integrador que podría denominarse habilidades “dialécticas”) y que posea capacidad para trabajar alternativamente de forma individual y en equipo con los mismos pacientes (algo poco habitual en el contexto de la clínica más tradicional).

Si se integra ahora en una sola tabla la información extraída de cada una de estas modalidades de respuesta, se encontrarán claros solapamientos pero también evidentes discrepancias (ver Tabla 1). Así, existe coincidencia en las habilidades que tienen que ver con aportar información o con la puesta en práctica de técnicas habituales en la modificación de conducta tradicional, pero no se produce la misma coincidencia con otros procedimientos vinculados a otras tradiciones terapéuticas (por ejemplo, el uso de metáforas o ejercicios experienciales) o desarrollados de forma novedosa (reglas terapéuticas, técnicas dialécticas, etc.). Por otro lado, es importante resaltar que, si bien las explicaciones o los análisis también son característicos de la terapia conductual de primera y segunda genera-

Tabla 1. Habilidades terapéuticas para ACT, FAP y DBT

TÉCNICA / ESTRATEGIA	ACT	FAP	DBT
Explicaciones, Información, Análisis	X	X	X
Manejo de registros como técnica de tratamiento		X	
Exposiciones, Entrenamientos en Habilidades Sociales, Control de contingencias, etc.	X	X	X
Discriminación de funciones de respuesta	X	X	
Uso de metáforas	X		
Ejercicios experienciales	X		
Uso de paradojas terapéuticas	X		
Técnicas “dialécticas”			X
“Reglas terapéuticas”		X	
Trabajo terapéutico coordinado en grupos profesionales			X
Meditación, atención plena y otras técnicas Zen	X		X

ción, ni sus explicaciones ni sus análisis son equivalentes a los de tercera generación, pues en ésta la clave está siempre en la función de la conducta y los aspectos contextuales son valorados como causales (y no las cogniciones que el sujeto pueda tener, como es el caso fundamentalmente de la segunda generación).

Y si se organiza ahora toda esta información — sobre todo la relativa a las competencias verbales — y se elabora una pintura quizás más precisa de las distintas habilidades necesarias en la terapia conductual de tercera generación cabe concluir que el clínico debe poseer o desarrollar el siguiente repertorio: (1) habilidades de escucha y discriminación de respuesta (necesarias para detectar las CCRs de la FAP o las respuestas cognitivo-verbales “evitativas” de ACT o de DBT); (2) habilidades de fluidez, repertorio y competencia verbal (que incluiría el uso de metáforas, paradojas verbales, explicaciones de todo tipo, diálogo socrático o “dialéctico”, etc.); (3) habilidades de ejecución motora (por la necesidad de proponer y llevar a cabo ejercicios experienciales, exposiciones, entrenamientos en todo tipo de habilidades concretas, etc.); (4) habilidades de imaginación-creatividad (por la necesidad de generar nuevas metáforas, usar el lenguaje de forma alternativa, plasmar nuevas imágenes evocadoras, o estimular respuestas anti-convencionales explicables desde el planteamiento funcional que se proponen en FAP); (5) habilidades de conexión-empatía (la “validación” del paciente de DBT, la cercanía en el sufrimiento o “estar en el mismo barco” de ACT, o el aprove-

chamiento de las oportunidades de aprendizaje por la relación entre el terapeuta y el cliente de FAP³); y (6) otras habilidades (trabajo en grupo de varios terapeutas con el mismo cliente, meditación-atención plena, etc.).

Habilidades del terapeuta cognitivo-conductual tradicional vs. Habilidades del terapeuta conductual de tercera generación

Una vez presentada esta clasificación, resulta ahora posible llegar al aspecto fundamental de este análisis y tratar de establecer una comparación entre las habilidades que requiere un terapeuta conductual tradicional y las que debe desarrollar uno que practique los modelos de tercera generación. En la tabla 2 se ofrece una síntesis de esta comparación.

Al observar esta tabla se comprende que la actividad clínica de ambos se basa en principio en habilidades bastante próximas, pero ni mucho menos iguales. Debe apreciarse que, aunque se incluyan en la misma categoría, en las terapias de tercera generación varias de estas habilidades se despliegan de una manera mucho más notable y adquieren formas decididamente más elaboradas. Por ejemplo, aunque es cierto que un terapeuta conductual en el modelo tradicional debe exhibir

³ Es una traducción literal de las denominadas originalmente TCRLRO o *Therapist-Client Relationship Learning Opportunities* desarrolladas últimamente en FAP (Kohlenberg, Kanter, Bolling, Wexner, Parker y Tsai, 2004).

Tabla 2. Habilidades del clínico en la terapia conductual tradicional y en la terapia de conducta de tercera generación

	Terapia Tradicional	Terapia de 3ª Generación
Habilidades de discriminación de respuesta		X
Habilidades de fluidez, repertorio y competencia verbal	X	X
Habilidades de ejecución motora	X	X
Habilidades de imaginación-creatividad		X
Habilidades de conexión-empatía	X	X
Otras habilidades (trabajo en grupo, meditación-atención plena, etc.).		X

fluidez y dominio del lenguaje (para facilitar la persuasión y motivación), en modelos como ACT, FAP o DBT este repertorio verbal abarca nuevos elementos y nuevas modalidades (por ejemplo, el uso extensivo de metáforas y de un lenguaje paradójico); igualmente, las habilidades de ejecución motora se vuelven más complejas (no basta sólo, por ejemplo, con ser un buen modelo en el entrenamiento en habilidades sociales, sino que hay que saber actuar de forma extraordinariamente flexible, en particular en el trabajo de los ejercicios experienciales de ACT); por último, las habilidades para demostrar la empatía también albergan sus peculiaridades pues si en la terapia conductual tradicional esta destreza es contemplada como un elemento facilitador del cambio y se encuentra al servicio de las técnicas, en modelos como DBT se convierte en uno de los ingredientes esenciales de la terapia y, por tanto, algo clave e imprescindible para que se produzca la mejoría clínica; además, para ACT, es un elemento básico no sólo con el fin de acompañar y comprender al paciente, sino para ponerse en su mismo nivel y estar alerta para que uno mismo no caiga en los problemas de fusión y literalidad que trata de desterrar en el paciente. Aparte de todo lo dicho, no puede dejar de señalarse que la aplicación de todas estas técnicas se vuelve en las terapias de tercera generación particularmente adaptable pues el contextualismo de base obliga a adoptar un enfoque ideográfico, lo que supone una permanente transformación y cambio de cualquier técnica que se emplee.

A su vez, también debe mencionarse que existen otras habilidades exclusivas de estos modelos y que el terapeuta tradicional no tendría por qué haber empleado nunca en su trabajo clínico. Entre

estas habilidades están: la capacidad para discriminar funciones de respuesta y cambiar su comportamiento en virtud de tales funciones; las de creatividad-imaginación (en el sentido de inventar nuevas metáforas, imágenes o técnicas *ad hoc* para el caso); o el empleo de la meditación, el mindfulness u otras técnicas orientales. De todo lo dicho se concluye que las competencias en las que se forman los psicólogos cognitivo-conductuales resultan limitadas para su renovado ejercicio profesional en los modelos de tercera generación.

Mejora en la formación de las habilidades del terapeuta conductual

Después del análisis expuesto, resulta evidente que se impone una actualización en la formación del terapeuta conductual para su ejercicio clínico. Sin duda, la propagación de la teoría de las nuevas formas que ha adoptado la terapia de conducta no ha corrido aún pareja al aprendizaje procedimental, de forma que, aunque muchos psicólogos podrían explicar cuál es la epistemología y la teoría esencial de terapias como ACT o DBT, pocos son capaces en la consulta de practicarlas de forma adecuada.

De cara a solventar en la medida de lo posible este problema, se proponen una serie de medidas que, sin duda, favorecerán la competencia de los profesionales de la terapia de conducta. Son las siguientes:

Incorporar en las asignaturas universitarias de la licenciatura aspectos prácticos de la terapia conductual de tercera generación (o ampliar la asignatura de "Habilidades Terapéuticas" con el entrenamiento en técnicas de estos modelos).

Organizar (o seguir promoviendo en los casos en que ya existan⁴) postgrados (másteres y doctorados) en que junto con el trabajo investigador —o justamente a través de éste— se perfeccione la labor clínica en estos nuevos modelos.

Realizar talleres y seminarios específicos en los que se pongan en práctica las habilidades de estas terapias. Al respecto, es importante resaltar que para el trabajo en DBT Linehan (1993) considera imprescindibles los talleres con formación práctica y supervisión. En el mismo sentido, en FAP se promueven talleres en las reuniones anuales de la ABA (Association of Behavior Analysis); y en ACT, desde hace cinco años, se realiza una formación práctica en los *Summer Institute*⁵.

Difundir de forma más decidida material audiovisual que permita la contemplación de la labor real de terapeutas de tercera generación.

Buscar la supervisión de casos por expertos en las nuevas terapias (con especial atención a la parte práctica).

Aunque es posible que una parte del problema sea achacable a los mismos divulgadores de estos modelos, pues en los primeros tiempos no impulsaron un conocimiento de los procedimientos de forma semejante al de la teoría, también es cierto que desde hace unos años se percibe una mayor sensibilidad por este particular y, al respecto, debe mencionarse, por ejemplo, el material audio-visual colgado en varias páginas web (por ejemplo, en *www.contextualpsychology.org*) y el que puede encontrarse en una de las últimas publicaciones de los terapeutas que trabajan con ACT (Luoma, Hayes y Walter, 2007). En éste último libro se incluye un DVD con entrevistas filmadas en las que el terapeuta actúa de forma consistente, inconsistente o mixta de acuerdo con la práctica de ACT y el espectador debe juzgarlo antes de obtener la respuesta correcta. También es necesario mencionar que se ha destacado en estudios de caso (cf. García, Luciano, Hernández y Zaldívar, 2004) la importancia que la supervisión tiene para la

práctica profesional competente de este modelo.

Junto con ello, es importante conocer el desarrollo de instrumentos específicos para valorar la competencia de los terapeutas que las practican —por ejemplo, el *Assessment of Skills for Therapists-FAST* de FAP (Callaghan, 2001)—; o la cada vez más corriente propuesta de cursillos y talleres más extensos y profesionalizados —véase por ejemplo lo recogido en *www.institutoact.es*—. Del mismo modo, textos recientes para enseñar estas terapias se han enriquecido mucho en los aspectos descriptivos del quehacer profesional (véase también el último manual de ACT de Bach y Moran, 2008); y es obligado igualmente mencionar que en el manual español de esta terapia (Wilson y Luciano, 2002) ya se hacía alusión a la importancia del entrenamiento en cursos y la práctica supervisada.

Si la renovación profesional es un deber del psicólogo (tal y como se recoge en el código deontológico), la autoexigencia no puede quedarse en una mera ampliación de lecturas y textos científicos, sino que se impone una actuación más práctica, implicada y vivencial. La mejora en la formación del colectivo de psicólogos —que redundará, por lógica, en el bienestar de los pacientes— supone inevitablemente el ensayo y la práctica de las nuevas destrezas que aquí se han presentado.

Referencias

- Bach, P. A. y Moran, D. J. (2008). *ACT in Practice: Case Conceptualization in Acceptance & Commitment Therapy*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Barraca, J. (2006). Editorial. Las terapias de conducta de tercera generación: ¿parientes políticos o hermanos carnales? *Edipsykhé*, 5, 147-157.
- Callaghan, G. M. (2001). *Functional assessment of skills for therapists: The FAST manual*. Manual no publicado. San Jose State University.
- Cormier, W. y Cormier, L. (1994). *Estrategias de entrevista para terapeutas: Habilidades básicas e intervenciones cognitivo-conductuales*. Bilbao: Desclée de Brouwer. (Original de 1991.) Caps. 26 y 20.
- García, J. M., Luciano, M. C., Hernández, M. y

⁴ En este caso, una referencia obligada en España se encuentra en la Facultad de Psicología de la Universidad de Almería, donde la Dra. Carmen Luciano dirige el grupo investigador más activo en ACT y desde el que se han promovido formaciones de postgrado específicas de esta terapia.

⁵ Se celebran cada verano en una ciudad distinta de Estados Unidos.

- Zaldívar, F. (2004). Aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) a sintomatología delirante: un estudio de caso. *Psicothema*, 16, 117-124.
- Gavino, A. (1997). *Guía de ayuda al terapeuta cognitivo-conductual*. Madrid: Pirámide.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy and the New Behavior Therapies. Mindfulness, Acceptance and Relationship. En S. C. Hayes, V. M. Follette y M. M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and Acceptance. Expanding the Cognitive-Behavioral Tradition* (pp. 1-29). Nueva York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D. y Roche, B. (2001). *Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian account of human language and cognition*. Nueva York: Plenum Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy. An Experiential Approach to Behavior Change*. Nueva York: Guilford Press.
- Jacobson, N. S. y Christensen, A. (1996). *Integrative couple therapy: Promoting acceptance and change*. Nueva York: Norton.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. Nueva York: Delacorte.
- Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Bolling, M., Wexner, R., Parker, C. y Tsai, M. (2004). Functional Analytic Psychotherapy, Cognitive Therapy and Acceptance. En S. C. Hayes, V. M. Follette y M. M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and Acceptance. Expanding the Cognitive-Behavioral Tradition* (pp. 96-119). Nueva York: Guilford Press.
- Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. (1991). *Functional Analytic Psychotherapy. Creating intense and curative therapeutic relationship*. Nueva York: Plenum Press.
- Kohlenberg, R. J., Tsai, M., Ferro García, R., Valero Aguayo, L., Fernández Parra, A. y Virués-Ortega, J. (2005). Psicoterapia analítico-funcional y terapia de aceptación y compromiso: Teoría, aplicaciones y continuidad con el análisis de comportamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 37-67.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. Nueva York: Guilford Press.
- Luoma, J. B., Hayes, S. C. y Walser, R. D. (2007). *Learning ACT: An Acceptance & Commitment Therapy Skills-Training Manual for Therapists*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Martell, C. R., Addis, M. E. y Jacobson, N. S. (2001). *Depression in Context: Strategies for Guided Action*. Nueva York: Norton.
- Pérez Álvarez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *EduPsykhé*, 5, 159-172.
- Ruiz, M. A. (1998). Habilidades terapéuticas. En M. A. Vallejo (Ed.), *Manual de terapia de conducta, (Vol I, pp. 83-131)*. Madrid: Dykinson.
- Ruiz, M. A. y Villalobos, A. (1994). *Habilidades terapéuticas*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G. y Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Nueva York: Guilford Press.
- VV.AA. (2006). Monográfico: Últimos desarrollos de la Terapia de Conducta (ante la tercera generación). *EduPsykhé*, 5 (2).
- VV.AA. (2006). Monográfico: Nuevas Terapias Psicológicas. *Papeles del Psicólogo*, 27 (2).
- VV.AA. (2006). Monográfico: Nuevas Terapias al Inicio del Siglo XXI. *Psicología Conductual*, 14 (3).
- Wilson, K., y Luciano, M. C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.

Manuscrito recibido: 10/12/2008

Revisión recibida: 12/01/2009

Aceptado: 15/01/2009