

Titulo: TERAPIAS DE TERCERA GENERACIÓN PARA EL MANEJO DE LA
FIBROMIALGIA

Terapias Cognoscitivo Comportamentales de Tercera Generación (Terapia de Aceptación y
Compromiso, Terapia Cognoscitivo Comportamental Basada en Mindfulness, Psicoterapia
Analítica Funcional) para el manejo de la fibromialgia

Trabajo de grado para optar al título de psicólogo

José Iván Uribe Escobar¹
Autor

Ximena Palacios Espinosa
Directora

Junio 12 de 2012

Programa de Psicología
Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud
Universidad del Rosario

¹ Nota de autor: El presente trabajo lo hace el autor como auxiliar de la investigación “Características biopsicosociales de las persona con fibromialgia” del Grupo Interdisciplinario de Dolor y Medicina Paliativa de la Universidad del Rosario y de la Red Méderi.

Envío de correspondencia a: uribe.jose@ur.edu.co o a ximena.palacios@gmail.com

“La Universidad del Rosario no se hace responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia”.

Contenido

Resumen.....	4
Abstract.....	5
Introducción	8
Justificación	9
Objetivos.....	11
Objetivo general	11
Objetivos específicos.....	11
Método	11
Fibromialgia: consideraciones introductorias	13
Antecedentes históricos de la Terapia Comportamental: Las tres generaciones	15
Terapia de Aceptación y Compromiso (TAC)	18
<i>El modelo de la TAC</i>	20
<i>Objetivos de la Terapia de Aceptación y Compromiso</i>	22
<i>La evidencia del uso de la TAC en el campo de la salud</i>	23
Terapia Cognoscitiva Basada en Mindfulness (TCBM)	28
<i>Evidencia del uso de la TCBM en el campo de la salud</i>	29
Psicoterapia Analítica Funcional (PAF).....	31
<i>PAF en el campo de la salud</i>	33
Conclusiones.....	35
Referencias.....	41

Resumen

La fibromialgia es un síndrome doloroso crónico de alta complejidad en su diagnóstico (que hasta la fecha es clínico) y en su manejo. Se caracteriza por la presencia simultánea de numerosos problemas psicológicos en los pacientes, de los cuales se reconoce su asociación con el síndrome pero no la direccionalidad de la asociación. En consecuencia, la atención de las personas que lo desarrollan requiere del despliegue de numerosos esfuerzos interdisciplinarios, con un alto fracaso terapéutico y una mayor cronificación de los síntomas. La Terapia Cognoscitivo Comportamental ha demostrado ser una valiosa herramienta para el abordaje eficaz de las necesidades afectivas, emocionales y comportamentales de esta población. En consecuencia, el presente trabajo de grado tuvo como objetivo realizar una revisión de la literatura hallada en las bases de datos especializadas, sobre la evidencia de las Terapias de Cognoscitivo Comportamentales de Tercera Generación en el manejo de la fibromialgia. Se seleccionaron tres de estas terapias, a saber: la Terapia de Aceptación y Compromiso (TAC), la Terapia Cognoscitiva Basada en Mindfulness (TCBM) y la Psicoterapia Analítica Funcional (PAF). En primer lugar se presenta un breve recorrido histórico de la Terapia Comportamental con el fin de apreciar las diferencias y las similitudes de la Terapia Comportamental en sus tres generaciones. Posteriormente se presenta cada una de las tres terapias seleccionadas, contextualizándolas en cuanto a sus objetivos y evidencia empírica en el campo de la Psicología de la Salud y en específico del dolor crónico y de la fibromialgia. Finalmente, se presentan algunas conclusiones generales y se discute sobre su eficacia y el papel del en estas, en especial para el manejo de la persona con fibromialgia.

Palabras clave: Terapias de Tercera Generación; Terapia de Aceptación y Compromiso; Terapia Cognoscitiva Basada en Mindfulness; Psicoterapia Analítica Funcional; Fibromialgia

Abstract

Fibromyalgia is a painful chronic syndrome of high complexity in its diagnose (which until now is clinical) and in its handling. It's characterized by the presence of numerous psychological problems in patients, of which is recognized the association with the syndrome but not the directionality of this association. Therefore, the attention of the people who develop it needs the deployment of several interdisciplinary efforts, with a high level of therapeutic failure and making the symptoms more chronic. The Cognitive Behavioral Therapy has demonstrated being a valuable tool for the effective intervention of the affective, emotional and behavioral needs in this population. So, the present undergraduate paper, had as an objective to make a review of the literature found in the specialized data bases, about the evidence of the Third Generation Cognitive Behavioral Therapies in handling fibromyalgia. There were selected, from these therapies, the Acceptance and Commitment Therapy (ACT), the Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT), and the Functional Analytic Psychotherapy (FAP). In the first place, it is presented a brief historical course of the Behavioral Therapy in order to be appreciated the differences and similarities with the Behavioral Therapy in its three generations. Subsequently, it is presented each one of the three selected therapies, contextualizing them in their objectives and empirical evidence in the Health Psychology and specifically in chronic pain and fibromyalgia. Finally, there are drawn some general conclusions and it is discussed its efficacy and its role, in special for the handle of fibromyalgia.

Key Words: Third Generation Therapies; Acceptance and Commitment Therapy; Mindfulness Based Cognitive Therapy; Functional Analytical Psychotherapy; Fibromyalgia

Terapias de Tercera Generación para el manejo de la fibromialgia

Terapias Cognoscitivo Comportamentales de Tercera Generación (Terapia de Aceptación y Compromiso, Terapia Cognoscitiva Comportamental Basada en Mindfulness, Psicoterapia Analítica Funcional) para el manejo de la fibromialgia

José I. Uribe-Escobar

Universidad del Rosario-Colombia

Introducción

Esta revisión está enmarcada en el proyecto de investigación titulado “Características biopsicosociales de las persona con fibromialgia”, cuyos investigadores principales son John Jairo Hernández² y Ximena Palacios-Espinosa³ y sus co-investigadores Carlos Moreno Benavides⁴ y Nancy Lucía Moreno Serrano⁵. Este proyecto, formalmente presentado y aprobado por el Centro de Investigaciones del Hospital Universitario Mayor Méderi y así mismo evaluado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad del Rosario, ha dado lugar a la vinculación de dos estudiantes de pregrado del Programa de Psicología de esta Universidad, quienes han desarrollados dos sub productos en el marco del proyecto en mención. Ambos dirigidos a investigar sobre la eficacia de las terapias comportamentales en el manejo de la fibromialgia. El primero de ellos fue elaborado por Ana María Contreras y estuvo en particular centrado en las Terapias Comportamentales de Primera y de Segunda Generación. El segundo, el presente trabajo, elaborado por José Iván Uribe Escobar, centrado en tres de las Terapias de Tercera Generación.

Las Terapias de Tercera Generación se han venido posicionando en el campo de la Psicología desde hace quince años aproximadamente, dejando en el plano histórico (más no descartando) las anteriores generaciones u olas de la terapia psicológica, a saber, el conductismo y el cognoscitivismo generando, por lo menos en el contexto clínico terapéutico, un especial interés. Específicamente, Mañas (2007) señala que dentro de estas terapias vanguardistas se encuentran la terapia de Aceptación y Compromiso, la Psicoterapia Analítica Funcional, la

² Neurocirujano y director del Grupo Interdisciplinario de Dolor y Medicina Paliativa de la Universidad del Rosario y de la Red Méderi

³ Psicóloga Clínica y de la Salud, miembro del Grupo Interdisciplinario de Dolor y Medicina Paliativa de la Universidad del Rosario

⁴ Médico y miembro del Grupo Interdisciplinario de Dolor y Medicina Paliativa de la Universidad del Rosario

⁵ Psiquiatra y miembro del Grupo Interdisciplinario de Dolor y Medicina Paliativa de la Universidad del Rosario

terapia de Conducta Dialéctica, la terapia Integral de Pareja y la Terapia Cognoscitiva Basada en Mindfulness.

Hayes (2004) explica que el nombre de “Tercera Generación” o “Nueva Ola” se debe al surgimiento de abordajes psicológicos diferentes a los tradicionalmente manejados en las terapias cognoscitivas, conductuales y cognoscitivo conductuales. Por ejemplo, esta Nueva Ola se separa del enfoque cognoscitivo-comportamental, en que no se trata principalmente de cambiar los contenidos de los pensamientos, sino la relación que tiene el consultante con sus pensamientos y su experiencia como un todo (Claessens, 2010).

Según Yovel (2009) las Terapias de Tercera Generación son de carácter científico, están basadas en la evidencia y se centran tanto en las cogniciones como en las conductas de las personas. De hecho Barraca (2012) manifiesta que estas terapias hacen uso de algunas técnicas y premisas del conductismo tradicional pero tienen como elementos diferenciadores las técnicas de mindfulness, de distanciamiento y de aceptación.

Teniendo en cuenta que tales teorías y terapias han tenido una eficacia significativa a la hora de tratar múltiples problemáticas de tipo psicológico y psicopatológico, el presente trabajo busca revisar el papel que han tenido la Terapia de Aceptación y Compromiso, la Terapia Cognoscitiva Basada en Mindfulness y la Psicoterapia Analítica Funcional en el campo de la Psicología de salud, específicamente, en el abordaje de la persona con fibromialgia.

Justificación

Es bien sabido que los aportes que hacen las Terapias Cognoscitivo Comportamentales al tratamiento de la fibromialgia son significativos, pues permiten un efectivo manejo de los

problemas psicológicos que aquejan a los pacientes que han desarrollado este síndrome. Un ejemplo de lo anterior es el meta-análisis sobre la Terapia Cognoscitivo Comportamental (TCC) en la fibromialgia de Glombiewski, Sawyer, Gutermann, Koenig, Rief & Hofmann (2010).

En consecuencia, resulta importante dejar en evidencia el alcance que han tenido estas terapias en el campo de la Psicología de la Salud y en especial en el manejo del dolor crónico, central para el abordaje de la persona con fibromialgia. De esta forma, por un lado se establecerá si las terapias de nueva generación han tenido algún tipo de participación en el manejo del dolor crónico y/o de la fibromialgia; por otro lado, se establecerá si estas terapias son efectivas para el tratamiento de pacientes con tales condiciones. Dicho en otras palabras, con el presente trabajo se puede evidenciar el camino que se están abriendo tales aproximaciones novedosas, ya que tratan de ir más allá de la intervención cognoscitivo comportamental (Segunda Ola) para el manejo de la fibromialgia. Es importante resaltar que la persona con fibromialgia es un paciente de difícil manejo que requiere de abordajes multidisciplinarios por la complejidad del cuadro que desarrolla. Diversos aspectos psicosociales y médicos hacen de este síndrome un reto para el equipo tratante. Así, este trabajo es una propuesta novedosa frente al abordaje psicológico dentro del contexto de las problemáticas de salud ya que con las Terapias de Tercera Generación se están introduciendo conceptos nacientes y modernos dentro del enfoque cognoscitivo comportamental, como la aceptación y la meditación, lo que se traduciría en diferentes alternativas de abordaje que promoverían mejor calidad de vida para el paciente con dolor crónico.

Objetivos

Objetivo general

Revisar la evidencia empírica disponible sobre el uso de las Terapias de Tercera Generación (TAC, TCBM y PAF) en el manejo de las personas con fibromialgia.

Objetivos específicos

Contextualizar cada una de las terapias seleccionadas indicando sus objetivos y planteamientos centrales.

Identificar los elementos que de cada terapia seleccionada se aplican en el manejo de las personas con fibromialgia.

Describir las estrategias terapéuticas utilizadas en estas terapias para el manejo de los síntomas característicos de la fibromialgia.

Establecer la efectividad de las terapias seleccionadas en el manejo de los síntomas característicos de la fibromialgia.

Método

Diseño

El presente trabajo es de tipo descriptivo, pues se hace una revisión teórica, en la que se describen las Terapias de Tercera Generación y se brinda información sobre el estado de dichas terapias en el campo de la Psicología de la Salud, específicamente su evidencia en el abordaje del dolor crónico y/o la fibromialgia.

Muestra

En total, el número de artículos originales para hacer la revisión fue de 120 artículos. Para realizar esta revisión, se seleccionaron finalmente 101 artículos en los cuales se describía las

Terapias de Tercera Generación, se exponía la evidencia de tales terapias en el ámbito clínico, su evidencia en el dolor crónico y/o fibromialgia, o bien explicaban el tratamiento de tipo Cognoscitivo Comportamental en la fibromialgia. Adicionalmente se utilizó 1 capítulo de un libro.

Criterios de inclusión

Se seleccionaron artículos científicos relacionados con el tratamiento psicológico del dolor crónico y de la fibromialgia así como aquellos en que se analizaran las Terapias de Tercera Generación. Dado que estas terapias son recientes y que su campo de acción ha sido principalmente clínico, no se establecieron criterios de años de publicación de los artículos para incluirlos en esta revisión, así que cualquier artículos científicos que abordara el tema de las Terapias de Tercera Generación y el dolor crónico, fue incluido.

Criterios de exclusión

Se excluyeron los artículos de investigaciones que no especificaron si los pacientes de sus muestras tenían dolor crónico, o aquellos artículos que se centraban en los aspectos filosóficos de las Terapias de Tercera Generación, lo cual se alejaba de conocer la eficacia de dichas terapias en el dolor crónico y/o la fibromialgia.

Procedimiento

Las bases de datos que se utilizaron fueron: EBSCO (Academic Search Complete), ProQuest (Psychology Journals) y Science Direct. Uno de los criterios de búsqueda, era incluir el nombre de las Terapias de Tercera Generación en inglés (Acceptance and Commitment Therapy, Mindfulness-Based Cognitive Therapy, Functional Analytic Psychotherapy) precedidas

por las palabras clave “Pain” “Chronic pain” y/o “Fibromyalgia”. En algunas ocasiones para buscar artículos no se usó el nombre completo de dichas terapias sino su abreviatura, como “ACT” para Acceptance and Commitment Therapy, “MBCT” para Mindfulness-Based cognitive therapy, y “FAP” para Functional Analytic Psychotherapy. Las búsquedas siempre se realizaron con las palabras clave en inglés. Otro de los proveedores de artículos fue Google cuando algunas de las referencias no aparecían en las mencionadas bases de datos.

Primero se estableció cuáles de las Terapias de Tercera Generación tenían más evidencia empírica en la Psicología de la Salud. Al obtener la anterior información, se procedió a llevar a cabo una fase descriptiva donde se explicara en qué consistía cada terapia. Luego se procedió a señalar la evidencia de las Terapias de Tercera Generación en el dolor crónico y la fibromialgia. Por último, se realizó un análisis de lo que dichas terapias han hecho y lo que queda por hacer en cuanto a su eficacia en la fibromialgia, así como el rol del psicólogo que ejecuta alguna de estas tres terapias.

Fibromialgia: consideraciones introductorias

La fibromialgia es un síndrome, del cual se tiene conocimiento desde el siglo XIX (Villanueva, Valía, Cerdá, Bayona & de Andrés, 2004) que provoca dolor musculoesquelético generalizado en las personas quienes lo padecen (Abeles, Solitar, Pillinger, & Abeles, 2008) quienes en su mayoría son mujeres (Clauw, 2009). Este dolor suele ser difuso y de localización imprecisa (Sarzi-Puttini, Buskila, Carrabba, Doria & Atzeni, 2008). Además de las manifestaciones físicas, la fibromialgia está asociada con el desarrollo de problemas de tipo psicológico como la ansiedad y la depresión, así como con fatiga y alteraciones del sueño (Oh, Stueve, Hoskin, Luedtke, Vincent, Moder & Thompson, 2010). Justamente por sus implicaciones psicológicas y

por el desconocimiento de la causa, se cataloga a los pacientes con fibromialgia como difíciles. (Kirsch & Bernardy, 2007) El tratamiento de la fibromialgia puede dividirse en dos: farmacológico y no farmacológico. El primero se utiliza principalmente para el alivio del dolor físico del paciente. Allí se emplean analgésicos simples (por ejemplo, AINE o paracetamol), analgésicos de acción central (por ejemplo, tramadol) y la terapia analgésica adyudante (administración de antidepresivos tricíclicos) (Villanueva, Valía, Cerdá, Bayona & de Andrés, 2004). Así mismo, los fármacos son de gran ayuda para el manejo de los problemas del sueño pues se pueden utilizar los sedantes puros o los antidepresivos sedantes (Staud, 2011). En otra medida, el equipo de salud tratante se vale de los antidepresivos para solventar los trastornos del humor, así como de los inhibidores de la recaptación de serotonina o algunos estimulantes para el manejo de la fatiga reportada por los pacientes (Traynor, Thiessen & Traynor, 2011). El tratamiento no farmacológico se basa principalmente en la Terapia Cognoscitivo Comportamental la cual ha demostrado ser de gran utilidad en el tratamiento de éste síndrome (Anderson & Winkler, 2007; Falcão, Sales, Leite, Feldman, Valim & Natour, 2008; van Koulik, van Lankveld, Kraaimaat, van Helmond, Vedder, van Hoorn, Cats, van Riel, Evers, 2008; Glombiewski, et al., 2010) donde simultáneamente con la terapia farmacológica se abordan los problemas emocionales y afectivos, los problemas de sueño y en general para enseñarle a los pacientes a sobrellevar adecuadamente este síndrome crónico. En este tipo de tratamiento también se han usado las terapias físicas como la natación, el estiramiento y la caminata y de otro tipo como la acupuntura y biofeedback (Rossy, Buckelew, Dorr, Hagglund, Thayer, McIntosh, Hewett & Johnsson, 1999)

Antecedentes históricos de la Terapia Comportamental: Las tres generaciones

La Terapia Comportamental se puede dividir en tres olas a saber, la terapia conductual tradicional, la terapia cognoscitivo-comportamental y las Terapias de Tercera Generación.

Por un lado, en la Primera Generación, es decir el conductismo o la terapia de conducta, los terapeutas creían firmemente que sus teorías deberían tener principios claramente definidos y sus técnicas estar estrictamente validadas y evaluadas (Hayes, 2004). Lo anterior también se relaciona con la conceptualización de la conducta de aquella Primera Ola donde se entendía que las conductas de las personas se llevan a cabo siguiendo leyes o reglas establecidas o específicas (aprendizaje, mantenimiento y modificación). Fundamentalmente, según Labrador, Larroy & de la Puente (2008) el objetivo de esta corriente era instalar alguna conducta o conductas que el paciente no tenía o sustituir aquellas que tenía por otras más adecuadas. Así, se evidenciaba un cambio conductual observable y medible en cualquier respuesta ya fuera motora, fisiológica o cognoscitiva.

Pero en el afán de cumplir sus requisitos, vino así mismo una visión más estrecha de lo que la Psicología podía abordar. De esta forma, Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis (2006), explican que los autores del conductismo de Primera Generación se dieron cuenta de que los principios de su enfoque, el condicionamiento clásico y el operante, se debían expandir de tal forma que incluyeran elementos de tipo cognoscitivo que aún se pasaban por alto.

Posteriormente, la Segunda Ola de la Terapia Comportamental o Terapia Cognoscitivo Comportamental mantiene el componente conductual y adiciona, como eje central, los elementos cognoscitivos. Gracias a los estudios de la Psicología Experimental y de la Psicología Social sobre la percepción, la memoria y la atención –que mostraban cómo tales procesos podían

mediar la conducta humana—y también al surgimiento de nuevos problemas y a la necesidad de muchos autores de desechar modelos insuficientes que explicaran la conducta, se facilitó la aparición y el rápido desarrollo de las Terapias Cognoscitivo Comportamentales (Becoña & Vázquez, 2008) correspondientes a lo que se denominó la Segunda Ola.

En esta Segunda Ola, se incluyen constructos y procesos tales como pensamientos, creencias, actitudes, ideas, atribuciones, expectativas, distorsiones cognoscitivas, reglas de vida, esquemas, narrativas, etc. (Dobson, 2010). Ingram & Scott (1990) manifiestan que estas terapias se basan en que: a) la cognición media la disfunción emocional y conductual, en donde las variables cognoscitivas están interrelacionadas con variables afectivas y conductuales; b) al menos algunas formas de cognición pueden ser cambiadas y monitoreadas y c) alterando la cognición se pueden cambiar patrones disfuncionales, emocionales y conductuales.

Las Terapias Cognoscitivo Comportamentales no rechazan por completo los supuestos del conductismo; por lo tanto, se emplean tácticas terapéuticas tanto cognoscitivas como conductuales. Sin embargo, es frecuente que cada táctica conductual esté dirigida a objetivos cognoscitivos como por ejemplo en el abordaje de la depresión, donde se asignan tareas para casa (elemento conductual) para ayudar a modificar los pensamientos y creencias inadecuadas y disfuncionales (elemento cognoscitivo). De igual forma la Ola Cognoscitivo Comportamental comparte un elemento muy importante con la Primera Ola, y es el especial interés en la evidencia empírica. Como bien lo manifiesta Oblitas (2008), lo anterior se basa en dos aspectos: el primero, es la verificación empírica diseñada para establecer la eficacia de los procedimientos terapéuticos y ayudar a determinar los procesos por los que tales procedimientos funcionan. El segundo, se trata de un énfasis dentro de la terapia empleando evaluaciones objetivas (inventarios y tests) para examinar el proceso terapéutico con los pacientes.

En lo que a la Tercera Ola o Tercera Generación respecta, y entrando al siglo XXI, se reúnen aspectos importantes sobre todo de la Segunda Ola de terapias haciendo énfasis en los pensamientos e ideas de los pacientes, pero más que tratar de modificarlas se trata de aceptarlas e incorporarlas a la vida; por lo menos en lo que tiene que ver con el dolor crónico. En adición a sus estrategias de aceptación y de elementos inherentemente humanos como los valores y el lenguaje, se encuentra la fuerte influencia de las tradiciones orientales, específicamente meditación o mindfulness.

La Tercera Ola, a diferencia de las otras dos, contempla como centrales la flexibilidad y la complejidad del ser humano y en consecuencia, propone que es posible cambiar la función del pensamiento, más que su contenido (Teasdale, Moore, Hayhurst, Pope, Williams, & Segal, 2002). Hayes (2004) señala cómo algunas teorías post-modernistas y post-postmodernistas, han debilitado la conceptualización mecánica de la Segunda Ola en la cual se evidencia el contenido de un pensamiento, se verifica el nivel de creencia del mismo y se generan alternativas de pensamiento. Así, la Tercera Generación se presenta como una aproximación psicológica que considera el aspecto contextual de los pacientes más que ser una aproximación eliminativa, lo cual también la posiciona como innovadora y polémica por aquel grado de escepticismo a lo que se venía haciendo históricamente en el marco de la Terapia Comportamental..

Por último, cabe resaltar los avances empíricos que ha tenido y que se siguen llevando a cabo en la actualidad en las Terapias de Tercera Generación para diferentes problemas psicológicos, lo que señala una rápida expansión y acogida entre los psicólogos. Por supuesto, además de ser una similitud con las dos primeras olas, la evidencia empírica posiciona y ratifica la eficacia de sus estrategias y terapias en la comunidad científica (Gaudiano, 2009).

A continuación se presentan tres de las Terapias de Tercera Generación que han sido utilizadas para el manejo del dolor crónico, característico justamente del tema de interés de este trabajo: la fibromialgia. Ellas son la Terapia de Aceptación y Compromiso (TAC), la Terapias Cognoscitiva Basada en Mindfulness (TCBM) y la Psicoterapia Analítica Funcional (PAF).

Terapia de Aceptación y Compromiso (TAC)

La TAC tiene sus raíces filosóficas en el contextualismo funcional⁶ por lo que se entiende que pensamientos, emociones, sentimientos, etc., constituyen conjuntamente la reacción de un organismo a un contexto específico, por lo que también se deben comprender siempre teniendo en cuenta una explicación circular del problema más no una explicación causal (Páez-Blarrina, Gutiérrez-Martínez, Valdivia-Salas y Luciano-Soriano, 2006) Adicionalmente, estos mismos autores afirman que el comportamiento depende del contexto actual e histórico, por lo que las reacciones que tiene la persona se consideran “normales” por haberse formado en el marco de su propia historia y en consecuencia constituyen su idiosincrasia; entonces, en este marco teórico emociones, sentimientos, recuerdos y pensamientos son considerados como comportamientos.

Según la TAC, lo problemático resulta cuando la experimentación de emociones y sentimientos negativos frente a una determinada condición se convierten en protagonistas dentro de la vida de la persona, siendo posible corregir tales dificultades a través del lenguaje. Y justamente es en este sentido que la Teoría de los Marcos Relacionales⁷ se considera la raíz teórica de la TAC. Páez-Blarrina et al., (2006) también afirman que la TAC asume que lo

⁶ El planteamiento central del contextualismo funcional es que la naturaleza de los eventos que ocurren está determinada por su situación en el contexto (Ciarrochi, Robb & Godsell, 2005).

⁷ El planteamiento central de la Teoría de los Marcos Relacionales es que “las cogniciones (rotuladas verbalmente o emociones, recuerdos o sensaciones corporales) logran su potencial no solo por su forma o frecuencia, sino por el contexto en el que ocurren” (Hayes, Masuda, Bissett, Luoma & Guerrero, 2004;p.45)

problemático son las reacciones que tienen las personas ante emociones, pensamientos y sentimientos negativos que experimentan, no eventos internos en sí.

Iovel (2009), explica que más que ser una terapia o una variedad de técnicas psicológicas, la TAC, se constituye como una perspectiva o un punto de vista diferente, más amplio, para comprender y abordar la problemática que enfrenta el paciente. Según Lilienfeld (2011), la premisa fundamental de la TAC es que la psicopatología se mantiene por evitación experiencial. Bajo esta perspectiva, Herbert & Foreman (2011) aclaran que del incansable intento de luchar contra pensamientos y emociones desagradables, resulta la promoción y el reforzamiento involuntario de estos.

Así, el objetivo general de la TAC es aumentar la flexibilidad psicológica (es decir la capacidad de experimentar conscientemente el presente y comportarse de la forma que sirva a los propios objetivos del paciente). Se trata de que los sentimientos valorados como negativos no paralicen a la persona, sino que el paciente pueda dirigir su vida hacia aquellas metas que le son particularmente valiosas (García, Luciano, Hernández y Zaldívar, 2004). Es entonces la TAC un modelo utilizado ampliamente para el manejo y tratamiento de distintas patologías de orden psicológico. Por ejemplo, abordando casos de ansiedad (Codd, Twohig, Crosby & Enno, 2011; Wetherell, Liu, Patterson, Afari, Ayers, Thorp, Stoddard, Roubert, Kraft, Sorrell & Petkus, 2011), de trastorno de estrés post traumático (Walser & Westrup, 2006; Batten & Hayes, 2005), de anorexia (Berman, Boutelle & Crow, 2009; Heffner, Sperry, Eifert & Detweiler, 2002), de depresión (Bhanji, 2011; Pettersen & Zettle, 2009), y de tricotilomanía (Walther, Ricketts, Conelea & Woods, 2010), entre otros.

El modelo de la TAC

La TAC busca generar flexibilidad psicológica en los pacientes, a través de seis procesos o habilidades psicológicas (Hayes et al., 2005): (1) aceptación, (2) contacto con el momento presente, (3) valores, (4) *de-fusión* cognoscitiva, (5) compromiso con la acción y (6) Yo (self) como contexto. Los tres primeros son los procesos de compromiso y cambio conductual mientras que los tres últimos constituyen los procesos de mindfulness y aceptación.

La aceptación busca enseñar a los pacientes a percibir y a prepararse conscientemente sobre los procesos personales internos sin la intención de cambiar su frecuencia o forma (Hayes et al., 2005). Por ejemplo, a los pacientes con dolor se les enseñan métodos que los alienten a dejar de pelear contra el dolor (Hayes et al., 2005). Con la *de-fusión* cognoscitiva, que significa pensamiento literal de las personas (Hayes, Masuda, Bissett, Luoma y Guerrero, 2004), se busca cambiar la función de las emociones y pensamientos negativos (Hayes et al., 2005). Por lo tanto, se “deslateralizan” o “desactivan las funciones verbales” al asumir que las personas actúan ante las palabras como si fueran los hechos a los que dichas palabras se refieren. Es por ello que los terapeutas que usan la TAC introducen las técnicas de desliteralización (García et al., 2004). De hecho, con “tales procedimientos intentan reducir la calidad literal de la idea, lo que debilita la tendencia a tratar el pensamiento como a lo que se refiere (“yo no soy bueno”) en lugar de experimentar lo que directamente debe ser (por ejemplo, la idea “yo no soy bueno”). El resultado de esta *de-fusión* es por lo general una disminución de la credibilidad o apego a los eventos privados en lugar de un inmediato cambio en su frecuencia” (Luoma, Bond, Masuda y Lillis, 2005; p.9). Adicionalmente, con estas técnicas se busca que el paciente se dé cuenta de que cualquier intento suyo de controlar emociones, pensamientos -o bien, los llamados eventos privados- va a ser parte del problema más no de la solución (Hoffman, 2008).

A través del proceso de contacto con el presente, se busca “enseñarle al paciente a percibir plenamente y sin juzgar los eventos ambientales y psicológicos propios. Se trata de que la persona perciba el mundo directamente de tal manera que su conducta sea más flexible y así que sus actos sean más acordes con los valores que buscan en su vida” (Hayes et al., 2005; p.9).

En el proceso del Yo (self) como contexto, central en la TAC, se considera que si el paciente puede limitar su contexto a su propio ser, le resultará más viable estar atento y experimentar plenamente cómo sus eventos internos fluyen sin ninguna clase de apego a ellos. El Yo como contexto se ejercita o se promueve a través de ejercicios de mindfulness o “conciencia plena”, metáforas y procesos experienciales (Hayes et al., 2005). En cuanto a los valores, en el marco de la TAC “las direcciones vitales globales, elegidas, deseadas y construidas verbalmente” y que además “la calidad de vida, la realización personal, o el desarrollo de una relación de compromiso e intimidad nunca se completan del todo y perfectamente [...] están siempre presentes como horizonte, como trasfondo o marco del comportamiento y por eso son tan útiles: están siempre disponibles para dar un sentido al comportamiento” (Páez-Blarrina et al., 2006, p. 10).

Los valores son otra cuestión central del modelo planteado por la TAC. Las técnicas utilizadas tratan de que los pacientes conserven un objetivo valioso en su vida, o más bien se busca que el paciente aclare sus valores (García et al., 2004). Por su parte, Páez-Blarrina et al., (2006), manifiestan que los valores desde la perspectiva de la TAC, son “las direcciones vitales globales, elegidas, deseadas y construidas verbalmente” y que además “La calidad de vida, la realización personal, o el desarrollo de una relación de compromiso e intimidad nunca se completan del todo y perfectamente (...) están siempre presentes como horizonte, como trasfondo o marco del comportamiento y por eso son tan útiles: están siempre disponibles para

dar un sentido al comportamiento” (p.10). Y justamente, el proceso de compromiso con la acción supone la consecución de acciones a través de alentar al paciente a que emita patrones comportamentales efectivos relacionados con sus valores.

Por último, se encuentra la “acción cometida” o la consecución de las acciones. Se trata de alentar al paciente a que tenga cada vez más patrones significativos de comportamientos efectivos relacionados con sus propios valores (Hayes et al., 2005).

De acuerdo con estos procesos mencionados, el tratamiento a través de la TAC se organiza de la siguiente manera: “(1) evaluación del fenómeno relevante (psicológica, contextual y conductual); (2) desesperanza creativa: Exploración de la experiencia de la inoperancia en la vida del cliente; (3) evaluación de valores: exploración de la vida del cliente orientada hacia su(s) valor(es), (4) el control como problema: Se centra en las formas en que estrategias de control pueden ser contraproducentes y también en las formas en que el control disfuncional está interfiriendo con la capacidad del cliente para vivir de acuerdo con sus valores. (5) Yo como contexto: hacer contacto con un sentido de sí mismo que es independiente de los contenidos de la conciencia; (6) compromiso: hacer y mantener compromisos de conducta que movilizan al cliente hacia adelante en términos de sus valores y (7) exposición, defusión cognoscitiva, y construcción de repertorios en aras de avanzar en una dirección de la vida con valores (incluida la exposición a los eventos externos, pero en especial, atendiendo a la exposición de la experiencia privada como la emoción, la cognición, la memoria y corporales estados, entre otros)” (Wilson & Roberts, 2002; p. 239).

Objetivos de la Terapia de Aceptación y Compromiso

Como se mencionó previamente, el objetivo general de la ACT es aumentar la flexibilidad psicológica, definida como la capacidad de experimentar conscientemente el

presente y comportarse de la forma que sirva a los propios objetivos del paciente. En otras palabras, tal y como lo señalan García et al. (2004) se trata que los sentimientos valorados como negativos no paralicen a la persona, sino que el paciente pueda dirigir su vida hacia aquellas metas que le son particularmente valiosas. Según Kohlenberg, Hayes & Tsai (1995) el objetivo principal de la TAC es “tratar la llamada evitación emocional⁸, la literal respuesta a los contenidos cognoscitivos y la inhabilidad de las personas a comprometerse con el cambio conductual” (p.584).

La evidencia del uso de la TAC en el campo de la salud

La Psicología de la Salud tiene entre sus objetivos contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de las personas y entre otros, puede hacerlo a través de la modificación de la conducta y del control de los síntomas que incomodan al paciente como puede ser el dolor físico (Compas, Haag, Keefe, Leitenbeig & Williams, 1998). De hecho, la TAC ha demostrado ser útil en el manejo del dolor crónico (Moix & Casado, 2011). Por ejemplo, en un estudio realizado por McCracken & Velleman (2010) se indagó sobre la efectividad de la flexibilidad psicológica en la percepción del dolor, encontrándose que esta puede reducir el impacto del dolor crónico en los pacientes, ya que los procesos de flexibilidad psicológica interactúan significativamente con las sensaciones de dolor, las emociones, los pensamientos y las actividades de la vida cotidiana. Así, estos autores concluyeron que la flexibilidad psicológica influye en el sufrimiento de los pacientes y en su funcionamiento social.

⁸ Se entiende como “el fenómeno que ocurre cuando una persona no quiere permanecer en contacto con alguna experiencia privada en particular (por ejemplo, sensaciones corporales, emociones, pensamientos, recuerdos, predisposiciones conductuales)” (Hayes, Wilson, Gifford, Follete & Strosahl, 1996; p.4).

El estudio de Dahl, Wilson & Nilsson (2004) se fundamentó en la hipótesis de que adicionar la TAC (en una modalidad breve) al manejo médico del paciente con dolor, podía mejorar su calidad de vida al disminuir la focalización en los síntomas y aumentarla en el dominio de los valores. De esta manera, se le otorga al paciente algún grado de independencia frente al estrés y al dolor. Los pacientes que participaron reportaban tener una intensidad igual o superior a 7 sobre 10 en la escala visual análoga; es decir un dolor moderado a intenso. Tras la intervención, se demostró que los participantes que recibieron la intervención breve con TAC decrementaron las incapacidades y el uso de tratamiento médico, comparados con aquellos que estaban recibiendo tratamiento médico tradicional. Estos autores atribuyen estos resultados a que la TAC no se centra en la evitación de los síntomas sino en el desarrollo de una relación funcional entre los síntomas y las creencias del paciente.

El estudio de caso Wicksell, Dahl, Magnusson & Olson (2005) demostró el beneficio de utilizar la TAC con una paciente de 14 años de edad con dolor idiopático generalizado severo. Concluyeron que la adición de la TAC al tratamiento médico convencional favoreció la mejoría diaria de la paciente, lo cual permitió que retomara sus estudios, alcanzara objetivos personales y disminuyera la percepción de la intensidad del dolor.

En el estudio de Vowles, McNeil, Gross, McDaniel, Mouse, Bates, Gallimore & McCall (2007), con personas que tenían dolor de espalda, se encontró que en comparación con el tratamiento convencional la TAC fue más efectiva, lo cual se tradujo en mejoramiento del funcionamiento global de los pacientes.

McCracken, Vowles & Eccleston (2005) investigaron la efectividad de un programa de TAC en 103 pacientes con dolor crónico desarrollado por un equipo terapéutico que incluía

Terapias de Tercera Generación para el manejo de la fibromialgia

enfermeras, fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas ocupacionales, entre otros. La gran mayoría de los pacientes, habían sido sometidos a cirugía; otros usaban analgésicos opioides o antidepresivos sin lograr una mejoría significativa. La investigación demostró que la TAC mejoró los puntajes de los cuestionarios auto aplicados –como el Cuestionario de la Aceptación del Dolor Crónico (CPAQ)– lo que indicó entre otras cosas, la mejoría en la depresión y en la ansiedad relacionada con el dolor. De igual forma se redujo la cantidad de medicación necesaria así como la cantidad de visitas médicas.

Por su parte, Bailey, Carleton, Vlaeyen & Asmundson (2010) concluyeron que la TAC es una intervención efectiva para reducir el miedo al dolor, el miedo al movimiento, la catastrofización, la severidad del dolor y la incapacidad. Todas las anteriores, condiciones características de las personas con fibromialgia.

Wetherell, Afari, Rutledge, Sorrell, Stoddard, Petkus, Solomon, Lehman, Liu, Lang & Atkinson (2011), también investigaron la efectividad de la TAC en una muestra de 114 pacientes con dolor crónico. Encontraron beneficios en la interferencia del dolor y en el estado de ánimo de los pacientes. Estos investigadores trataron de hallar diferencias en la efectividad de la Terapia Cognoscitivo Comportamental y de la TAC, encontrando que los pacientes le atribuyeron más credibilidad a la primera, mientras que la TAC la reportaron como más satisfactoria. Sin embargo, se concluyó que las dos son intervenciones efectivas para el tratamiento del dolor crónico y que son un valioso aporte al tratamiento médico tradicional.

En el meta-análisis realizado por Veehof, Oskam, Schreurs & Bohlmeijer (2011) se encontró que “en general, los pacientes con dolor crónico responden razonablemente bien a las terapias basadas en aceptación” (p. 538). Sin embargo, concluyen que la TAC no tiene gran

impacto en la percepción de la intensidad del dolor en los pacientes, aunque reconocen que esto puede deberse a que la TAC no intenta reducir la intensidad del dolor. Sin embargo, concluyen que puede ser una forma de intervención prometedora que requiere de mayor evidencia empírica para ratificar su efectividad en pacientes con dolor crónico.

Algunos estudios han utilizado elementos de la TAC para el manejo del dolor crónico como por ejemplo la aceptación. LaChapelle, Lavoie & Boudreau (2008) encontraron que en la fibromialgia la aceptación es un punto fundamental en la experiencia de vivir con dolor crónico, puesto que representó para las mujeres de su investigación comprometerse con actividades valiosas para ellas, así como un mejoramiento en su ajuste social, físico y emocional. De igual forma, Viane, Crombez, Eccleston, Devulder & De Corte (2004), analizaron 2 estudios. En el primero, se seleccionó una muestra de 501 personas con dolor crónico; en el segundo, una muestra de 62 pacientes también con dolor crónico. En este último, 16 de los pacientes tenían fibromialgia. Considerando ambos estudios, los autores pudieron establecer que los pacientes que aceptaban más su condición, le prestaban menos atención al dolor (sin ignorarlo), además de sentirse eficaces y motivados a realizar sus actividades diarias. Lo anterior también indicó que la aceptación estaba relacionada con los comportamientos encaminados a la consecución de logros.

McCracken & Vowles (2007) investigaron el papel de la flexibilidad psicológica (aceptación, mindfulness, valores y *de-fusión* cognoscitiva) en 260 pacientes con dolor crónico. El 64.6% de los participantes eran mujeres y el 32.8% de la muestra tenían fibromialgia. También, el 21.3% de estos pacientes estaban bajo la categoría de 'desconocido'. Se encontró que la flexibilidad psicológica estaba asociada al funcionamiento físico, social y emocional del paciente, teniendo como factor principal la aceptación del dolor.

Posteriormente, Vowles & McCracken (2010) continuaron investigando la efectividad de la flexibilidad psicológica en 114 pacientes con dolor crónico en comparación con los métodos tradicionales de afrontamiento del dolor. La muestra en su mayoría fueron mujeres y su principal dolor fue la lumbalgia. Se detectó la disminución en la lucha de los pacientes por controlar el dolor y su participación en actividades que valoraban o que eran significativas para ellos. Así, los autores manifestaron que “la flexibilidad psicológica se presenta como altamente relevante para el estudio del dolor crónico y para futuros desarrollos de tratamientos” (p. 141)

Por su parte, Wicksell, Ahlqvist, Bring, Melin & Olsson (2008) usaron tanto la aceptación como los valores para el manejo psicológico de los pacientes con dolor crónico. Después de la intervención de diez sesiones con estos dos elementos y tratamiento tradicional administrado de manera simultánea, se encontró en los pacientes mayor satisfacción con la vida al incrementar los comportamientos orientados hacia los valores de sus vidas. Además, se evidenció menor miedo a los movimientos y disminución en la depresión.

Como se ha demostrado, varios de los estudios utilizan la TAC en el manejo de personas con dolor crónico.

Además de la investigación de McCracken & Vowles (2007) citada previamente, en la cual se incluyó una muestra de pacientes con fibromialgia, McCracken & Gutiérrez-Martínez (2011) realizaron otra investigación dirigida a identificar los efectos de la TAC en 168 pacientes con dolor crónico. En esta muestra, la mayoría de los pacientes (66.4%) fueron diagnosticados con “síndrome de dolor crónico” o “dolor musculoesquelético no especificado” seguido de fibromialgia. Al finalizar el tratamiento y luego de un seguimiento de tres meses, se encontró que los pacientes reportaron que los niveles de depresión bajaron significativamente, así como la

ansiedad del dolor y la intensidad del mismo. Del mismo modo, reportaron tener un incremento en su flexibilidad psicológica con cada uno de los componentes.

Terapia Cognoscitiva Basada en Mindfulness (TCBM)

La TCBM terapia surgió como una nueva propuesta de las Terapias de Tercera Generación para la prevención de las recaídas en la depresión mayor (Segal, Teasdale & Williams, 2004). En efecto, existen investigaciones (Teasdale, Segal, Williams, Ridgeway, Soulsby & Lau, 2000; Ma & Teasdale, 2004; Barnhofer, Crane, Hargus, Amarasinhe, Winder & Williams, 2009) que ratifican la eficacia de la TCBM para el tratamiento de la depresión. La premisa fundamental de la TCBM es que la recaída depresiva se encuentra asociada a modos negativos de pensar y de sentirse, y que esta dinámica interna puede perpetuarse en un episodio depresivo (Kuyken, Watkins, Holden, White, Taylor, Byford, Evans, Radford, Teasdale & Dalgleish, 2010).

Uno de los principales elementos diferenciadores de esta terapia es la conciencia plena o mindfulness, que se ha definido de varias formas. Según Germer, Siegel & Fulton (2005) “es una habilidad que nos permite ser menos reactivos a lo que está pasando en el momento. Es una manera de relacionarse con *todas* las experiencias –positivas, negativas, neutrales– de tal forma que nuestro nivel de sufrimiento en general se reduce y nuestro nivel de bienestar se incrementa” (p.5). Por su parte, Shapiro, Oman, Thoresen, Plante & Flinders (2008) manifiestan que mindfulness se entiende como “la conciencia que surge a través de la intención de atender a la experiencia momento-a-momento de uno, sin juicios y con aceptación.” (p. 842)

La TCBM es un programa de ocho semanas adaptado del modelo de la Reducción del Estrés Basado en Mindfulness (REBM)⁹. Se ha utilizado para pacientes con depresión recurrente e historia de ideación suicida (Crane, Barnhofer, Duggan, Hepburn, Fennell, & Williams, 2008; Hepburn, Crane, Barnhofer, Duggan, Fennell, & Williams, 2009), en la reducción de la ansiedad (Kaviani, Javaheri & Hatami, 2011) y en trastorno de alimentación compulsiva (Baer, Fischer & Huss, 2005), entre otros. De acuerdo con Sipe & Eisendrath (2012), la TCBM consta de 8 sesiones semanales, cada una con una duración de dos horas. Consiste en “varias meditaciones prácticas, formales e informales, incluyendo scanners mentales guiados del cuerpo, meditaciones de sentarse y caminar, movimiento de conciencia plena (basado en el Yoga Hatha), espacios de respiración de 3 minutos y conciencia centrada en las actividades de la rutina diaria. Luego, se enfatiza en el desarrollo de una práctica independiente y en la expansión de la conciencia plena a los eventos mentales, incluyendo pensamientos y emociones que pudieron haber sido previamente evitados” (p. 64).

Evidencia del uso de la TCBM en el campo de la salud

La TCBM también ha sido utilizada en problemáticas abordadas por la Psicología de la Salud; por ejemplo, en el manejo de pacientes con dolor crónico. McCracken, Gauntlett-Gilbert & Vowels (2007) analizaron la efectividad de la TCBM en 105 pacientes con dolor crónico sobre la función del dolor y en el funcionamiento físico, social y emocional, encontrándose que es efectiva para el manejo de esta enfermedad en la medida en que disminuye la depresión, la

⁹ Programa que, originalmente, entrena a los pacientes con dolor crónico en meditación de mindfulness de modo que se relacionen psicológicamente con su condición física sin juzgar y basándose en la aceptación. Consiste en un programa de ocho a diez semanas (Keng, Smoski & Robins, 2011).

ansiedad relacionada con el dolor, la discapacidad física y los problemas psicosociales de esta población.

En la investigación de Schütze, Reese, Preece & Schütze (2010) se utilizó el componente mindfulness de la TCBM para el manejo del dolor con una muestra de 104 pacientes con dolor crónico musculoesquelético y dolor no-musculoesquelético, con predominio del primero. Se encontró que: (a) la intensidad del dolor y la catastrofización fueron menores cuando el grado de mindfulness era alto; y (b) tener un nivel bajo de mindfulness hizo que fueran más factibles los pensamientos negativos y distorsionados acerca del dolor.

Otro ejemplo del uso exclusivo de mindfulness en el dolor crónico es el de Cassidy, Atherton, Robertson, Walsh & Gillet (2012). Estos investigadores observaron los efectos de la conciencia plena en una muestra de 116 pacientes con lumbalgia crónica. Los pacientes luego expresaron en los auto-reportes, disminución de la depresión y de la ansiedad (funcionamiento psicológico) así como el decremento de la catastrofización. En esta misma investigación, se conjetura que al estar atento al momento presente se renuncia a los pensamientos negativos dejando de centrar la atención en el dolor, disminuyendo la exageración del mismo.

Igualmente, la TCBM se ha utilizado para casos de pacientes con fibromialgia. Por ejemplo el estudio llevado a cabo por Weissbecker, Salmon, Studts, Floyd, Dedert & Sephton, (2002) con 91 pacientes para evaluar la efectividad de la TCBM, permitió observar un incremento en su disposición a experimentar mayor autocontrol de su vida y considerarla más significativa.

Existe evidencia del uso de la Teoría de la Reducción del Estrés Basada Mindfulness para dolor crónico (Grossman, Niemann, Schmidt & Walach, 2004; Plews-Ogan, Owens, Goodman,

Wolfe & Schorlin, 2005; Merkes, 2010) y para la fibromialgia (Weissbecker, Salmon, Studts, Floyd, Dedert, Sephton, 2002; Grossman, Tiefenthaler-Gilmer, Raysz & Kesper, 2007; Lush, Salmon, Floyd, Studts, Weissbecker & Sephton, 2009; Quintana & Rincón, 2011), sin embargo, no es propiamente una terapia de la Tercera Ola, aunque se deriva de la TCBM.

Psicoterapia Analítica Funcional (PAF)

Esta terapia tiene como eje fundamental que los pacientes aprendan a través de sus propios problemas durante la sesión y no que implemente aprendan sobre ellos. En la PAF, los psicólogos abordan el comportamiento del cliente en tanto que éste afecte la relación terapeuta-paciente (Vandenberghe, 2009). Bajo esta misma óptica, Callaghan, Gregg, Marx, Kohlenberg & Gifford (2004) manifiestan que es fundamental la relación terapéutica para el mejoramiento de los pacientes, ya que la naturaleza del sufrimiento se encuentra en la relaciones interpersonales.

Hayes et al. (2004) señalan que “La PAF asume que una nueva y más útil conducta puede ser moldeada durante el proceso de la psicoterapia mediante la respuesta contingente del terapeuta a los problemas del cliente que ocurren en la sesión así como a las mejorías en aquellos comportamientos” (p.44).

Follette & Bonow (2009) explican que en la PAF, durante el tratamiento, el terapeuta elabora una conceptualización del caso que se basa en las descripciones del paciente acerca de sus problemas y de las interacciones con el psicólogo. De esta forma, estos autores plantean que el cambio se genera cuando el terapeuta ayuda a su paciente a detectar las situaciones en las que debe responder de una forma más adecuada y luego se adapta el repertorio del paciente para que las interacciones sociales se vuelvan importantes reforzadores sociales. De esta manera, de acuerdo con Vandenberghe & Ferro (2005) y en lo que compete específicamente al dolor, la PAF resulta muy significativa porque permite: (a) enfocarse en aspectos de la experiencia privada del

paciente; (b) abordar la dimensión interpersonal aclarando la función del dolor en situaciones de confrontación (propiciadas en terapias de grupo); (c) afrontar el estigma social del paciente con dolor crónico, que puede afectar por ejemplo su desempeño laboral.

Hayes et al. (2004) aclaran el rol del terapeuta que usa la PAF, señalando que éste debe: “(a) detectar ejemplos de las conductas problemáticas del cliente; (b) estructurar el ambiente de la terapia de tal manera que se incremente la probabilidad de observar estas conductas; (c) estar atento a provocar estas conductas; (d) responder de manera contingente a ejemplos de mejoramiento del cliente en estas conductas; y (e) describir y entrenar al cliente para describir su conducta problemática en términos funcionales; por ejemplo, cuál es la relación entre conductas (por ejemplo, pensamientos y sentimientos), las condiciones que propician la conducta y las consecuencias que siguen a la conducta” (p.44).

Adicionalmente, Valero-Aguayo, Ferro-García, Kohlenberg & Tsai (2011) precisan que los terapeutas deben detectar tres tipos de Conductas Clínicamente Relevantes (CCR)¹⁰. Las primeras (CCR1) son aquellos problemas que suceden durante la sesión terapéutica, las de segundo tipo (CCR2) son las mejorías del cliente que también ocurren en la sesión y las de tercer tipo (CCR3) resultan ser las interpretaciones que tiene el paciente acerca de su propio comportamiento, incluyendo las causas del mismo.

Específicamente, la PAF se ha utilizado para el manejo del trastorno de pánico sin agorafobia (López Bermúdez, Ferro García & Calvillo, 2010), de la depresión (Ferro, Valero & Vives, 2006; Kohlenberg, Kanter, Bolling & Parker, 2002), de los trastornos narcisista e

¹⁰ Las Conductas Clínicamente Relevantes (CCR) son aquellas que se observan directamente en la consulta que se traducen en lo que el paciente dice y hace (Ferro García, Valero Aguayo & López Bermúdez, 2007).

histriónico de la personalidad (Callaghan, Summers & Weidman, 2003), del trastorno obsesivo compulsivo (Vandenberghe, 2007) y en el tratamiento del dolor crónico (Ferro, 2008).

PAF en el campo de la salud

Campayo (2001) analizó la efectividad de la PAF en pacientes somatizadores teniendo en cuenta investigaciones previas y concluyó que este tipo de pacientes son sensibles a la PAF al observar una reducción en las visitas médicas y una mejoría en sus interacciones interpersonales. No obstante, la PAF no fue significativa en la reducción de los síntomas físicos reportados.

Vandenberghe, Ferro & Cruz (2004) investigaron si algunos de los principios de la PAF podían utilizarse en pacientes con dolor orofacial crónico en psicoterapia grupal. La muestra de este artículo fue de tan solo tres sujetos, sin embargo, se pudo concluir que la PAF permite que las sesiones de grupo sean más relevantes para la vida cotidiana del paciente y que también puede ser efectiva a la hora de tratar con pacientes que se resisten al tratamiento del dolor.

Otra de las investigaciones en las que se usó PAF, fue la de Vandenberghe & Ferro (2005), también con una muestra de tres personas (una mujer de 35 años, otra de 26 años y un hombre de 33 años) que tenían disfunción en la articulación temporo mandibular (ATM) y que por ello presentaban dolor intenso. Estos autores reportaron que las tres personas “vivían en contextos muy aversivos y mostraban baja motivación para la vida. Los tres tenían en común repertorios escasos para lidiar con situaciones de dolor; poca comprensión de eventos internos y uso excesivo de medicamentos. Ellos estaban presos en patrones disfuncionales de evitación y huida pasiva que perjudicaban su calidad de vida. Las relaciones interpersonales eran dominadas por frecuentes relatos de dolor y por actitudes que llevaron necesariamente a la propia derrota; no

obstante más eran justificadas por el dolor” (p.143). Los autores también explicaron que en las personas que tienen dolor crónico generalmente se observa una reducción del interés por el mundo exterior. De igual forma que en estos pacientes, gran parte de su actividad se basa en la búsqueda de un diagnóstico, de un profesional que atienda tal diagnóstico y de un tratamiento adecuado para su diagnóstico. Así mismo, perciben su entorno como aversivo al haber un decremento significativo en los reforzadores.

Al utilizar en grupo la PAF, estos pacientes, pudieron identificar, entender y expresar sus eventos privados diferentes al dolor, así como desarrollar estrategias adaptativas de afrontamiento, resolver problemas y aumentar actividades gratificantes que generaran reforzadores positivos (Vandenberghe & Ferro, 2005).

Otra investigación donde se usó la PAF, fue la de Vandenberghe, Furtado & Ferro (2003) con un grupo de pacientes con dolor orofacial, buscando llegar a un proceso de cambio por medio de la vivencia interpersonal. A través de un proceso psicoterapéutico grupal, se permitió a los pacientes liberarse del ciclo de retroalimentación en el que estaban constantemente luchando contra el dolor y que los alejaba de sus objetivos de vida que eran realmente importantes. Por lo tanto su éxito se vio traducido en transformar el contexto comportamental del dolor, más que enseñar al paciente a controlar su dolor eficazmente.

Sin embargo, no se hallaron investigaciones realizadas específicamente con PAF para personas con fibromialgia.

Conclusiones

Como se aprecia anteriormente, en efecto existen algunas evidencias acerca de que las Terapias de Tercera Generación aquí mencionadas pueden ser efectivas en el manejo del dolor crónico y por tanto de síndromes dolorosos crónicos como la fibromialgia. No obstante los datos que arroja la literatura son aún incipientes y en definitiva no concluyentes. Por un lado, muchos de los estudios expresan limitaciones de tipo metodológico en sus investigaciones, lo que podría introducir sesgos en los resultados sobre la eficacia de las Terapias de Tercera Generación en dolor crónico y/o fibromialgia. Por otro lado, cabe resaltar las diferencias que hay entre la evidencia de cada terapia aquí mostrada. Por ejemplo, en la TAC (siendo la Terapia de Tercera Generación con más evidencia empírica), los estudios que la utilizan estrictamente, con personal capacitado para ello, son muy pocos. Adicionalmente, una parte importante de la evidencia se basa sólo en algunos componentes de la TAC, como la aceptación o la consecución de valores vitales. Por lo tanto, concluir que la TAC es efectiva para el tratamiento interdisciplinar de la fibromialgia, es apresurado.

Con respecto a la TCBM los datos también son escasos, aunque en los disponibles, los pacientes refieren una gran mejoría. Como bien lo plantea Kozak (2008), con respecto al uso de mindfulness para el dolor crónico, esta técnica puede ayudarles a los pacientes a vivir con el dolor en sus vidas sin necesidad de llegar al sufrimiento. Argumenta también que la conciencia plena puede separar las emociones y pensamientos del cuerpo físico lo que puede hacer sentir a los pacientes que se liberan del dolor. La evidencia es más amplia en la Terapia de la Reducción de Estrés basada en Mindfulness, tanto en dolor crónico como específicamente en pacientes con fibromialgia. Sin embargo, esta terapia no fue incluida en esta revisión ya que no hace parte de

las Terapias de Tercera Generación, aunque sí se deriva de la TCBM ya que comparten un elemento en común que es la meditación.

La PAF no es la excepción de la insuficiencia sobre datos concretos en la fibromialgia y/o dolor crónico. Sus primeros hallazgos en esta problemática se han obtenido a partir de muestras muy pequeñas de pacientes, lo que confirma la novedad de la terapia y la escasez de hallazgos generalizables.

Es posible señalar que las tres Terapias de Tercera Generación revisadas se han interesado en el abordaje del dolor crónico; sin embargo con menos especificidad en el manejo de la fibromialgia. Así mismo, ninguna de las tres terapias cuenta con suficiente evidencia empírica que permita afirmar su efectividad en el manejo del crónico en general. Lo anterior, podría deberse tanto a la singularidad de la fibromialgia como a la reciente aparición de dichas terapias. Así, Öst (2008) alega que hasta el momento, ninguna Terapia de Tercera Generación tiene suficiente evidencia empírica que soporte sus resultados, más aún si se considera que los estudios en los que se utilizan dichas terapias son significativamente menos rigurosos que aquellos en los que se han usado las Terapias de Primera y de Segunda Generación. Sin embargo, Gaudiano (2009) responde al artículo de Öst (2008) aclarando que la División 12 de la APA incluyó a la TAC en su lista de terapias empíricamente validadas. De igual forma Hopko & Hopko (1999) argumentan que la PAF cumple con los criterios para ser incluida en los tratamientos empíricamente validados.

Cabe también resaltar que aún son pocos los terapeutas capacitados en estas terapias, lo cual implicaría la poca investigación basada en ellas. También, otros factores pueden explicar la

poca evidencia disponible, entre ellos, que su uso esté por el momento centrado principalmente en contextos terapéuticos más que en contextos investigativos.

Considerando que la fibromialgia es un diagnóstico que ha generado polémica en la comunidad científica, es posible que no sea objeto de interés por parte de los investigadores, como que sea sub-diagnosticado e incluso manejado como cualquier síndrome crónico doloroso (dolor musculoesquelético no especificado).

De cualquier forma, el uso de las Terapias de Tercera Generación en el manejo de la fibromialgia es incipiente y si bien aporta algunos datos de interés, la evidencia empírica es aún muy reducida y limitada. Estas terapias se condensan en una propuesta más positiva y optimista para afrontar el dolor, cambiando la resignación por la aceptación y poder seguir adelante con la vida, conviviendo con el dolor y sus consecuencias. En este sentido, estas terapias son una forma prometedora que denota un tratamiento más efectivo en pacientes con dolor crónico. Justamente, una de las principales dificultades a las que se enfrenta el paciente con fibromialgia es a la cronificación de los síntomas, en especial del dolor generalizado, y al fracaso terapéutico. Por tanto, la lucha continua dirigida a la eliminación del dolor se convierte en un proceso de alto costo afectivo, emocional y conductual que puede representarse en un incremento notorio de la frustración y del sufrimiento. En esos términos, ofrecerle al paciente con fibromialgia una alternativa de aprender a convivir con el dolor, de resignificarlo, de aceptarlo y de tener una mayor percepción de control resulta en especial prometedor para promover una mejor y mayor percepción de bienestar subjetivo por parte del paciente.

De acuerdo con lo anterior, y en total acuerdo con la necesidad de ofrecer tratamiento interdisciplinario a estos pacientes, parece coherente preguntarse por la forma en que el

psicólogo puede participar en este haciendo uso de las Terapias de Tercera Generación, mucha más si se considera que “el dolor crónico configura un desafío especial para el clínico” (Vanderberghe, Furtado da Cruz & Barbosa, 2003; p. 32). Y en consecuencia, es prudente, ético y absolutamente necesario que el psicólogo clínico de la salud que realice tales intervenciones tenga el entrenamiento y el dominio de cada una de ellas. Sólo esto le permitirá la validación de los procedimientos y de la técnica.

Por su complejidad, la fibromialgia afecta las esferas biológica, psicológica y social del paciente (Villanueva, Valía, Cerdá, Monsalve, Bayona & de Andrés, 2004) pues el dolor persistente afecta integralmente a la persona y cuando no existe una cura lo mejor es adaptar a la persona a los síntomas y trabajar sobre su autorregulación (Turk, Swanson & Tunks, 2008).

Lo anterior, se relaciona estrechamente con la TAC dado que enfatiza en la aceptación de que el dolor va a mantenerse crónicamente. Bajo la misma perspectiva de la TAC, Barraca (2009) especifica que entre las habilidades clínicas del psicólogo al momento de introducir tal terapia, están: (a) la capacidad para hablar con metáforas, ya sea recordándolas o creándolas, (b) el uso de paradojas o bien, (c) “la capacidad para usar el lenguaje de forma alternativa para desliteralizarlo” (p.112). Así, el uso del lenguaje se convierte en este escenario en una herramienta central en el manejo de la significación, la comprensión y la experiencia de tener una enfermedad que entre otros, incluye el dolor.

A partir de las investigaciones de Vandenberghe & Ferro (2005) y de Vandenberghe, Furtado & Ferro (2003), con la PAF es viable concluir que el psicólogo cumple un papel clave para que haya en el paciente un cambio de actitud, lo cual es fundamental para el adecuado afrontamiento del dolor. Por un lado, desde una perspectiva más cognoscitiva, el psicólogo debe

actuar sobre los pensamientos de catastrofización del paciente, entrenarlo en la solución de problemas y asesorarlo a su paciente en el encuentro de significados del dolor que experimenta. Pareciera ser que una modalidad prometedora en el manejo de la fibromialgia a través de la PAF es la terapia grupal; en consecuencia el psicólogo puede encargarse del manejo de sesiones grupales basadas en esta terapia, ya que si se considera que el dolor es una experiencia subjetiva y no puede ser entendido por otro, el involucramiento dentro del grupo, quitando el rótulo de especialista en dolor (que genera distanciamientos y barreras), ofrece una ventaja en la medida en que se comparten experiencias más genuinas y abiertas facilitando un encuentro terapéutico donde se expresen significados y experiencias. Por último, cabe mencionar que en el psicólogo cae la responsabilidad de ser quien encuentre un modelo contextual más extenso donde se puedan contener o incluir varios elementos dentro de los cuales está el dolor. Es decir que el psicólogo en la PAF se convierte en un facilitador para que el paciente deje de focalizarse en el dolor y más bien lo haga en las soluciones y en los significados.

En cuanto a la TCBM, como primera medida, los psicólogos deben tener el entrenamiento necesario para hacer este tipo de terapias (Moore, 2008). Bien sea por algún gusto o afinidad por las raíces filosóficas (Budismo), o bien por alguna capacitación específica que resulte en un psicólogo que use adecuadamente la imaginación, la respiración y el uso de sus palabras. Las sesiones suelen tener una estructura clara que hay que conocer, además de tener las habilidades necesarias para tener un buen discurso (que dirija y oriente, pero que además ofrezca calma y relajación). Adicionalmente, se deben conocer ejercicios físicos sobre movimientos y/o respiración que bien pueden hacerse individualmente, o bien pueden ser facilitadores para la interacción de participantes en un grupo. Así mismo, el psicólogo debe tener los conocimientos necesarios para demostrar cómo algunos de los procesos internos pueden estar generando o

manteniendo pensamientos negativos. Algo importante que se debe mencionar, es que éstos psicólogos deben tener una buena capacidad de adherir a sus pacientes al mindfulness, ya que fundamentalmente se trata de que cada persona desarrolle la habilidad de la meditación y de la conciencia plena y la expanda y aplique a todos los ámbitos de su vida. El uso de mindfulness puede ayudar a los pacientes a poder observar cómo se generan respuestas automáticas negativas (pensamientos e ideas) que suelen ocurrir en el paciente con dolor y que les puede ayudar a romper aquel círculo vicioso, donde por el contrario haya no-juicio y aceptación.

Fundamentalmente, considerando las Terapias de Tercera Generación en el manejo del dolor crónico y de la fibromialgia, se puede concluir que el rol del psicólogo consiste por un lado, en encargarse de modificar la concepción médica orientada a la eliminación de un síntoma o de una enfermedad, sino centrarse mejor en las soluciones; por otro lado, en centrarse en la experiencia privada del paciente, lo que le permite ponerse al mismo nivel facilitando el intercambio de ideas y el proceso terapéutico, y así permitir que los pacientes se adapten a la enfermedad crónica y logren tener una visión más realista, pero no por ello menos positiva y optimista de su propia vida.

Finalmente, cabe mencionar que los psicólogos deben ser quienes asuman la responsabilidad de divulgar este tipo de terapias y realizar estudios e investigaciones para que paulatinamente las Terapias de Tercera Generación encuentren soporte empírico que denote su solidez tanto procedimental como teórica y así puedan introducirse con mayor seguridad cada vez en el manejo de distintos tipos de problemas psicológicos.

Referencias

- Abeles, M., Solitar, B., Pillinger, M., & Abeles, A. (2008). Update on Fibromyalgia Therapy. *The American Journal of Medicine, 121*(7): 555-561. doi: 10.1016/j.amjmed.2008.02.036
- Anderson, F. & Winkler, A. (2007). An Integrated Model of Group Psychotherapy for Patients with Fibromyalgia. *International Journal of Group Psychotherapy, 57*(4), 451-474.
- Disponible en <http://search.proquest.com.ez.urosario.edu.co/psychology/docview/194781467/fulltextPDF/F/136E284CB7F1F74D861/3?accountid=50434>
- Bailey, K., Carleton, R., Vlaeyen, J., & Asmundson, J.G. (2010). Treatments Addressing Pain-Related Fear and Anxiety in Patients with Chronic Musculoskeletal Pain: A Preliminary Review. *Cognitive Behavior Therapy, 39*(1): 46-63. doi: 10.1080/16506070902980711
- Barnhofer, T., Crane, C., Hargus, E., Amarasinha, M., Winder, R., & Williams, M. (2009). Mindfulness-based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: A preliminary study. *Behavior Research and Therapy, 47*(5): 366-373. doi: 10.1016/j.brat.2009.01.019
- Baer, R., Fischer, S., & Huss, D. (2005). Mindfulness-Based Cognitive Therapy Applied to Binge Eating: A Case Study. *Cognitive and Behavioral Practice, 12*(3): 351-358.
- Disponible en http://ac.els-cdn.com/S1077722905800574/1-s2.0-S1077722905800574-main.pdf?_tid=3ce253ecf6c7382a74ad24627cd4cc14&acdnat=1337919271_03e5beb110e1b27e43498cde0f9cfb56 Recuperado el 24 de mayo del 2012.
- Barraca, J. (2012). «Mental control» from a third-wave behavior therapy perspective. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 12*(1): 109-121. Disponible en <http://ehis.ebscohost.com.ez.urosario.edu.co/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&hid=103&sid=828e87ad-9ef0-49af-8494-89371d4bb159%40sessionmgr114>

- Batten, S. V., & Hayes, S. C. (2005). Acceptance and commitment therapy in the treatment of comorbid substance abuse and post-traumatic stress disorder. A case study. *Clinical Case Studies, 4*(3): 246-262. doi:10.1177/1534650103259689
- Becoña, E., & Vázquez, F. (2008). Terapia Cognitivo Conductual. En L. Oblitas. *Psicoterapias Contemporáneas* (pp. 89-109). México: Cengage Learning.
- Berman, M.J., Boutelle, K.N., & Crow, S.J. (2009). A case series investigating acceptance and commitment therapy as a treatment for previously treated, unremitted patients with anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review, 17*(6): 426-434. doi: 10.1002/erv.962
- Bhanji, S. (2011). Is it time we turn towards 'third wave' therapies to treat depression in primary care? A review of the theory and evidence with implications for counseling psychologists. *Counseling Psychology Review, 26*(2): 57-69. Disponible en <http://ehis.ebscohost.com.ez.urosario.edu.co/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=c5102e17-5716-44dc-ab4f-8a8245a63de8%40sessionmgr112&vid=4&hid=103>
- Callaghan, G., Gregg, J., Marx, B., Kohlenberg, B., & Gifford, E. (2004). Fact: The utility of an integration of Functional Analytic Psychotherapy and Acceptance and Commitment Therapy to alleviate human suffering. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 41*(3): 195-207. doi: 10.1037/0033-3204.41.3.195
- Callaghan, G., Summers, C., & Wiedman, M. (2003). The Treatment of Histrionic and Narcissistic Personality Disorder Behaviors: A Single-Subject Demonstration of Clinical Improvement Using Functional Analytical Psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 33*(4): 321-339. doi: 10.1023/B:JOCP.0000004502.55597.81

- Campayo, J. (2001). Efectividad de la psicoterapia analítica grupal en enfermos somatizadores. *Interpsiquis*, 2, 1-11. Disponible en http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/1750/1/interpsiquis_2001_1787.pdf Recuperado el 4 mayo del 2012.
- Cassidy, E., Atherton, R., Robertson, N., Walsh, D., & Gillet, R. (2012). Mindfulness, functioning and catastrophizing after multidisciplinary pain management for chronic low back pain. *Pain*, 153(3): 644-650. doi:10.1016/j.pain.2011.11.027
- Ciarrochi, J., Robb, H., & Godsell, C. (2005). Letting a little nonverbal air into the room: Insights from Acceptance and Commitment Therapy Part 1: Philosophical and Theroretical Underpinnings. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 23(2): 79-106. doi: 10.1007/s10942-005-0005-y
- Clauw, D.J. (2009). Fibromyalgia: An overview. *The American Journal of Medicine*, 122(12A): 3-11. doi: 10.1016/j.amjmed.2009.09.006
- Claessens, M. (2010). Mindfulness Based-Third Wave CBT Therapies and Existential-Phenomenology. Friends or Foes? *Existential Analysis: Journal Of The Society For Existential Analysis*, 21(2): 295-308. Disponible en: <http://ehis.ebscohost.com.ez.urosario.edu.co/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=c12d31c9-3dda-4e19-8a23-dcd6feb716c8%40sessionmgr114&vid=4&hid=115>
- Codd, R. T., Twohig, M. P., PhD., Crosby, J. M., M.S., & Enno, A. (2011). Treatment of three anxiety disorder cases with acceptance and commitment therapy in a private practice. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 25(3): 203-217. doi: 10.1891/0889-8391.25.3.203

- Compas, B.E., Haag, D.A.E, Keefe, F.J., Leitenbeig, H., & Williams, D.A. (1998). Sampling of empirically supported psychological treatments from health psychology: Smoking, chronic pain, cancer, and bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1): 89-112. doi: 10.1037/0022-006X.66.1.89
- Crane, C., Barnhofer, T., Duggan, D., Hepburn, S., Fennell, M. V., & Williams, J. M. G. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy and self-discrepancy in recovered depressed patients with a history of depression and suicidality. *Cognitive Therapy & Research*, 32: 775-787. doi: 10.1007/s10608-008-9193-y
- Dahl, J., Wilson, K.G., & Nilsson, A. (2004). Acceptance and commitment therapy and the treatment of persons at risk for long-term disability resulting from stress and pain symptoms: a preliminary randomized trial. *Behavior Therapy*, 35, 785–801. Disponible en http://www.thehappinesstrap.com/upimages/dahl_wilson_pain.pdf Recuperado el 4 de mayo del 2012.
- Dobson, K. (2010). *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies*. (Third edition). New York: Guildford Press. Disponible en: <http://www.acpsy.ir/service/cb.pdf>
- Falcão, D. M., Sales, L., Leite, J. R., Feldman, D., Valim, V., & Natour, J. (2008). Cognitive Behavioral Therapy for the Treatment of Fibromyalgia Syndrome: A Randomized Controlled Trial. *Journal Of Musculoskeletal Pain*, 16(3), 133-140. doi:10.1080/10582450802161796
- Ferro, R. (2008). Recent Studies in Functional Analytic Psychotherapy. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 4(2): 239-249. Disponible en: <http://www.functionalanalyticpsychotherapy.com/ferro2008.pdf> Recuperado el 24 de mayo del 2012.

- Ferro García, R., Valero Aguayo, L., & López Bermúdez, M. (2007). Novedades y aportaciones desde la psicoterapia analítica funcional. *Psicothema*, 19(3): 452-458. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/727/72719315.pdf> Recuperado el 21 de mayo de 2012.
- Ferro, R., Valero, L., & Vives, M.C. (2006). Application of functional analytic psychotherapy: Clinical analysis of a patient with depressive disorder. *The Behavior Analyst Today*, 7(1): 1-18 Disponible en: <http://www.functionalanalyticpsychotherapy.com/ferro%20valero%20vives%202006.pdf>. Recuperado el 21 de mayo de 2012.
- Follette, W., & Bonow, J. (2009). The Challenge of Understanding Process in Clinical Behavior Analysis: The Case of Functional Analytic Psychotherapy. *The Behavior Analyst*, 32(1): 135-148. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2686982/pdf/bhan-32-01-135.pdf>. Recuperado el 21 de mayo de 2012.
- García, J., Luciano, C., Hernández, M., y Zaldívar, F. (2004). Aplicación de la terapia de aceptación y Compromiso (ACT) a sintomatología delirante: un estudio de caso. *Psicothema*, 16(1): 117-124. Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/1170.pdf> Recuperado el 21 de mayo de 2012.
- Gaudiano, B. (2009). Öst's (2008) methodological comparison of clinical trials of acceptance and commitment therapy versus cognitive behavior therapy: Matching Apples with Oranges? *Behaviour Research and Therapy*, 47(12): 1066-1070. doi: 10.1016/j.brat.2009.07.020
- Germer, C., Siegel, R., & Fulton, P. (2005). *Mindfulness and Psychotherapy*. Disponible en <http://site.ebrary.com/lib/urosario/docDetail.action?docID=10172301&p00=mindfulness%20psychotherapy>

- Glombiewski, J., Sawyer, A., Gutermann, J., Koenig, K., Rief, W., & Hofmann, S. (2010). Psychological treatments for fibromyalgia: A meta-analysis. *Pain, 151*(2): 280-295. doi:10.1016/j.pain.2010.06.011
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research, 57*(1): 35-43. doi: 10.1016/S0022-3999(03)00573-7
- Grossman, P., Tiefenthaler-Gilmer, U., Raysz, A., & Kesper, U. (2007). Mindfulness Training as an Intervention for Fibromyalgia: Evidence of Postintervention and 3-Year Follow-Up Benefits in Well-Being. *Psychotherapy and Psychosomatics, 76*(4): 226-233. doi: 10.1159/000101501
- Gundy, J., Woidneck, M., Pratt, K., Christian, A., y Twohig, M. (2011). Acceptance and Commitment Therapy: State of evidence in the Field of Health Psychology. *The Scientific Review of Mental Health Practice, 8*(2): 23-35. Disponible en <http://ehis.ebscohost.com.ez.urosario.edu.co/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&hid=103&sid=c5102e17-5716-44dc-ab4f-8a8245a63de8%40sessionmgr112>
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Stroschal, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(6), 1152-1168. Disponible en http://www.actmindfully.com.au/upimages/experiential_avoidance.pdf
- Hayes, S. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies. *Behavior Therapy, 35*(4): 639-665. Disponible en <http://ac.els-cdn.com/S0005789404800133/1-s2.0-S0005789404800133->

Terapias de Tercera Generación para el manejo de la fibromialgia

main.pdf?_tid=c5d60c50220deb68b42d8401c37f4258&acdnat=1337736862_7ad30f458a875cb22b26428897493fae Recuperado el 4 de mayo del 2012.

Hayes, S., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A., Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1): 1-25. doi:10.1016/j.brat.2005.06.006

Heffner, M., Sperry, J., Eifert, G., & Detweiler, M. (2002). Acceptance and Commitment Therapy in the Treatment of an Adolescent Female With Anorexia Nervosa: A Case Example. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9(3): 232-236. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S1077-7229\(02\)80053-0](http://dx.doi.org/10.1016/S1077-7229(02)80053-0),

Herbert, J.D., & Forman, E.M. (2011). The evolution of cognitive behavior therapy: The rise of psychological acceptance and mindfulness. En Lilienfeld, S. (2011). Acceptance and Commitment Therapy: Scientific status and Controversies. *The Scientific Review of Mental Health Practice*. 8(2), 3-4. Disponible en <http://ehis.ebscohost.com.ez.urosario.edu.co/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&hid=103&sid=c5102e17-5716-44dc-ab4f-8a8245a63de8%40sessionmgr112>

Hepburn, S. R., Crane, C., Barnhofer, T., Duggan, D. S., Fennell, M. J. V., & Williams, J. G. W. (2009). Mindfulness-based cognitive therapy may reduce thought suppression: Findings from a preliminary study. *British Journal of Clinical Psychology*, 48, 209–215. doi: 10.1348/014466509X414970

Hoffman, S. (2008). Acceptance and Commitment Therapy: New Wave of Morita Therapy? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15(4), 280-285. Disponible en <http://ehis.ebscohost.com.ez.urosario.edu.co/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&hid=103&sid=c5102e17-5716-44dc-ab4f-8a8245a63de8%40sessionmgr112>

- Hopko, D., & Hopko, S. (1999). What Can Functional Analytic Psychotherapy Contribute to Empirically-Validated Treatments? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 349-356. Disponible en <http://ehis.ebscohost.com.ez.urosario.edu.co/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=11&hid=103&sid=c5102e17-5716-44dc-ab4f-8a8245a63de8%40sessionmgr112>
- Ingram, R. & Scott, W. (1990). Cognitive behavior therapy. En A.S. Bellack, M. Hersen, & A.E. Kazdin (eds.), *International Handbook of Behavior Modification and Therapy, Second edition*, (pp. 53-65). New York: Plenum Press.
- Kaviani, H., Javaheri, F. & Hatami, N. (2011). Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT) Reduces Depression and Anxiety Induced by Real Stressful Setting in Non-clinical Population. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11(2): 285-296. Disponible en <http://ehis.ebscohost.com.ez.urosario.edu.co/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=12&hid=103&sid=c5102e17-5716-44dc-ab4f-8a8245a63de8%40sessionmgr112>
- Keng, S-L., Smoski, M., & Robins, C. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clinical Psychology Review*, 31, 1041-1056. doi:10.1016/j.cpr.2011.04.006
- Kirsch, A., & Bernardy, K. (2007). Fibromyalgia, Facial Expression and Emotional Experience. *Psychopathology*. 40, 203-208. doi: 10.1159/000101362
- Kohlenberg, R. J., Hayes, S. C., & Tsai, M. (1995). Radical behavioral psychotherapy: Two contemporary examples. *Clinical Psychology Review*, 13, 579–592. Disponible en <http://web.comhem.se/u68426711/14/Kohlenberg93.pdf> Recuperado el 4 de mayo del 2012.

- Kohlenberg, R., Kanter, J., Bolling, M. & Parker, C. (2002). Enhancing cognitive therapy for depression with functional analytic psychotherapy: Treatment guidelines and empirical findings. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 213-229. Disponible en http://ac.els-cdn.com/S1077722902800517/1-s2.0-S1077722902800517-main.pdf?_tid=aa4628c9a4911336c2c8613c7a9c55d9&acdnat=1337739157_c21fd181447bca8f569df0d7139dcf5a Recuperado el 24 de mayo del 2012.
- Kozak, A. (2008). Mindfulness in the management of chronic pain: conceptual and clinical considerations. *Techniques in Regional Anesthesia and Pain Management*, 12, 115-118. doi:10.1053/j.trap.2008.01.007
- Kuyken, W., Watkins, E., Holden, E., White, K., Taylor, R., Byford, S., Evans, A., Radford, S., Teasdale, J., & Dalgleish, T. (2010). How does mindfulness-based cognitive therapy work? *Behavior Research and Therapy*, 48, 1105-1112. doi:10.1016/j.brat.2010.08.003
- Labrador, F., Larroy, C., & de la Puente, M. (2008). *Terapia de Conducta*. En Oblitas, L. (2008). *Psicoterapias Contemporáneas*. (pp. 113-137) Cengage Learning: México.
- LaChapelle, D., Lavoie, S., Boudreau, A. (2008). The meaning and process of pain acceptance. Perceptions of women living with arthritis and fibromyalgia. *Pain Research & Management: The Journal of the Canadian Pain Society*, 13(8): 201-210. Disponible en: <http://search.proquest.com.ez.urosario.edu.co/psychology/docview/222253746/fulltextPDF/136DCF878E07116E540/1?accountid=50434>
- López Bermúdez, M., Ferro García, R. & Calvillo, M. (2010). An Application of Functional Analytic Psychotherapy In a Case of Anxiety Panic Disorder Without Agoraphobia. *International Journal of Behavioral Consultation & Therapy*, 6(4): 356-372. Disponible en

Terapias de Tercera Generación para el manejo de la fibromialgia

<http://ehis.ebscohost.com.ez.urosario.edu.co/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=17&hid=103&sid=c5102e17-5716-44dc-ab4f-8a8245a63de8%40sessionmgr112>

Lush, E., Salmon, P., Floyd, A., Studts, J., Weissbecker, I., & Sephton, S. (2009). Mindfulness Meditation for Symptom Reduction in Fibromyalgia: Psychophysiological Correlates. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 16, 200-207. doi: 10.1007/s10880-009-9153-z

Ma, S. H., & Teasdale, J. D. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 31-40. Disponible en <ftp://clean.cs.ru.nl/pub/CSI/CompMath.Found/teasdale.pdf> Recuperado de 24 de mayo del 2012.

Mañas, IM. (2007). Nuevas terapias psicológicas: la Tercera Ola de terapias de conducta o Terapias de Tercera Generación. *Gaceta de psicología*, 40, 26-34. Disponible en <http://www.thesauro.com/imagenes/39884-11.pdf> Recuperado el 14 de mayo de 2012.

McCracken, L., Gauntlett-Gilbert, J. & Vowels, K. (2007). The role of mindfulness in a contextual cognitive-behavioral analysis of chronic pain-related suffering and disability. *Pain*, 131, 63-69. doi:10.1016/j.pain.2006.12.013

McCracken, L., & Gutiérrez-Martínez, O. (2011). Processes of change in psychological flexibility in an interdisciplinary group-based treatment for chronic pain based on Acceptance and Commitment Therapy. *Behavior Research and Therapy*, 49, 267-274. doi:10.1016/j.brat.2011.02.004

McCracken, L., & Velleman, S. (2010). Psychological flexibility in adults with chronic pain: A study of acceptance, mindfulness, and values-based action in primary care. *Pain*, 148,

Terapias de Tercera Generación para el manejo de la fibromialgia

141-147. Disponible en <http://ac.els-cdn.com/S0304395909006587/1-s2.0->

S0304395909006587-

main.pdf?_tid=9a966743cffbffe238a2552244d3fe4f&acdnat=1337739872_7e831dbbbdc

55bdc8b69a80acb1edc2b Recuperado el 23 de mayo del 2012.

McCracken, L., & Vowles, K.E. (2007). Psychological flexibility and traditional pain management strategies in relation to patient functioning with chronic pain. An Examination of a Revised Instrument. *The Journal of Pain*, 8(9): 700-707.

doi:10.1016/j.jpain.2007.04.008

McCracken, L., Vowles, K., & Eccleston, C. (2005). Acceptance-based treatment for persons with complex, long standing chronic pain: a preliminary analysis of treatment outcome in comparison to a waiting phase. *Behavior Research and Therapy*, 46, 1335-1346.

Disponible en <http://ac.els-cdn.com/S0005796704002475/1-s2.0-S0005796704002475->

main.pdf?_tid=fb1524f02ffcc9691a2eb33eb93ae6a0&acdnat=1337739945_85873845691

a05db5b712a154b353c2e Recuperado el 24 de mayo del 2012.

Merkes, M. (2010). Mindfulness-based stress reduction for people with chronic diseases.

Australian Journal of Primary Health, 16, 200-210. Disponible en

<http://ehis.ebscohost.com.ez.urosario.edu.co/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=20&hid=10>

3&sid=c5102e17-5716-44dc-ab4f-8a8245a63de8%40sessionmgr112

Moix, J., & Casado, M. (2011). Terapias Psicológicas para el Tratamiento del Dolor Crónico.

Clínica y Salud, 22(1): 41-50. Disponible en <http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130->

52742011000100003&script=sci_arttext Disponible el 24 de mayo del 2012.

- Moore, P. (2008). Introducing Mindfulness to Clinical Psychologists in Training: An Experiential Course of Brief Exercises. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 15, 331-337. doi: 10.1007/s10880-008-9134-7
- Oblitas, L. (2008). *Psicoterapias Contemporáneas*. Cengage Learning: México
- Oh, T., Stueve, M., Hoskin, T., Luedtke, C., Vincent, A., Moder, K. & Thompson, J. (2010). Brief Interdisciplinary Treatment Program for Fibromyalgia. Six to Twelve Months Outcome. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*. 89(2): 115-124. doi: 10.1097/PHM.0b013e3181c9d817
- Öst, L-G. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: a systematic review and meta-analysis. *Behavior Research and Therapy*, 46, 296–321. Disponible en http://ac.els-cdn.com/S000579670700246X/1-s2.0-S000579670700246X-main.pdf?_tid=fc0a9cd9f004191047abda00bea9bcaa&acdnat=1337741740_4ec8e4d77ec4e7a8ce5b3df1f809428d Recuperado el 24 de mayo del 2012.
- Páez-Blarrina, M., Gutiérrez-Martínez, O., Valdivia-Salas, S., & Luciano-Soriano, C. (2006). Terapia de aceptación y compromiso (ACT) y la importancia de los valores personales en el contexto de la terapia psicológica. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6(1), 1-20. Disponible en <http://search.proquest.com/docview/222752046?accountid=50434> Recuperado el 24 de mayo del 2012.
- Petersen, C. L., & Zettle, R. D. (2009). Treating inpatients with comorbid depression and alcohol use disorders: A comparison of acceptance and commitment therapy versus treatment as usual. *The Psychological Record*, 59(4): 521-536. Disponible en:

Terapias de Tercera Generación para el manejo de la fibromialgia

<http://ehis.ebscohost.com.ez.urosario.edu.co/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=23&hid=103&sid=c5102e17-5716-44dc-ab4f-8a8245a63de8%40sessionmgr112>

Plews-Ogan, M., Owens, J., Goodman, M., Wolfe, P., & Schorlin, J. (2005). BRIEF REPORT: A Pilot Study Evaluating Mindfulness-Based Stress Reduction and Massage for the Management of Chronic Pain. *Journal of General Internal Medicine*, 20(12): 1136-1138. doi: 10.1111/j.1525-1497.2005.0247.x

Quintana, M., & Rincón, M. (2011). Eficacia del Entrenamiento en Mindfulness para Pacientes con Fibromialgia. *Clínica y Salud*, 22(1): 51-67. doi: 10.5093/c12011v22n1a4

Rossy, L. A., M.A., Buckelew, S. P., PhD., Dorr, N., Hagglund, K. J., PhD., Thayer, J. F., PhD., McIntosh, M. J., M.A., . . . Johnson, J. C., M.A. (1999). A meta-analysis of fibromyalgia treatment interventions. *Annals of Behavioral Medicine*, 21(2), 180-91. doi:10.1007/BF02908299

Sarzi-Puttini, P., Buskila, D., Carrabba, M., Doria, A., & Atzeni, F. (2008). Treatment Strategy in Fibromyalgia Syndrome: Where Are We Now? *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 37(6): 353-365. doi: 10.1016/j.semarthrit.2007.08.008

Schütze, R., Reese, C., Preece, M., & Schütze, M. (2010). Low mindfulness predicts pain catastrophizing in a fear-avoidance model of chronic pain. *Pain*, 148, 120-127. doi: 10.1016/j.pain.2009.10.030

Sephton, S. E., Salmon, P., Weissbecker, I., Ulmer, C., Floyd, A., Hoover, K., et al. (2007). Mindfulness meditation alleviates depressive symptoms in women with fibromyalgia: Results of a randomized clinical trial. *Arthritis and Rheumatism*, 57, 77–85. Disponible en <http://www.mydoctor.ca/documents/users/3706/17670.pdf> Recuperado el 24 de mayo del 2012.

- Shapiro, S., Oman, D., Thoresen, C., Plante, T., & Flinders, F. (2008). Cultivating Mindfulness: Effects on Well-Being. *Journal of Clinical Psychology, 64*(7): 840-862. doi: 10.1002/jclp.20491
- Sipe, W. & Eisendrath, S. (2012). Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Theory and Practice. *Canadian Journal of Psychiatry, 57*(2): 63-39. Disponible en <http://ehis.ebscohost.com.ez.urosario.edu.co/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=c5102e17-5716-44dc-ab4f-8a8245a63de8%40sessionmgr112&vid=15&hid=103> Recuperado el 24 de mayo del 2012.
- Staud, R. (2011). Clinical Management for Fibromyalgia. *Current Medical Literature: Rheumatology, 30*(4): 109-119. Disponible en: <http://ehis.ebscohost.com.ez.urosario.edu.co/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&hid=120&sid=385061f3-10fc-4684-93c9-fc037f0e63a1%40sessionmgr112>
- Teasdale, J. D., Moore, R. G., Hayhurst, H., Pope, M., Williams, S., & Segal, Z. V. (2002). Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: Empirical evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*(2): 275-287. doi: 10.1037//0022-006X.70.2.275
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 615-623. Disponible en <http://www-psych.stanford.edu/~pgoldin/Buddhism/MBCTrelapsedepressionTeasdale2000JCCP.pdf> Recuperado el 24 de mayo del 2012

- Traynor, L. M., Thiessen, C. N., & Traynor, A. P. (2011). Pharmacotherapy of fibromyalgia. *American Journal Of Health-System Pharmacy*, 68(14): 1307-1319. doi:10.2146/ajhp100322
- Turk, D., Swanson, K., Tunks, E. (2008). Psychological Approaches in the Treatment of Chronic Pain Patients-When Pills, Scalpels, and Needles Are Not Enough. *Canadian Journal of Psychiatry*, 53(4): 213-223. Disponible en <http://ehis.ebscohost.com.ez.urosario.edu.co/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=26&hid=103&sid=c5102e17-5716-44dc-ab4f-8a8245a63de8%40sessionmgr112>
- Valero-Aguayo, L., Ferro-García, R., Kohlenberg, R. & Tsai, M. (2011). Therapeutic Change Processes in Functional Analytic Psychotherapy. *Clínica y Salud*, 22(3): 209-221. Disponible en <http://ehis.ebscohost.com.ez.urosario.edu.co/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=27&hid=103&sid=c5102e17-5716-44dc-ab4f-8a8245a63de8%40sessionmgr112>
- Vanderberghe, L. (2007). Functional analytic psychotherapy and the treatment of obsessive compulsive disorder. *Counseling Psychology Quarterly*, 20(1): 105-114. doi: 10.1080/09515070701197479
- Vandenbergh, L. (2009). Keeping the focus on clinically relevant behavior: supervision for functional analytic psychotherapy. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 5(2): 209-221. Disponible en <http://ehis.ebscohost.com.ez.urosario.edu.co/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=28&hid=103&sid=c5102e17-5716-44dc-ab4f-8a8245a63de8%40sessionmgr112>
- Vandenbergh, L., & Ferro, C. L. B. (2005). Terapia de grupo embasada em psicoterapia analítica funcional como abordagem terapêutica para dor crônica: Possibilidades e

- Terapias de Tercera Generación para el manejo de la fibromialgia
perspectivas. *Psicología: Teoría e práctica*, 7(1): 137-152. Disponible en:
<http://ehis.ebscohost.com.ez.urosario.edu.co/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=29&hid=103&sid=c5102e17-5716-44dc-ab4f-8a8245a63de8%40sessionmgr112>
- Vandenberghe, L., Ferro, C., & Cruz, A. (2004). TAF-Enhanced Group Therapy for Chronic Pain. *Behavior Analyst Today*, 4(4): 369-375. Disponible en
<http://www.functionalanalyticpsychotherapy.com/group%20chronic%20pain.pdf>
- Vanderberghe, L., Furtado da Cruz, A. & Barbosa, C. (2003). Terapia de grupo para pacientes com dor crônica orofacial. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognoscitiva*, 5(1): 31-40. Disponible en
<http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/view/89/78> Recuperado el 25 de mayo del 2012.
- Veehof, M., Oskam, M., Schreurs, K., & Bohlmeijer, E. (2011). Acceptance-based interventions for the treatment of chronic pain: A systematic review and meta-analysis. *Pain*, 152, 533-542. Disponible en http://ac.els-cdn.com/S0304395910006871/1-s2.0-S0304395910006871-main.pdf?_tid=cf8ba88a98416ded74550beb8231b0f0&acdnat=1337742928_c9e376264515a4efd337851d54017a35 Recuperado el 24 de mayo del 2012.
- Viane, I., Crombez, G., Eccleston, C., Devulder, J. & De Corte, W. (2004). Acceptance of the unpleasant reality of chronic pain: effects upon attention to pain and engagement with daily activities. *Pain*, 112, 282-284. doi:10.1016/j.pain.2004.09.008
- Villanueva, V.L., Valía, J.C., Cerdá, G., Monsalve, V., Bayona, M.J., & de Andrés, J. (2004). Fibromialgia: diagnóstico y tratamiento. El estado de la cuestión. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*. 11, 430-443. Disponible en

Terapias de Tercera Generación para el manejo de la fibromialgia

http://revista.sedolor.es/imprimir.php?archivo=2004_07_05 Recuperado el 24 de mayo del 2012.

Vowles, K.E., & McCracken, L.M., (2010). Comparing the role of psychological flexibility and traditional pain management coping strategies in chronic pain treatment outcomes.

Behaviour Research and Therapy, 48, 141-146. doi: 10.1016/j.brat.2009.09.011

Vowles, K.E., McNeil, D.W., Gross, R.T., McDaniel, M.L, Mouse, A., Bates, M., Gallimore, P., McCall, C. (2007). Effects of pain acceptance and pain control strategies on physical impairment in individuals with chronic low back pain. *Behavior Therapy*, 38, 412–425.

Disponible en http://ac.els-cdn.com/S0005789407000548/1-s2.0-S0005789407000548-main.pdf?_tid=b45c2bf68d91cfc4b2a95844e7ddcb26&acdnat=1337743173_32fcdaaf1a99db5b8631e2ece1cb5b47 Recuperado el 24 de mayo del 2012.

Walther, M. R., Ricketts, E. J., Conelea, C. A., & Woods, D. W. (2010). Recent Advances in the Understanding and Treatment of Trichotillomania. *Journal of Cognitive*

Psychotherapy, 24(1): 46-64. Disponible en

<http://ehis.ebscohost.com.ez.urosario.edu.co/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=32&hid=103&sid=c5102e17-5716-44dc-ab4f-8a8245a63de8%40sessionmgr112>

Walser, R., & Westrup, D. (2006). Supervising Trainees in Acceptance and Commitment Therapy for Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. *International Journal of*

Behavioral and Consultation Therapy, 2(1): 12-16. Disponible en

<http://ehis.ebscohost.com.ez.urosario.edu.co/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&hid=120&sid=385061f3-10fc-4684-93c9-fc037f0e63a1%40sessionmgr112>

Weissbecker, I., Salmon, P., Studts, J. L., Floyd, A. R., Dedert, E. A., & Sephton, S. E. (2002).

Mindfulness-based stress reduction and sense of coherence among women with

Terapias de Tercera Generación para el manejo de la fibromialgia

fibromyalgia. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 9, 297–307. Disponible en

<http://ehis.ebscohost.com.ez.urosario.edu.co/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=33&hid=103&sid=c5102e17-5716-44dc-ab4f-8a8245a63de8%40sessionmgr112>

Wetherell, J.L., Afari, N., Rutledge, T., Sorrell, J., Stoddard, J., Petkus, A., Solomon, B., Lehman, D., Liu, L., Lang, A. & Atkinson, J.H. (2011). A randomized, controlled trial of acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy for chronic pain. *Pain*, 152, 2098-2107. doi:10.1016/j.pain.2011.05.016

Wetherell, J. L., Liu, L., Patterson, T. L., Afari, N., Ayers, C. R., Thorp, S. R., Stoddard, J., Rouberg, J., Kraft, A., Sorrell, J., Petkus, A. J. (2011). Acceptance and commitment therapy for generalized anxiety disorder in older adults: A preliminary report. *Behavior Therapy*, 42(1): 127. Disponible en http://ac.els-cdn.com/S0005789410001140/1-s2.0-S0005789410001140-main.pdf?_tid=7b315b2348653c90c8aa0e1b0afe7078&acdnat=1337743469_bba7a76e166184da800774d426e821bf Recuperado el 23 de mayo del 2012.

Wicksell, R., Ahlqvist, J., Bring, A., Melin, L. & Olsson, G. (2008). Can Exposure and Acceptance Strategies Improve Functioning and Life Satisfaction in People with Chronic Pain and Whiplash-Associated Disorders (WAD)? A Randomized Controlled Trial. *Cognitive Behaviour Therapy*, 37(3): 169-182. doi: 10.1080/16506070802078970

Wicksell, R., Dahl, J., Magnusson, B., & Olson, G. (2005). Using Acceptance and Commitment Therapy in the Rehabilitation of an Adolescent Female With Chronic Pain: A Case Example. *Cognitive and Behavioral Practice*, 12, 415-423. Disponible en <http://ac.els-cdn.com/S1077722905800690/1-s2.0-S1077722905800690->

Terapias de Tercera Generación para el manejo de la fibromialgia

main.pdf?_tid=cdf548ba488ae5e8fc957fd37fb78f09&acdnat=1337743565_2f2be62b89bd953d2eecef8a2772454f Recuperado el 24 de mayo del 2012.

Wilson, K., & Roberts, M. (2002). Core Principles in Acceptance and Commitment Therapy: An Application to Anorexia. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 237-243. Disponible en http://ac.els-cdn.com/S1077722902800542/1-s2.0-S1077722902800542-main.pdf?_tid=62fde1ecc8713bbfa9f2763fda6009bb&acdnat=1337743706_f0653c506b90abb51a283afef99f2a4a Recuperado el 24 de mayo del 2012.

Yovel, I. (2009). Acceptance and commitment therapy and the new generation of cognitive behavioral treatments. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 46(4): 304-9. Disponible en <http://search.proquest.com.ez.urosario.edu.co/psychology/docview/366374912/fulltextPDF/136DD3F6C0D70763EA2/1?accountid=50434>