

# Habilidades terapéuticas y limitaciones en la aplicación de las terapias de tercera generación en el contexto latinoamericano

Therapeutic skills and limitations in the application of third generation therapies in the Latin American context

Habilidades terapêuticas e limitações na aplicação das terapias de terceira geração no contexto latinoamericano

Wilber Roberto Castellón Mendoza ✉

Universidad Dr. José Matías Delgado

## RESUMEN

Han pasado ya treinta años desde el surgimiento y consolidación de las Terapias de Tercera Generación como parte de las Terapias Cognitivo-Conductuales. La aplicación de estas implica el desarrollo de habilidades terapéuticas específicas que difieren parcialmente de las que se utilizan en otros modelos, una de ellas es el ejercicio cotidiano y constante para convertirse en terapeuta *mindful*. Ser un terapeuta *mindful* requiere apertura hacia las filosofías orientales y potenciar la vivencia de experiencias contemplativas en la vida cotidiana. El contexto latinoamericano presenta particularidades que limitan la adecuada ejecución de las terapias de tercera generación. Entre las dificultades del terapeuta se señalan la poca formación especializada; la sobreestimación de los modelos de la primera y segunda generación; la ignorancia y la apatía hacia el esfuerzo por ser un terapeuta *mindful*; el poco conocimiento y menosprecio a las filosofías orientales que dan sustento al *mindfulness*; y las carencias económicas y falta de oportunidades en muchos terapeutas comprometidos con su formación. En cuanto a las limitaciones del contexto se mencionan la religiosidad predominante con locus de control externo, la desconfianza a las intervenciones psicológicas basadas en la meditación y la inaccesibilidad a los sectores populares de la población.

**Palabras clave:** terapias de tercera generación; terapias cognitivo-conductuales; *mindfulness*; habilidades terapéuticas; limitaciones terapéuticas; psicología latinoamericana.

## ABSTRACT

Many years have passed since the rise and consolidation of third generation therapies as part of cognitive-behavioral therapies. The application of those involve the development of specific therapeutic skills that differ partially from those used in other models, one of them is the daily and constant exercise to become a mindful therapist. Being a mindful therapist requires openness to oriental philosophies and enhancing contemplative experiences in everyday life. The Latin American context presents particularities that limit the adequate execution of third generation therapies. Among the therapist's difficulties are the insufficient specialized education, the overestimation of the first and second-generation models, ignorance and apathy towards the effort to be a mindful therapist, the scarce knowledge and underestimation of the oriental philosophies that sustain mindfulness, and the economic deficiencies and lack of opportunities for many therapists committed to their education. Regarding the limitations of the context are the predominant religiosity with locus of external control, the mistrust of psychological interventions based on meditation, and the inaccessibility to the popular sectors of the population.

**Keywords:** third generation therapies; cognitive-behavioral therapies; mindfulness; therapeutic skills; therapeutic limitations; Latin American psychology.

## RESUMO

Passaram-se 30 anos desde o surgimento e consolidação das terapias de terceira geração como parte das terapias cognitivo-comportamentais. Sua aplicação implica o desenvolvimento de habilidades terapêuticas que diferem parcialmente das utilizadas em outros modelos, sendo uma delas o exercício cotidiano e constante de formação de um terapeuta *mindful*. Ser um terapeuta *mindful* requer abertura para as filosofias orientais e a potencialização de vivências experienciais contemplativas na vida cotidiana. O contexto latino-americano apresenta particularidades que limitam a adequada prática das terapias de terceira geração. Entre as dificuldades do terapeuta, são citadas a pouca formação especializada, a superestimação dos modelos de primeira e segunda geração, a ignorância e apatia relacionadas ao esforço para ser um terapeuta *mindful*, o pouco conhecimento e menosprezo das filosofias orientais que dão sustentação ao *mindfulness*, as carências econômicas e a falta de oportunidades de muitos terapeutas comprometidos com a sua formação. Como limitações do contexto, são mencionadas a religiosidade com lócus de controle externo, a desconfiança das intervenções psicológicas baseadas na meditação e a inacessibilidade dos setores populares da população.

**Palavras-chave:** terapias de terceira geração; terapias cognitivo-comportamentais; *mindfulness*; habilidade terapêuticas; limitações terapêuticas; psicologia latino-americana.

Las Terapias de Tercera Generación (en adelante TTG) se han ido consolidando, con el paso del tiempo, como una de las principales opciones que forman parte de las Terapias Cognitivo-

Conductuales (en adelante TCC) para el tratamiento de diversas patologías. El estatus que han alcanzado las TTG no ha sido fácil ni ha estado exenta de polémicas dentro de la comunidad

científica, hasta el día de hoy existen bastantes críticas y hay muchos académicos detractores del modelo, los cuales no terminan de considerar a las TTG como parte de las TCC.

Por otro lado, la sociedad occidental de inicios del siglo XXI parece haberle dado un cálido recibimiento a las TTG, particularmente al uso del *mindfulness*. Esta franca aceptación social no favorece el talante científico de las TTG, ya que varios de sus principales constructos y abordajes se han desvirtuado, convirtiéndose en el estandarte de muchos gurús de la autoayuda y de la psicología popular tan en boga en estos tiempos posmodernos; sin embargo, este mal uso no elimina las bondades y fortalezas del modelo como herramienta terapéutica, sino que invita a los investigadores a seguir demostrando su eficiencia, eficacia y efectividad terapéutica.

Precisamente, uno de los aspectos vinculados a la eficacia terapéutica de las TTG estriba en el desarrollo de habilidades y competencias terapéuticas concretas. Es evidente, que toda terapia psicológica requiere del uso de aptitudes terapéuticas, la cuales se han estudiado e investigado desde hace mucho tiempo, pero la aplicación de las TTG exige pericias específicas – además de las ya establecidas desde antaño – debido a las particularidades del modelo. No cualquier terapeuta que se defina como cognitivo-conductual puede llevar a cabo una TTG eficaz, incluso a pesar de haber recibido formación conceptual sobre ello. A esto hay que añadir los factores de contexto propios del entorno cultural y socioeconómico en el cual se realiza la terapia, hacer TTG en Latinoamérica tiene sus particularidades, hay factores de contexto que limitan y otros que favorecen el uso adecuado de las mismas. Este es, justamente, el objeto de

interés del presente artículo, analizar y reflexionar sobre las habilidades terapéuticas y las limitaciones que el contexto latinoamericano presenta para el uso de las TTG.

## CONSOLIDACIÓN DE LAS TERAPIAS DE TERCERA GENERACIÓN

A pesar de que la mayoría de las TTG surgen en la década de los noventa del siglo pasado, la ebullición de las mismas ocurre en la primera década de este siglo, prueba de ello es la cantidad de publicaciones científicas dedicadas al tema y el número de ponencias, talleres, mesas de diálogo y pósteres en los últimos congresos. El V Congreso Mundial de Terapias Cognitivo-Conductuales celebrado en Barcelona, en el 2007, fue el evento científico que marcó el auge del *mindfulness*<sup>1</sup> y de las TTG en general, como parte de las TCC; luego en Boston (2010), en Lima (2013) y en Melbourne (2016) las TTG se consolidaron, supongo que el IX Congreso Mundial programado para julio de 2019, en Berlín (Alemania), no será la excepción.

Estas terapias presentan los siguientes aspectos comunes: a) la adquisición de una referencia contextual, b) el mayor interés por las funciones de las conductas que por las conductas concretas, c) la búsqueda del cambio de una clase de conductas más que por conductas concretas, d) la preferencia por el cambio experiencial (de contingencias) frente al cambio más psicoeducativo basado en reglas y, e) el cambio experiencial que conlleva alguna forma de conciencia plena (Vallejo, 2006).

Como apunté anteriormente, hasta el día de hoy existe mucha controversia y polémica con respecto a las TTG, algunos critican el eslogan “tercera

---

<sup>1</sup> De hecho, uno de los comentarios más frecuentes en el entorno cognitivo-conductual español es que el Congreso Mundial de Barcelona fue el congreso del *mindfulness*.

generación” (Pérez Álvarez, 2014), otros el alejamiento de los paradigmas cognitivo-conductuales de base (Hoffmann & Asmundson, 2008), algunos la excesiva influencia budista para el desarrollo de la conciencia plena o *mindfulness* (Harrington & Pickles, 2009), otros la insuficiente evidencia empírica demostrando su eficacia (Martín Orgilés & Sevillá Gascó, 2014); sin embargo, también hay evidencia científica a favor (Goldstein, Josephson, Xie, & Hughes, 2012; Zernicke et al., 2012) y trabajos que señalan con claridad las bondades de su uso, los criterios de medición y la razón de ser de estas terapias (Baer & Sauer, 2009; Miró, 2006; Sauer et al., 2013). A

nivel latinoamericano también se ha discutido mucho sobre el *mindfulness* y las TTG, sobre todo en diversos congresos y jornadas. Por ejemplo, en el XVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Análisis, Modificación del Comportamiento y Terapias Cognitivo-Conductuales (ALAMOC) celebrado el año pasado (2016), en Panamá, hubo tórridos debates al respecto, lo cual deja entrever lo difícil que es llegar a consensos ante la diversidad epistemológica de nuestra ciencia.

En la Tabla 1 se presentan de forma resumida los principales modelos terapéuticos que constituyen las TTG.

Tabla 1

*Principales terapias de tercera generación*

Nombre	Siglas <sup>1</sup>	Creadores	Año
<b>Psicoterapia Analítico Funcional</b>	FAP	Robert J. Kohlenberg y Mavis Tsai	1991
<b>Terapia Dialéctico Conductual</b>	DBT	Marsha Linehan	1993
<b>Terapia Integral de Pareja</b>	IBCT	Neil S. Jacobson y Andrew Christensen	1996
<b>Terapia de Aceptación y Compromiso</b>	ACT	Steven C. Hayes, Kirk D. Strosahl y Kelly G. Wilson	1999
<b>Terapia de Activación Conductual</b>	BA	Neil S. Jacobson, Christopher R. Martell y Sona Dimidjian	2001
<b>Terapia Cognitivo-Conductual con <i>Mindfulness</i> Integrado</b>	MiCBT	Bruno A. Cayoun	2011

*Fuente.* Elaboración propia.

Diversos investigadores clasifican las terapias de tercera generación de distintas maneras (Kahl, Winter, & Schweiger, 2012; Mañas, 2007; Moreno Coutiño, 2012). Los criterios de selección aquí utilizados responden a los aspectos comunes de las TTG arriba mencionados.

Podría discutirse si la MiCBT propuesta por el australiano Bruno Cayoun es una TTG en sentido estricto, porque lo que este autor plantea es la

incorporación del *mindfulness* a las técnicas tradicionales de las TCC, lo cual puede resultar una mezcla de terapias de primera, segunda y tercera generación con contradicciones epistemológicas y técnicas; sin embargo el autor define su modelo como “un enfoque terapéutico sistémico que integra meditación *mindfulness* con elementos centrales de métodos cognitivos y conductuales” (p. 37), y, ciertamente, el enfoque

está *sistematizado*, muy protocolizado y apoyado con evidencia empírica, además de sostener que las características de la técnica pueden flexibilizarse en función de cada caso y contexto, por lo tanto, es una terapia de la tercera ola.

### **HABILIDADES TERAPÉUTICAS PARA LA APLICACIÓN DE LAS TERAPIAS DE TERCERA GENERACIÓN**

Poco se ha escrito sobre este aspecto en comparación al uso de las diferentes técnicas predominantemente utilizadas en las TTG, al parecer existe la creencia de que las competencias y habilidades terapéuticas requeridas para cualquier proceso psicológico en general son suficientes para la aplicación efectiva de las TTG. En cualquier caso, el enfoque cognitivo-conductual, históricamente, no se ha caracterizado por la investigación y el desarrollo de las actitudes y competencias terapéuticas (Marinho, Caballo, & Silveira, 2003).

De especial relevancia es el trabajo de Jorge Barraca Mairal sobre este punto. Este autor considera que las TTG exigen dominios y posicionamientos diferentes a los tradicionalmente utilizados; incluso, llega a sostener que cada modelo específico dentro de las TTG necesita habilidades, también específicas para su uso adecuado, por ejemplo señala que las habilidades en la aplicación de la ACT, la DBT y la FAP (ver Tabla 1) no son las mismas, ya que la ACT valora la capacidad para recordar metáforas, la DBT el manejo de habilidades dialécticas y la FAP la habilidad para diferenciar las conductas clínicamente relevantes (Barraca Mairal, 2009).

Sin lugar a dudas, cada terapia exige el conocimiento y desarrollo de competencias particulares, sin embargo, también es posible hablar de habilidades comunes para todas -o casi

todas- las TTG, ya que, si estas forman parte de un conglomerado específico de terapias que las separa de las de la segunda y primera generación de las TCC, es porque existen factores comunes que las hacen ser parte del mismo grupo.

Uno de estos factores comunes de las TTG, señalados por Vallejo (2006), es el cambio experiencial que conlleva alguna forma de conciencia plena o *mindfulness*, y éste es un elemento que obliga al terapeuta a repositionarse en su actitud personal y clínica, además del puramente técnico en la dirección de la sesión. Este es, justamente, el aspecto central que constituye el foco de interés del presente artículo.

En los años que llevo como profesor universitario y supervisor de estudiantes de postgrado he notado apertura a los principios teóricos y epistemológicos del *mindfulness* por parte del alumnado, pero incomodidad y algunas dificultades actitudinales en la aplicación concreta de sus técnicas. Podría apelarse al estilo terapéutico de cada uno y a los intereses clínicos como posible explicación, no obstante, aquellos que desean utilizar las técnicas de conciencia plena en su práctica clínica lo encuentran sumamente complejo y disonante con su propio estilo de vida. Y si hablamos de los terapeutas con experiencia y ya formados en terapia de conducta o en terapias cognitivas racionalistas, la resistencia y el descoloque es mayor. De tal forma que, aplicar eficiente y eficazmente el *mindfulness* requiere formación específica con adquisición y desarrollo de habilidades también específicas.

### **EL TERAPEUTA MINDFUL**

El psiquiatra español Vicente Simón, quien es el presidente de la Asociación *Mindfulness* y Salud, sostiene que un terapeuta que desee practicar el

*mindfulness* en su práctica clínica debe ser un “terapeuta *mindful*” (Simón, 2012), es decir, un terapeuta que viva en sí mismo la conciencia plena y que dicha experiencia sea la puerta de entrada “a la auto-observación terapéutica de la experiencia” (Miró, 2012, p. 17). Sostiene, además, que para ser un buen terapeuta *mindful* se requieren al menos tres cosas: a) alcanzar un determinado nivel en la práctica de *mindfulness*, b) ser experto en la patología que se trata de solucionar y, c) aprender los procedimientos desarrollados por aquellos terapeutas que ya tienen experiencia en alguna psicoterapia que utiliza *mindfulness* (Simón, 2012).

Estos tres criterios mínimos generan problemas importantes en muchos terapeutas cognitivo-conductuales, especialmente el primero, porque ser constante en la práctica personal del *mindfulness* implica disciplina, voluntad y plena conciencia (no conciencia plena) de porqué se hace. Encima, no sólo sugiere la práctica del *mindfulness*, sino alcanzar un *determinado nivel* en ella. En la misma línea, Cayoun (2013) afirma: “llevar a cabo una práctica basada en *mindfulness* sin implicarse personalmente en la práctica regular es improductivo y debería desaconsejarse” (p. 91). ¿A qué se refiere todo esto? ¿Tenemos que alcanzar el nirvana para ser un terapeuta *mindful*? ¿Acaso no es exagerado? Para responder a estas interrogantes hay que comprender todo lo que el *mindfulness* implica.

En septiembre de 2015 se realizó en Madrid el Primer Congreso Internacional de Terapia Zen, organizado por el International Zen Therapy Institute (ITZI), cuyo director es el británico David Brazier, quien es Doctor en Psicología Budista. A este evento acudieron académicos, psicólogos, psiquiatras y monjes budistas de diferentes partes

del mundo<sup>2</sup>. Pues, todas las mañanas, antes de la jornada académica se realizaba una práctica de meditación de aproximadamente una hora; lo mismo sucedía por la tarde, al terminar la jornada diaria. Al concluir el congreso, me quedó bastante claro que para ser un terapeuta *mindful* hay que desarrollar la experiencia *mindful*, lo cual se logra solamente con práctica cotidiana, y para ello no es necesario ser un monje budista o un yogui.

A pesar de que el objetivo de este artículo no es ahondar sobre la polémica ciencia psicológica y religión budista, sólo me permitiré expresar un par de ideas al respecto. El budismo es una religión, una filosofía, una psicología y/o una práctica de vida, todo depende de los motivos por los cuales un individuo concreto se acerque al budismo y de los usos que se le dé al mismo. Por otro lado, religiosidad y espiritualidad son cosas diferentes, desde la psicoterapia no se debe promover la religiosidad ya que los científicos del comportamiento humano no nos dedicamos a ello, pero la espiritualidad es una dimensión humana que, querámoslo o no, en mayor o en menor grado, siempre está presente en una parte importante de la ecuación con la que constantemente trabajamos, es decir, en la persona humana que solicita nuestros servicios, a la que llamamos paciente o cliente. En este sentido, me parece muy importante y muy completo el trabajo de tesis doctoral que ha realizado el puertorriqueño Juan Aníbal González-Rivera sobre el uso de la espiritualidad en la práctica clínica (González-Rivera, 2015), así como los planteamientos compilados por Daniel Goleman y otros autores acerca del estudio

<sup>2</sup> Fue muy llamativo que a este evento únicamente asistimos dos latinoamericanos, un mexicano y yo. Posiblemente las limitaciones del contexto latinoamericano de las que hablaré más adelante expliquen la poca presencia de personas de esta zona geográfica del planeta.

científico de la espiritualidad (Goleman et al., 2010).

Volviendo a las características del terapeuta *mindful*, Simón (2012) sostiene que la formación para convertirse en uno de ellos debe incluir idealmente seis componentes: 1) la asistencia a cursos de introducción y, luego, a cursos más avanzados; 2) la práctica cotidiana de la meditación en casa; 3) la práctica de la meditación informal; 4) la práctica de la meditación en grupo (lo que se conoce con el nombre de *shanga*); 5) la asistencia a retiros de meditación, idealmente una o dos veces al año; y 6) la lectura de textos relacionados con la meditación.

He de señalar que me suscribo completamente a la currícula formadora que plantea Simón, todos los ingredientes de la fórmula que propone para ser un terapeuta *mindful* son necesarios, aunque para alguien ajeno a ello y para muchos terapeutas sea excesivo.

En este sentido, a partir de mi formación académica y de mi experiencia como psicólogo clínico y formador de terapeutas, considero que a la propuesta de Simón habría que agregarle los siguientes componentes.

#### *Desarrollar una actitud de apertura hacia las filosofías orientales y el budismo en particular*

Entre más abierto sea el terapeuta a la recepción del conocimiento de las culturas y filosofías orientales mayor será la probabilidad de una actitud de apertura a las mismas (Brazier, 2003; Woods, 2011). En este momento es innegable el aporte que Oriente le brinda a Occidente desde un punto de vista filosófico, el hombre postmoderno occidental anda en una urgente búsqueda de sentido ante el deterioro del mismo que el *modus*

*vivendi* actual promueve (Martín Murcia, 2006; Martínez Ortiz, 2011). De tal modo que, no es posible ser un terapeuta *mindful* si el clínico en cuestión rechaza los principios budistas básicos a partir de los cuales se desprende el *mindfulness*.

#### *Potenciar la vivencia de experiencias contemplativas en la vida cotidiana*

Aquí no me refiero únicamente a la disciplina de la práctica informal de la meditación, sino a la búsqueda activa de la naturaleza en todo su esplendor (por ejemplo observar las puestas de sol); a la preferencia de la sencillez frente a la ostentación (vacacionar en una casa rural en vez de un hotel lujoso); a la opción predominante y permanente del silencio en lugar del ruido; al deleite de la soledad meditativa y no a la frenética e intempestiva necesidad de compañía; a la prevalencia del vivir en el aquí y el ahora y no en las anclas del pasado o en las amenazas y anhelos del futuro. Entre más imbuido esté el terapeuta en lo que Erich Fromm (1996) llamaba la orientación al tener, en vez de la orientación al ser, más difíciles le serán este tipo de experiencias.

#### *Conocer en profundidad los factores comunes en psicoterapia para poder discernir la pertinencia de las técnicas promotoras de la conciencia plena en el proceso terapéutico*

Saber aplicar las técnicas promotoras del *mindfulness* en el momento terapéutico adecuado, con la correcta actitud terapéutica, en consonancia con las demandas y/o la patología del paciente y acorde a las características de personalidad del mismo no es fácil. Hay que tener presente los aspectos comunes que favorecen el cambio en el paciente más allá del paradigma o enfoque psicológico de base, ya que las técnicas concretas de intervención clínica que cada modelo propone

responden a estrategias generales de base que, se sabe desde hace décadas, están presentes en todo aquello que se denomina psicoterapia (Martínez-Taboas, 2008). Al respecto, considero pertinente desempolvar y revisar el magnífico trabajo de Marvin Goldfried sobre el paso de la terapia cognitivo-conductual a la psicoterapia de integración (Goldfried, 1996).

### LIMITACIONES EN LA APLICACIÓN DE LAS TERAPIAS DE TERCERA GENERACIÓN EN EL CONTEXTO LATINOAMERICANO

#### *Sobre la psicología latinoamericana*

Hacer mención del contexto latinoamericano en general puede resultar pretensioso y poco delimitado, y es que hablar de Latinoamérica es hacer referencia a un conjunto de pueblos y naciones con un antecedente histórico común, a saber, la conquista de los íberos y la imposición de su morfología cultural católica (Fuentes Ortega, 2002), pero que luego han tenido desarrollos económicos, sociales, políticos y culturales parcialmente distintos.

En lo que al desarrollo de la ciencia psicológica respecta también se notan algunas diferencias, no es lo mismo hablar del florecimiento de la psicología en Brasil, que, en El Salvador, en Ecuador o en Cuba. Cada país tiene su propia historia, con sus propios avances y retrocesos. En este sentido es meritorio el trabajo de compilación realizado por Oswaldo Rodrigues Jr., de reciente edición, sobre “Algunas Historias de la Psicología de Base Comportamental en Latinoamérica” (Rodrigues Jr., 2016), que ha contado con el apoyo de ALAMOC.

Al hacer una revisión de las publicaciones sobre las características de la psicología latinoamericana,

son vitales los aportes del colombiano Rubén Ardila y el peruano Reynaldo Alarcón, quienes han contribuido muchísimo al análisis crítico de la evolución de la psicología latinoamericana y a su divulgación en otras latitudes. Precisamente Alarcón (1999) tipifica las características de la psicología latinoamericana de finales del siglo XX en seis puntos: 1) la orientación científica, 2) el carácter dependiente, 3) escasa originalidad, 4) entre la relevancia social y la permeabilidad política, 5) la preferencia por la psicología aplicada y, 6) el ser humano como problema central.

Por otro lado, Pérez Álvarez y Livacic Rojas (2002) sostienen que la configuración de la psique latinoamericana se caracteriza por: a) clientelismo, tradicionalismo y sociedad civil débil; b) fatalismo, exclusión y solidaridad; c) religiosidad; d) el malestar de la cultura; e) consumismo, ostentación y fascinación por lo extranjero; f) mediatización de la cultura y eclecticismo y; g) autoritarismo, pseudodemocracias, legalismo. Con este panorama, señalan los autores, la psicología latinoamericana tiene enormes retos por delante.

Ahora bien, estos autores hablan de las características de la psicología latinoamericana en general, pero, ¿qué hay de la psicoterapia latinoamericana? Aún más, ¿podemos referirnos a características específicas de las TTG en Latinoamérica? Este es un tema pendiente que los terapeutas-académicos latinoamericanos venimos postergando desde siempre, posiblemente el carácter dependiente del que habla Alarcón (1999) nos haga tener una actitud pasiva y, simplemente, se aplica lo que se ha construido en el primer mundo; sin embargo, también hay que señalar que la psicoterapia en general se ha gestado y configurado en colectivos sociales de élite económica. Los pobres del mundo no tienen

tiempo para pensar en las carencias de las necesidades de ser ya que apremian en demasía las necesidades básicas o de suficiencia (Maslow, 1954/1991), generalmente no resueltas. Nuestros pueblos latinoamericanos se caracterizan por la pobreza y las gigantescas desigualdades socioeconómicas. A pesar de todo, es loable el esfuerzo que algunos latinoamericanos han realizado en el ámbito de la terapia psicológica con sus propias propuestas, tal es el caso de Héctor Fernández Álvarez (1992; 1994) con el Modelo Integrativo de Base Cognitivo-Constructivista, el Modelo Integrativo Supra-paradigmático de Roberto Opazo Castro (2001) y la Psicoterapia Integrativa Multidimensional de Jorge Corsi (2005).

#### *Sobre las limitaciones terapéuticas en el contexto latinoamericano*

Una vez revisadas las habilidades terapéuticas para la aplicación de las TTG, en especial para el uso del *mindfulness* y la necesidad de ser un terapeuta *mindful*, así como las características de la psicología latinoamericana, podría hacerse una labor de síntesis con todas las piezas sobre la mesa; empero, considero que los abordajes sobre la psicología y la psique latinoamericana son elementos que posibilitan visualizar un panorama más amplio, pero no delimitado hacia la labor clínica. Esto no menosprecia su utilidad e importancia, más bien permite comprender las especificidades terapéuticas dentro del contexto global de la psicología latinoamericana.

Por otra parte, los autores antes citados que escriben sobre la psicología latinoamericana no son terapeutas (por eso no hacen referencia a la psicoterapia latinoamericana), lo cual les obliga a posicionarse desde sus reflexiones, análisis,

fuentes de información y conocimientos de la realidad psicológica en general.

En este sentido, al ser quien esto escribe un terapeuta que dedica la mitad de la jornada diaria a la atención de pacientes, además de la labor formativa de futuros terapeutas, propongo las siguientes limitaciones para la aplicación de las TTG en el contexto latinoamericano:

#### **LIMITACIONES DEL TERAPEUTA**

##### *Poca formación especializada, supervisada y en constante actualización*

Quizás esta sea la mayor de las limitaciones, aunque la realidad colegiada, gremial y de exigencia profesional no es homogénea en los países de la región, sin embargo, en Latinoamérica existen bastantes terapeutas dedicados a la clínica sin estudios de postgrado, ni especializaciones. Muchos optan por hacer seminarios o cursos cortos (de 16 horas) y con ello se aventuran a aplicar en su ejercicio profesional las estrategias aprendidas, sobre todo porque se tiene la creencia irracional de que el enfoque cognitivo-conductual es fácil porque sólo consiste en aplicar técnicas, y la utilización del *mindfulness* no es la excepción. Esto sucede con menor frecuencia en aquellos terapeutas que también nos dedicamos a la academia, pero los que trabajan únicamente en hospitales, centros de salud y clínicas privadas muchas veces consideran innecesaria la sólida y constante formación científica y profesional.

##### *Sobreestimación de los modelos de la primera y segunda generación de las TCC*

El valor y la relevancia de los modelos de la primera y segunda generación de las TCC son incuestionables. Como he señalado en otro sitio:

Es un error considerar que el rumbo que toman las terapias contemporáneas se debe a que la ruta pasada era errónea, inservible o ineficaz, pensar de este modo evidencia una creencia irracional que no tiene asidero en la realidad clínica ni en los hallazgos de investigación. (Castellón, 2016, p. 71).

Aclarado lo anterior, la sobreestimación se refiere a que cualquier otro modelo terapéutico con bases epistemológicas, técnicas y actitudes clínicas diferentes a las tradicionalmente establecidas por la primera y segunda generación de las TCC es percibido como errado, pseudocientífico y hasta peligroso para la buena salud de las TCC. Es evidente que esta sobreestimación bloquea la apertura a las bondades descubiertas en las TTG.

#### *Ignorancia y apatía hacia el esfuerzo por ser un terapeuta mindful*

Se enfatiza muy poco la envergadura que tiene, para la eficiente y eficaz aplicación de las TTG, el hecho de que el terapeuta que las utilice sea un terapeuta *mindful*, y cuando se escucha al respecto se considera que es una exageración y que no vale la pena tanto sacrificio. Grandes terapeutas como Zindel Segal y Steven Hayes, además de los autores citados en párrafos anteriores, han afirmado en numerosas ocasiones la importancia de un estilo de vida congruente con el *mindfulness*.

#### *Poco conocimiento, menosprecio y rechazo a las filosofías orientales que dan sustento al mindfulness*

Este elemento es muy común y uno de los más controversiales. Muchos terapeutas consideran que el *mindfulness* es religión disfrazada de ciencia y que, por lo tanto, no es algo que debe tener cabida en la psicología. Aquellos terapeutas que comulgan

con esta línea de pensamiento adolecen de estrechez mental, ya que confunden la parte con el todo. Es inobjetable que lo que llamamos *mindfulness* tiene una larga tradición epistemológica que procede de Oriente, y nuestra tarea debe ser, como mínimo, conocer y comprender las raíces históricas, filosóficas y espirituales del concepto. En la actualidad existe un lenguaje y una semántica secular para aquello que por siglos ha sido monopolio de las religiones, a saber, la espiritualidad como dimensión humana.

#### *Carencias económicas y falta de oportunidades en muchos terapeutas implicados en su formación como especialistas en las TTG*

Las precarias condiciones socioeconómicas de muchos terapeutas y aspirantes a serlo son fiel reflejo de la realidad social de nuestros pueblos. El oficio de psicólogo clínico y científico del comportamiento humano no enriquece a nadie en esta región del mundo, lo cual obstaculiza grandemente la formación continua y especializada de calidad como la que opera en Europa y Estados Unidos.

### LIMITACIONES DEL CONTEXTO

#### *Religiosidad predominante con locus de control externo*

La tradición judeocristiana que prevalece en las diferentes iglesias y sectas de los países latinoamericanos inculca en las personas, entre otras cosas, la idea de que el bienestar psicológico procede de fuera. Al ser el judaísmo y el cristianismo religiones personalistas (Díaz, 2003) se atribuye a la deidad respectiva la fuente del cambio personal. Todo lo contrario, sucede con la práctica de la conciencia plena y, en realidad, con cualquier forma de psicoterapia, porque el origen

del cambio psicológico procede de las capacidades inherentes a la naturaleza humana y, en consecuencia, la terapia promueve la activación de dichas capacidades.

#### *Rechazo y/o desconfianza a las intervenciones psicológicas basadas en la meditación*

Muchas personas consideran que los tratamientos psicológicos que implican alguna forma de meditación no son propuestas serias, incluso hay psicólogos que en su rol de pacientes cuestionan su carácter científico y de empíricamente validados. A veces confunden las psicoterapias basadas en el *mindfulness* con *new age* o moda social. Gran parte de la responsabilidad al respecto recae en aquellos colegas que han desvirtuado el talante científico de la psicología y se han convertido en gurús de la autoayuda, motivados principalmente por los réditos económicos que genera.

#### *Inaccesible a los sectores populares*

La situación de pobreza y exclusión social que viven la mayoría de personas en Latinoamérica impide que las mismas puedan acceder a servicios terapéuticos con profesionales de calidad. Generalmente los profesionales calificados se dedican a la práctica privada ya que las políticas estatales no favorecen su inserción, y muchas veces ni siquiera garantizan la satisfacción de las necesidades básicas que todo profesional de la salud mental debe tener. De tal modo que, aunque existan terapeutas con sólida formación, la incidencia de estos en la sociedad de origen es poca.

#### **A MODO DE CONCLUSIÓN**

Es posible que muchas de las ideas aquí expresadas no apliquen a todas las TTG, algunas de ellas están

poco influenciadas por las filosofías orientales y por el marco conceptual del *mindfulness*, son ejemplos de ello la FAP, la IBCT y la BA (ver Tabla 1), pero éstas son minoría; además, no todas las TTG comparten, ni tienen porque compartir todos los factores comunes que señala Vallejo (2006).

De igual forma, las características culturales, sociales, económicas, estructurales, actitudinales y políticas de los países latinoamericanos no son homogéneas, pero dentro de su heterogeneidad pueden identificarse similitudes en las directrices de pensamiento y de *modus vivendi*, como bien apuntan Pérez Álvarez y Livacic Rojas (2002) al referirse a la psique latinoamericana.

Por otro lado, he enfatizado la mayoría de limitaciones en el terapeuta porque al fin y al cabo las características culturales de un grupo social, como los pueblos latinoamericanos, pueden ser más o menos permeables en función de un cúmulo de variables contingenciales, por ejemplo, aunque muchos pacientes se muestren reticentes a las estrategias propuestas por las TTG, la necesidad de cambio conductual y de ajuste psicológico ante su malestar o sufrimiento les mueve a la apertura de lo que el terapeuta les propone. Dicha apertura se ve reforzada al notar los cambios concretos que se van evidenciando durante el tratamiento. Con todo, el factor psicoeducativo es una constante que siempre está presente en el uso de las psicoterapias en general y de las TCC en particular, ya sean de primera, segunda o tercera generación, y el terapeuta es el responsable directo de esta labor educadora.

Es menester, pues, que todos los psicólogos clínicos y terapeutas latinoamericanos estemos en constante actualización y formación continua, esto

nos llevará al desarrollo de competencias y habilidades terapéuticas fundamentales para el desarrollo y dirección de tratamientos psicológicos eficientes, eficaces y efectivos.

## REFERÊNCIAS

- Alarcón, R. (1999). La psicología en América Latina en el siglo XX: Un análisis de sus características. *Revista de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú*, 17(2), 132-146. Retrieved from <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/7399>
- Baer, R., & Sauer, S. (2009). Mindfulness and cognitive behavioral therapy: A commentary on Harrington and Pickless. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23(4), 324-332. doi:10.1891/0889-8391.23.4.324
- Barraca Mairal, J. (2009). Habilidades Clínicas en la Terapia Conductual de Tercera Generación. *Clínica y Salud*, 20(2), 109-117. Retrieved from [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-52742009000200001](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742009000200001)
- Brazier, D. (2003). *Terapia Zen: Un enfoque budista de la psicoterapia*. Madrid: Oberon.
- Castellón, W. (2016). Terapia racional emotivo conductual para el duelo: Aplicaciones clínicas en El Salvador. In O. M. Rodrigues Jr. (Org.). *Las prácticas de las psicologías conductuales en Latinoamérica* (pp. 69-85). Sao Paulo: Instituto Paulista de Sexualidade.
- Cayoun, B. A. (2013). *Terapia Cognitivo-Conductual con mindfulness integrado: Principios y práctica*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Corsi, J. (2005). *Psicoterapia integrativa multidimensional*. Buenos Aires: Paidós.
- Díaz, C. (2003). *Religiones personalistas y religiones transpersonalistas*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Fernández Álvarez, H. (1992). *Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia*. Buenos Aires: Paidós.
- Fernández Álvarez, H., Kirszman, D., & Nieto, M. T. (1994). Psicoterapia integrativa de base cognitivo-constructivista. In A. Sánchez Bodas (Ed.), *Psicoterapias en Argentina* (pp. 237-261). Buenos Aires: Holos.
- Fromm, E. (1996). *Del tener al ser: Caminos y extravíos de la conciencia*. Barcelona: Paidós.
- Fuentes Ortega, J. L. (2002). La (posible) paradoja de la "intervención psicológica" en el contexto de la cultura católica hispanoamericana. *Papeles del Psicólogo*, 22(83), 10-20. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77808302>
- Goldfried, M. R. (1996). *De la terapia cognitivo-conductual a la psicoterapia de integración*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Goldstein, C. M., Josephson, R., Xie, S., & Hughes, J. W. (2012). Current perspectives on the use of meditation to reduce blood pressure. *International Journal of Hypertension*, 2012, 1-11. doi:10.1155/2012/578397
- Goleman, D., Dossey, L., Achterberg, J., Russell, P., Tart, C., Newberg, A., Krippner, S. (2010). *La espiritualidad a debate: El estudio científico de lo trascendente*. Barcelona: Kairós.

- González-Rivera, J. A. (2015). *Espiritualidad en la clínica: Integrando la espiritualidad en la psicoterapia y la consejería*. Bayamón: Ediciones PsicoEspiritualidad.
- Harrington, N., & Pickles, C. (2009). Mindfulness and cognitive-behavioral therapy: Are they compatible concepts? *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23(4), 315-323. doi:10.1891/0889-8391.23.4.315
- Hoffmann, S. G. & Asmundson, G. J. (2008). Acceptance and mindfulness-based therapy: New wave or old hat? *Clinical Psychology Review*, 28(1), 1-16. doi:10.1016/j.cpr.2007.09.003
- Kahl, K. I., Winter, L., & Schweiger, U. (2012). The third wave of cognitive behavioural therapies: What is new and what is effective? *Current Opinion in Psychiatry*, 25(6), 522-528. doi:10.1097/YCO.0b013e328358e531
- Mañas, I. (2007). Nuevas terapias psicológicas: La tercera ola de terapias de conducta o terapias de tercera generación. *Gaceta de psicología*, 40, 26-34. Retrieved from <https://www.psyciencia.com/wp-content/uploads/2012/11/La-tercera-ola-de-terapias-de-conducta.pdf>
- Marinho, M. L., Caballo, V., & Silveira, J. M. (2003). Cuestiones olvidadas en la terapia conductual: Las habilidades del terapeuta. *Psicología Conductual*, 11, 135-161. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=64372>
- Martín Murcia, F. (2006). Cambios sociales y trastornos de la personalidad posmoderna. *Papeles del Psicólogo*, 2(27), 8-18. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2009014>
- Martín Orgilés, M. L., & Sevilá Gascó, J. (2014). ¿Por qué no soy un Terapeuta Mindfulness? *Información Psicológica*, 106, 54-69. doi:10.14635/IPSIC.2014.106.5
- Martínez Ortiz, E. (2011). *Los modos de ser inauténticos: Psicoterapia centrada en el sentido de los trastornos de la personalidad*. Bogotá: Manual Moderno.
- Martínez-Taboas, A. (2008). Psicoterapia Integracionista. In L. Oblitas (Ed.), *Psicoterapias Contemporáneas* (pp. 345-361). México, D.F.: Cengage Learning.
- Maslow, A. H. (1991). *Motivación y personalidad*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, S.A. (Original work published 1954)
- Miró, M. T. (2006). La atención plena (mindfulness) como intervención clínica para aliviar el sufrimiento y mejorar la convivencia. *Revista de Psicoterapia*, 17(66-67), 31-76. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2389792>
- Miró, M. T. (2012). Mindfulness y auto-observación terapéutica. In M. T. Miró & V. Simón (Eds.), *Mindfulness en la práctica clínica* (pp. 15-50). Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Moreno Coutiño, A. (2012). Terapias Cognitivo-Conductuales de Tercera Generación (TTG): La Atención Plena/ Mindfulness. *Revista Internacional de Psicología*, 12(1), 1-17. Retrieved from <http://www.revistapsicologia.org/index.php/revista/article/view/66>
- Pérez Álvarez, M. (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Madrid: Síntesis.

- Pérez Álvarez, M., & Livacic Rojas, P. (2002). Desafío para la psicología latinoamericana. *Papeles del Psicólogo*, 22(83), 21-26. Retrieved from <http://www.redalyc.org/html/778/77808303/>
- Rodrigues Jr., O. M. (Org.). (2016). *Algunas Historias de la Psicología de Base Comportamental en Latinoamérica*. São Paulo: Instituto Paulista de Sexualidade.
- Sauer, S., Walach, H., Schmidt, S., Hinterberger, T., Lynch, S., Büssing, A., & Kohls, N. (2013). Assessment of mindfulness: Review on State of the Art. *Mindfulness*, 4, 3-17. doi:10.1007/s12671-012-0122-5
- Simón, V. (2012). Formación en mindfulness para psicoterapeutas. In M. T. Miró & V. Simón (Eds.), *Mindfulness en la práctica clínica* (pp. 51-80). Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Vallejo, M. (2006). Mindfulness. *Papeles del Psicólogo*, 2(27), 92-99. Retrieved from <http://www.papelesdel psicologo.es/resumen?p ii=1340>
- Wilber, K. (2011). *El Espectro de la Conciencia*. (5<sup>th</sup> ed.). Barcelona: Kairós. (Original work published 1977)
- Woods, S. L. (2011). Formando profesionales en las técnicas del mindfulness: El corazón de la enseñanza. In F. Didonna (Ed.), *Manual Clínico de Mindfulness* (pp. 767-805). Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Zernicke, K. A., Campbell, T. S., Blustein, P. K., Fung, T. S., Johnson, J. A., Bacon, S. L. & Carlson, L. E. (2012). Mindfulness-based stress reduction for the treatment of irritable bowel syndrome symptoms: A randomized wait-list controlled trial. *International Journal of Behavioral Medicine*, 20(3), 385–396. doi:10.1007/s12529-012-9241-6

<p>Recebido em 11/09/2017  Revisado em 02/11/2017  Aceito em 08/11/2017</p>
---