



Psicoterapia en TOC: Evidències més enllà de la TCC

Clara López-Solà, PhD

clopezs@tauli.cat



Parc Taulí
Hospital Universitari

cibersam
Centro de Investigación Biomédica En Red
de Salud Mental

Mayo 2019

UAB
Universitat Autònoma
de Barcelona

RoadMap

E-PR y la TC en TOC

Bases teóricas
Recomendaciones clínicas
Limitaciones

Terapias de tercera generación en TOC

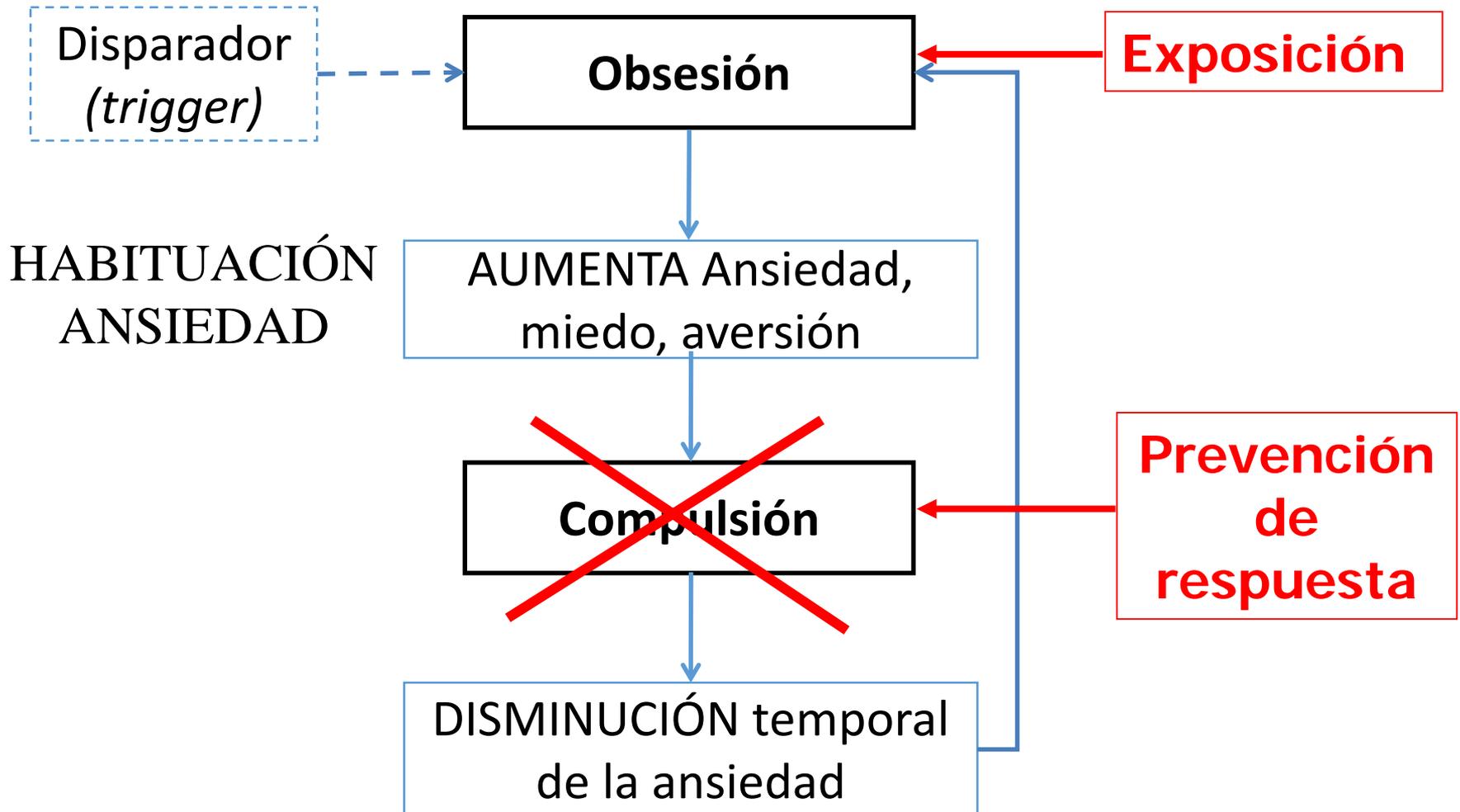
Qué es el Mindfulness
Por qué podría ser útil en TOC

“MBCT: Efficacy & fMRI-based response predictors in a group of OCD patients”

Objetivos
Resultados preliminares (clínica)

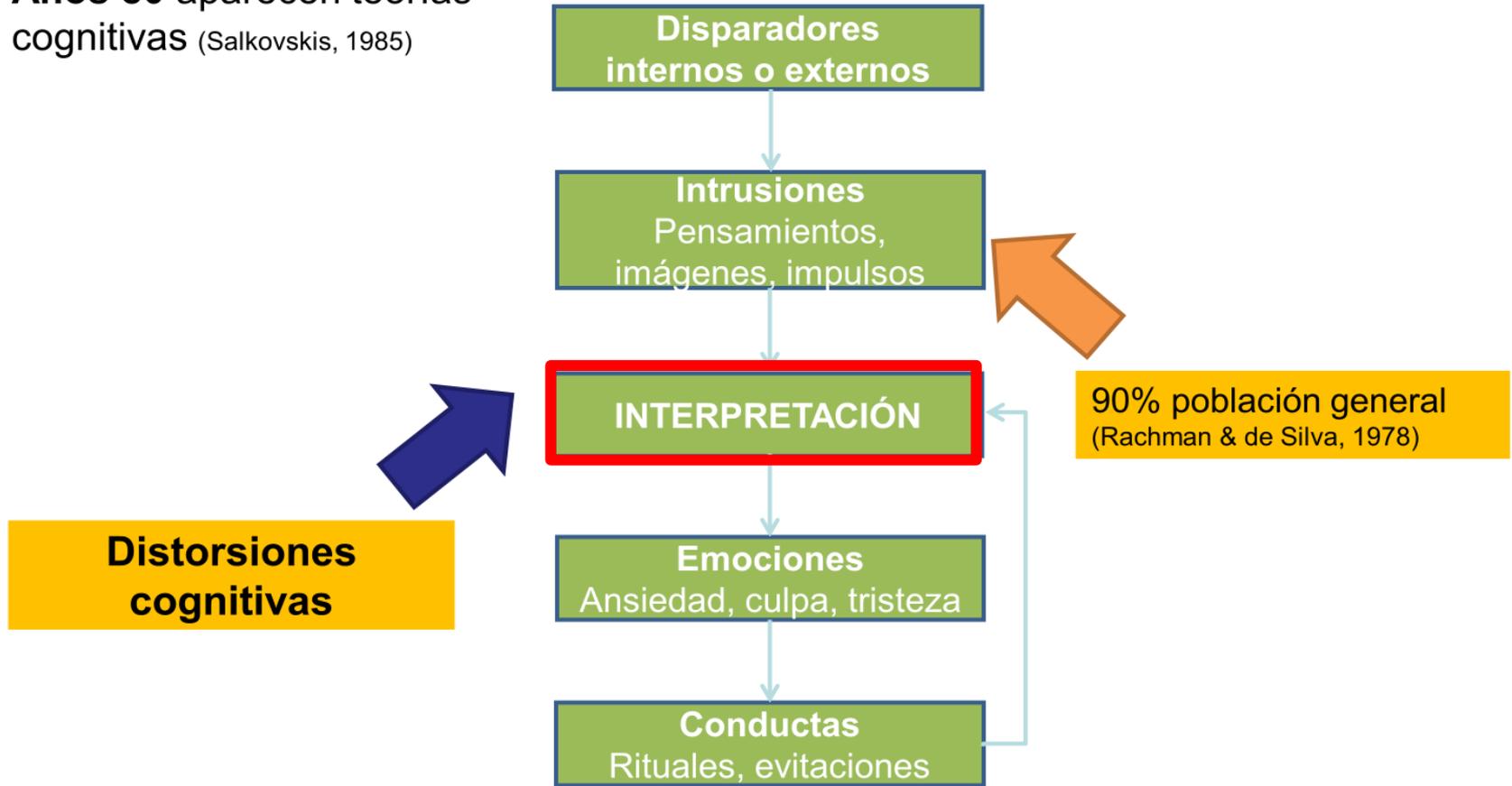
Conclusiones Generales

E-PR – BASE TEÓRICA



TERAPIA COGNITIVA (TC) – BASE TEÓRICA

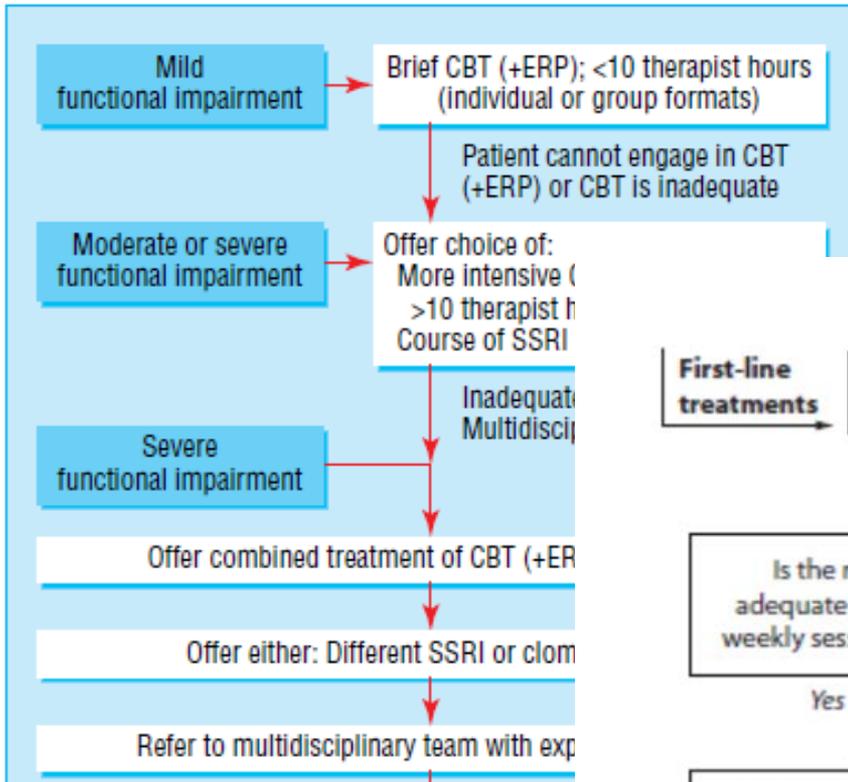
Años 80 aparecen teorías cognitivas (Salkovskis, 1985)



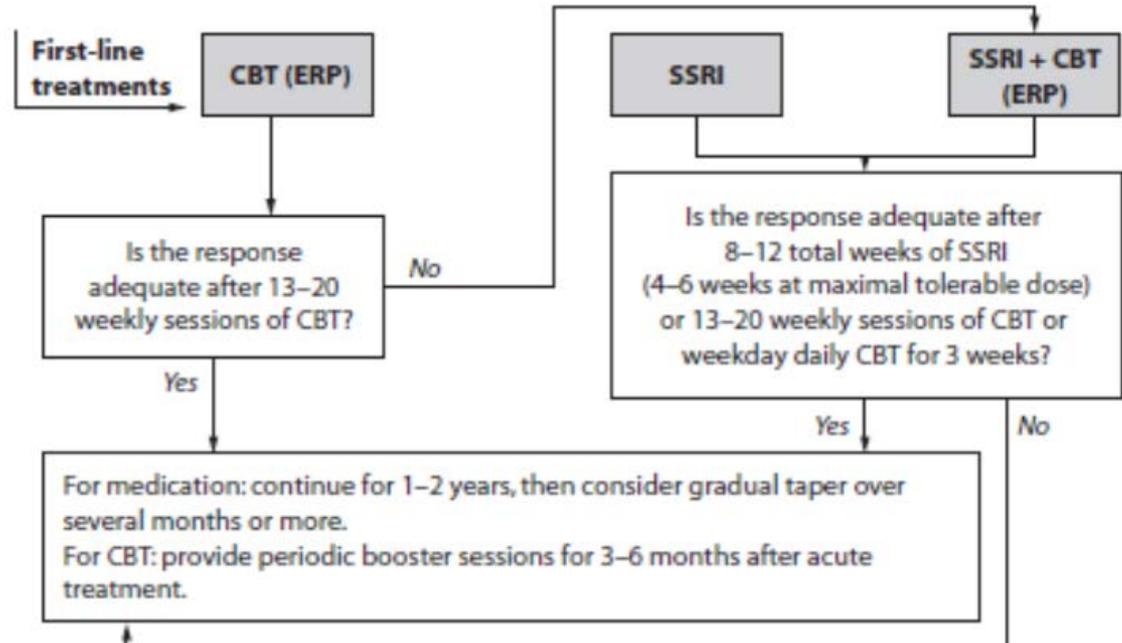
Distorsiones Cognitivas más frecuentes en TOC

1. Sobrevaloración de la importancia de los pensamientos
2. Necesidad del control de los pensamientos
3. Responsabilidad excesiva
4. Sobreestimación del peligro
5. Deseo de certeza-Control
6. Perfeccionismo

TCC - RECOMENDACIONES CLÍNICAS



NICE



APA

CBT - LIMITACIONES

- E-PR mejoran el 44-56% de los pacientes (Thorsen 2018, review)
- Entre 20-25% pacientes dificultad para **habituarse a la ansiedad**
- Paciente motivado → 25% rechazan la terapia (Öst et al., 2015)
- Abandono tratamiento 15-20% (Abramowitz, 2006; Öst 2015)
- Conducta debe **seguir un patrón** (predecible) → difícil en rituales cambiantes (Marks, 1986)
- Responder peor a E-PR:
 - Obsesivos puros (sin rituales motores claros) (Thorsen 2018)
 - Pacientes con DM asociada al inicio de E-PR (Steketee 2019)
 - Agresiva/sexual/religiosa mayor riesgo de comorbilidad con trastornos afectivos y ansioso comparación con otras dimensiones (Thorsen 2018)
- La TC puede generar más pensamientos y fomenta el bucle rumiativo en loop
- Difícil diseñar experimentos conductuales si amenaza futura o poco concreta

RoadMap

E-PR y la TC en TOC

Bases teóricas

Recomendaciones clínicas

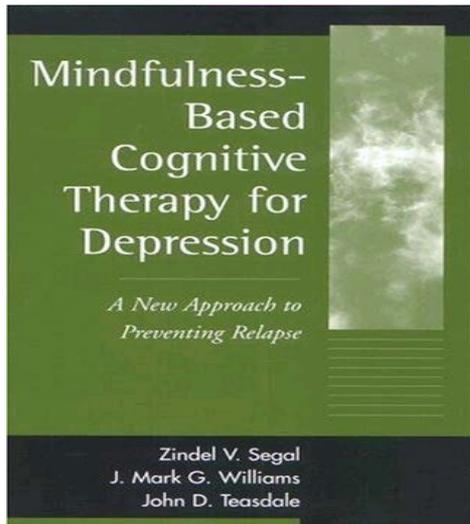
Limitaciones

Terapias de tercera generación en TOC

Qué es el Mindfulness

Por qué podría ser útil en TOC

MINDFULNESS



Terapia Ampliamente Validada
para Prevención de Recaídas en
Depresión

8 semanas – tratamiento grupal

Eficacia del MBCT en TOC

Autores	Diseño	N	Tratamiento	Resultados
Liu (2011)	Serie casos	6	MB-CBT no grupo control	Mejoras en síntomas TOC, somatización, depresión y ansiedad.
Hertenstein (2012)	Estudio cualitativo	12	MBCT grupal (Y-BOCS = 17.7) no grupo control (8 sesiones)	Disminución síntomas TOC en 8/12 de los participantes. Aumento en la capacidad de dejar ir las emociones desagradables y vivir más conscientemente en el presente. Mejora del EA y del sueño. Elementos mejor valorados = técnica de 3-pasos, aceptación personal y aceptación de los acontecimientos internos (pensamientos/emociones/sensaciones físicas)
Fairfax (2014)	Estudio cualitativo	15	MBCT no grupo control	12 de 15 describen el mindfulness como una ayuda y lo continúan practicando. Mejoras en el enfoque general del TOC, la concentración, la ayuda a la exposición, la conciencia y la necesidad de repetir rituales y la aceptación síntomas.
Sguazzin (2017)	Estudio cualitativo	62	MBCT (n=32) Y-BOCS=25 vs. Lista de Espera (N=30)	Disminución de los síntomas obsesivos percibidos, aumento en mindfulness y estrategias de afrontamiento, alta aceptabilidad del tratamiento y mejora de la calidad de vida.
Didonna (2019)	Estudio Piloto	35	11 sesiones (MBCT, Compasión) no grupo control	Reducción Y-BOCS: Cohen d = 0,72. Depresión d = 0,80); preocupación d = 0,79) Reducción síntomas TOC asociado a aumento de las habilidades de mindfulness, en aumento de conciencia (P = 0,006), no juicio (P = 0,001) y no reactividad (P = 0,001).

DEFINICIÓN MINDFULNESS

“La conciencia que emerge de prestar atención de forma deliberada, en el momento presente y sin juicio”

- JON KABAT-ZINN, 2009



CÓMO HACERLO?

1. **CURIOSIDAD** *“beginner’s mind”*
2. **APERTURA** *(no rechazo del malestar)*
3. **ACEPTACIÓN** *(sin querer cambiar lo que hay)*

Blaise Pascal

Filósofo Francés (s. XVII)

“Todas las miserias del ser humano derivan de no ser capaz de sentarse con uno mismo solo en una habitación tranquila”

Estudio de Wilson

(et.al. 2014)

67% de los hombres auto-administraban descargar eléctricas

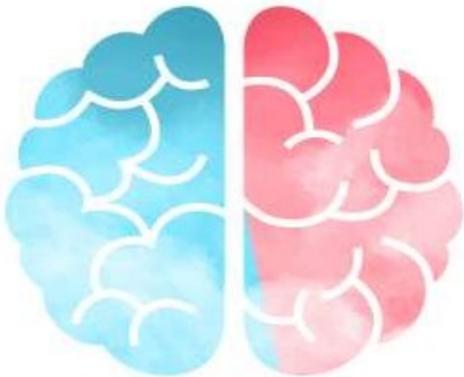
25% de las mujeres auto-administraban descargar eléctricas

MIND "WANDERING"



Estudio de 15,000 sujetos

Matt Killingsworth, 2010



47% del tiempo estamos **pensando otra cosa diferente** a la que estamos ejecutando

Fuerte relación entre **mind-wandering** y **estados de infelicidad** a corto plazo

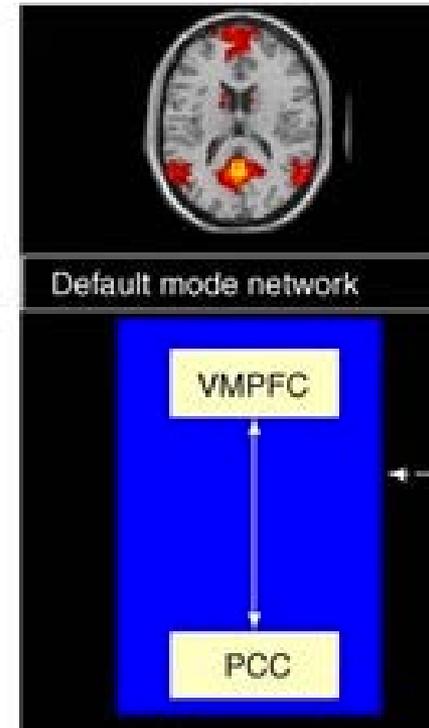
MIND "WANDERING"



Red Neuronal Por Defecto (DMN)

Se activa en tareas de reposo **AUTO-REFERENCIALES**:

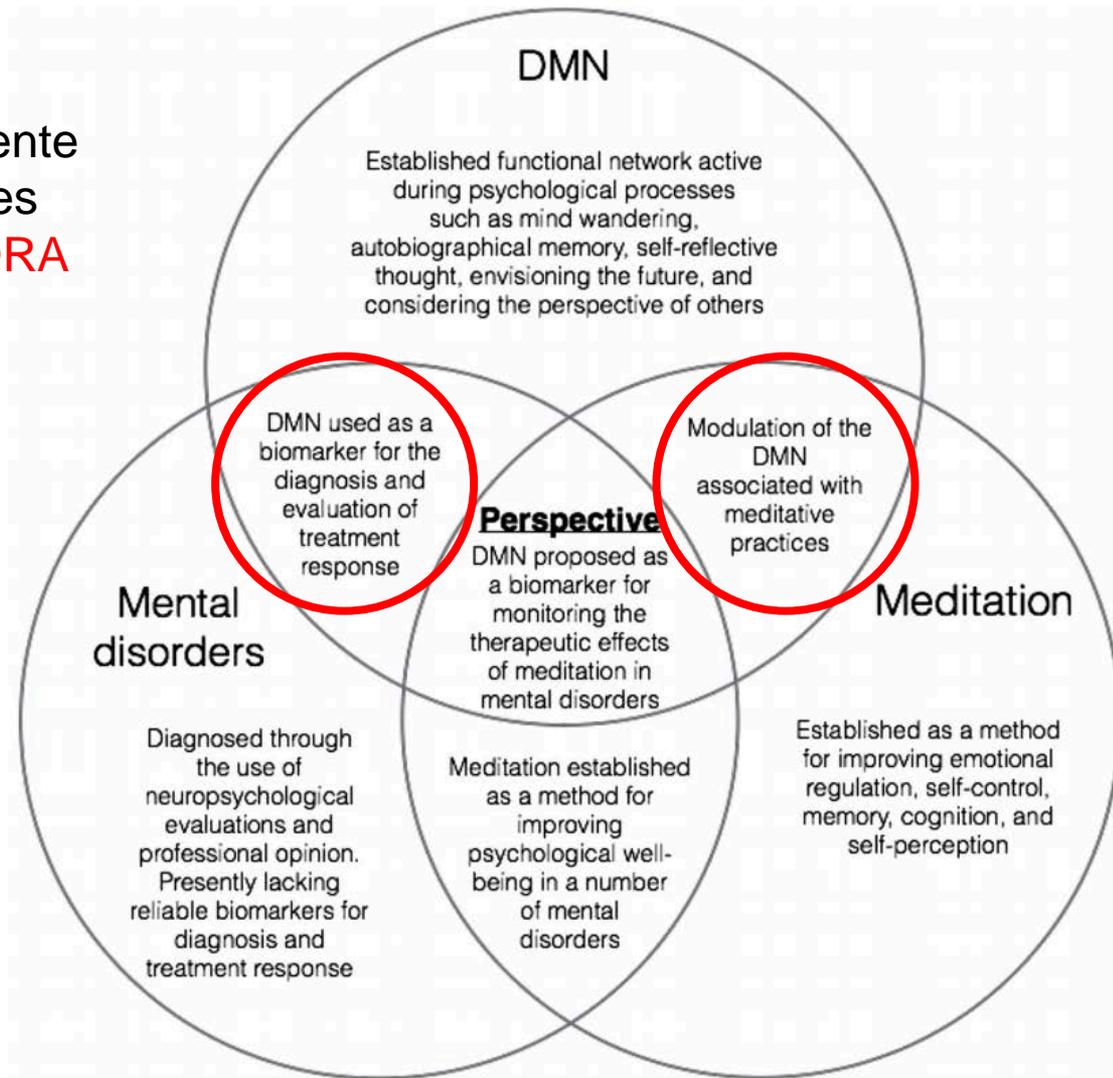
- ◆ **Pensando en uno mismo**
(memorias autobiográficas, emociones...)
- ◆ **Pensando en otros**
(teoría de la mente, empatía, dilemas morales, juicios, bueno vs. lo malo...)
- ◆ **Pensando en el pasado-futuro**
(rumiaciones, preocupaciones...)



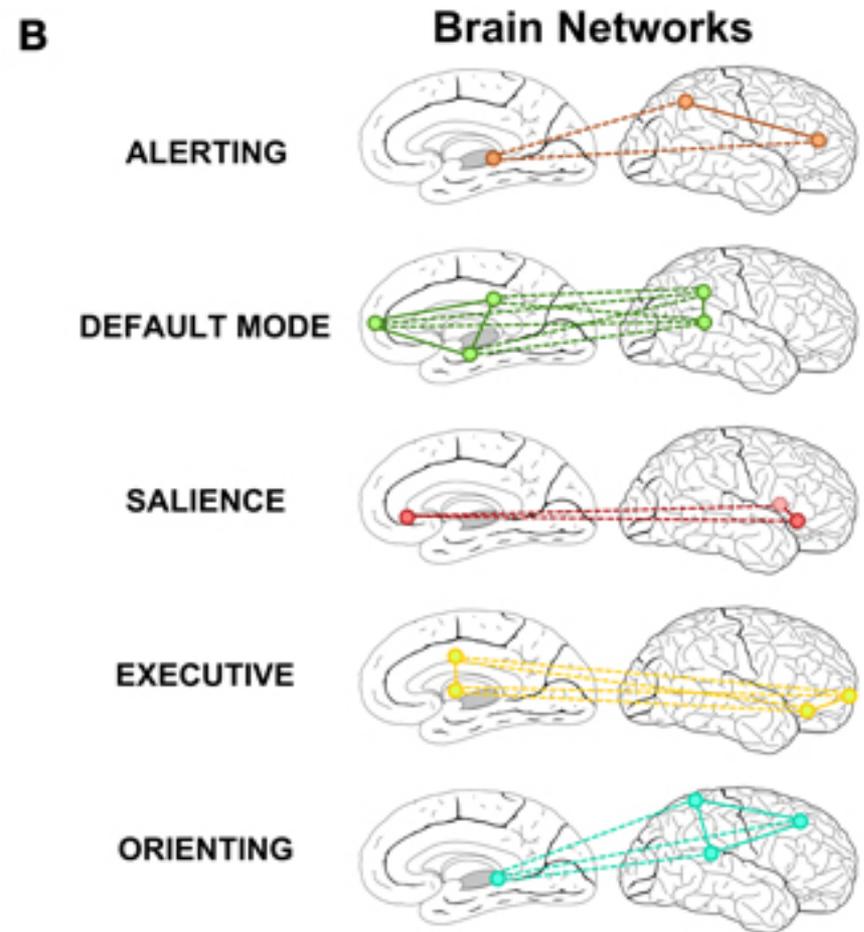
The default mode network as a biomarker for monitoring the therapeutic effects of meditation

Rozalyn Simon and Maria Engström *

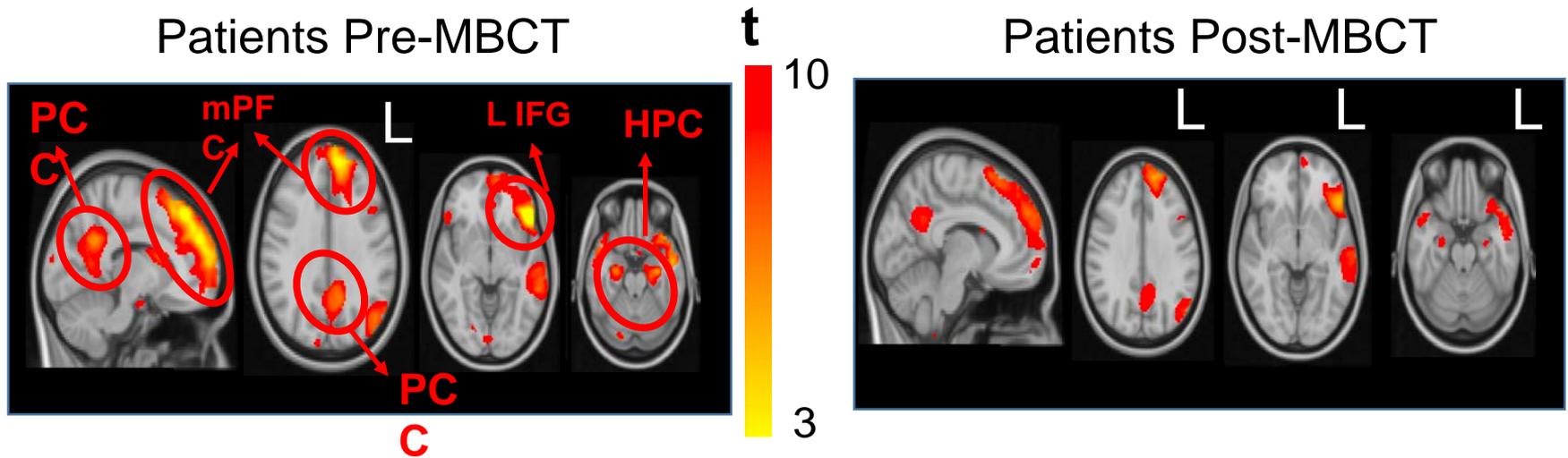
Meditadores DMN diferente centrado en sensaciones corporales **AQUÍ Y AHORA**



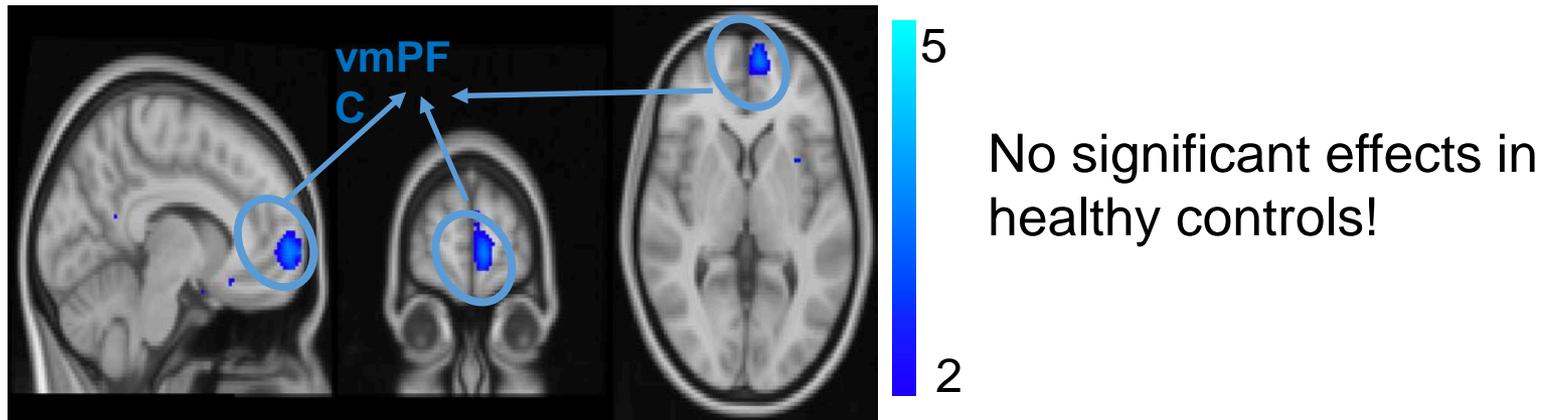
Meditation Process & Brain Networks



MBCT reduces default-mode network activation during emotional memories

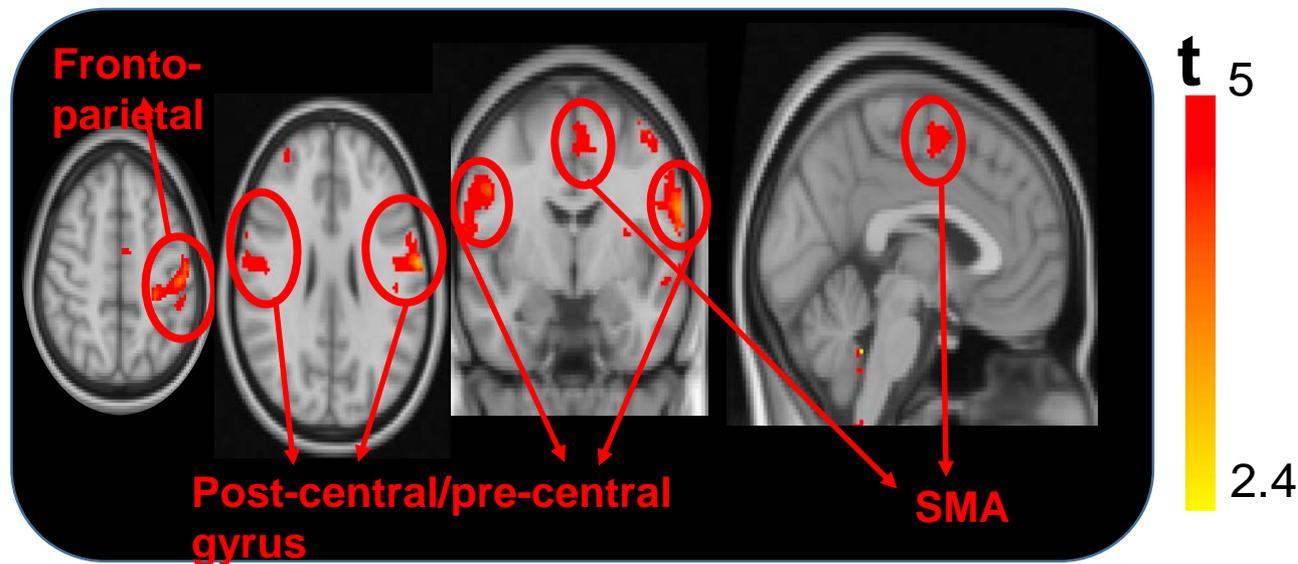


Significant activation REDUCTIONS Pre - Post MBCT in patients



Greater activation reductions in controls than in patients after MBCT (interaction effect, group*session)

Patients after MBCT engage **executive/saliency** (fronto-parietal/saliency) **networks** more than controls during 1-back task



*Mindfulness como herramienta para
reducir el patrón de Pensamientos
Repetitivos Negativos
(auto-dialogo interno)*

PensamientoS RepetitivoS NegativoS (PRN)

Patrón de Pensamiento Repetitivo Negativo (PNR) “sticky thoughts”,
idéntico en forma (McEvoy & Brans, 2013; McEvoy et al., 2010)

pero específico en contenido

según el trastorno (Ehring y Watkins, 2008):

- ✧ Depresión (Thomsen, 2006; Watkins, 2008)
- ✧ GAD (Kircanski et al., 2015)
- ✧ TOC (Wahl et al., 2011; 2019; Dar & Iqbal, 2015; Raines et al., 2017)

Identificación con los pensamientos como si fueran una realidad
permanente

Baja auto-compasión (“duros/castigadores” consigo mismos)



“Quedarse atrapado en los propios pensamientos negativos”
factor de mantenimiento/vulnerabilidad recaída
en varios trastornos mentales

(Harvey et al., 2004; McEvoy et al., 2010; Nolen-Hoeksema, et al., 2007; Olatunji et al., 2013)

DE-FUSIÓN/ DECENTER



DE-FUSIÓN / DECENTER



Observar y aceptar los propios estados internos de manera **distanciada** (Soler, 2014)

Los **contenidos de la consciencia** son transitorios y **cambiantes**
→ dejar de luchar contra ellos

NO SE TRATA DE QUE EL PENSAMIENTO
DESAPAREZCA, SINO DE QUE MOLESTE MENOS

Tomar distancia y **ACTUAR** con mayor libertad
(**RESPONDER** y **NO REACCIONAR**)

RESUMEN

CÓMO CONSIGUE EL MINDFULNES REDUCIR LOS PNR?

- Awareness of automatic mental patterns such as cognitive reactivity and rumination
- Decenter/disengage from such patterns by directing attention to present-moment thoughts, emotions, and sensations (rather than narrative elaboration)
- Meta-awareness (observe thoughts and emotions as temporary rather than solidifying them as 'facts' or 'reality')
- Compassion for the self and thoughts, emotions, and sensations

RoadMap

E-PR y la TC en TOC

Bases teóricas
Eficacia demostrada
Recomendaciones clínicas
Limitaciones

Terapias de tercera generación en TOC

Qué es el Mindfulness
Por qué podría ser útil en TOC

“MBCT: Efficacy & fMRI-based response predictors in a group of OCD patients”

Objetivos
Resultados preliminares (clínica)



1. Evaluar la **eficacia del MBCT** en pacientes con TOC respondedores parciales a CBT.
2. Estudiar las variables **clínicas**, **neuropsicológicas** y de **neuroimagen** que **median o moderan la respuesta** al tratamiento con MBCT (DMN).
3. Identificar un **biomarcador** que prediga una buena respuesta al tratamiento.

Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Efficacy and fMRI-based Response Predictors in a Group of OCD Patients

This study is not yet open for participant recruitment.

See [▶ Contacts and Locations](#)

Verified April 2017 by Clara **López-Solà**, Corporacion Parc Tauli

Sponsor:
Corporacion Parc Tauli

Collaborators:
Hospital Universitari de Bellvitge
Children's Hospital Medical Center, Cincinnati
University of Arizona

Information provided by (Responsible Party):
Clara **López-Solà**, Corporacion Parc Tauli

ClinicalTrials.gov Identifier:
NCT03128749

First received: April 7, 2017
Last updated: April 24, 2017
Last verified: April 2017

[History of Changes](#)

MUESTRA

Muestra actual
(pre-tto)

N = 42

Grupos

MBCT
(N=20)

TAU
(N=22)

Todos Pacientes han
realizado CBT previa

Edad= 38,2 años (9,4)

Sólo pacientes ≥ 5 sesiones

Tiempo meditación = 53 min/sem

NO DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS

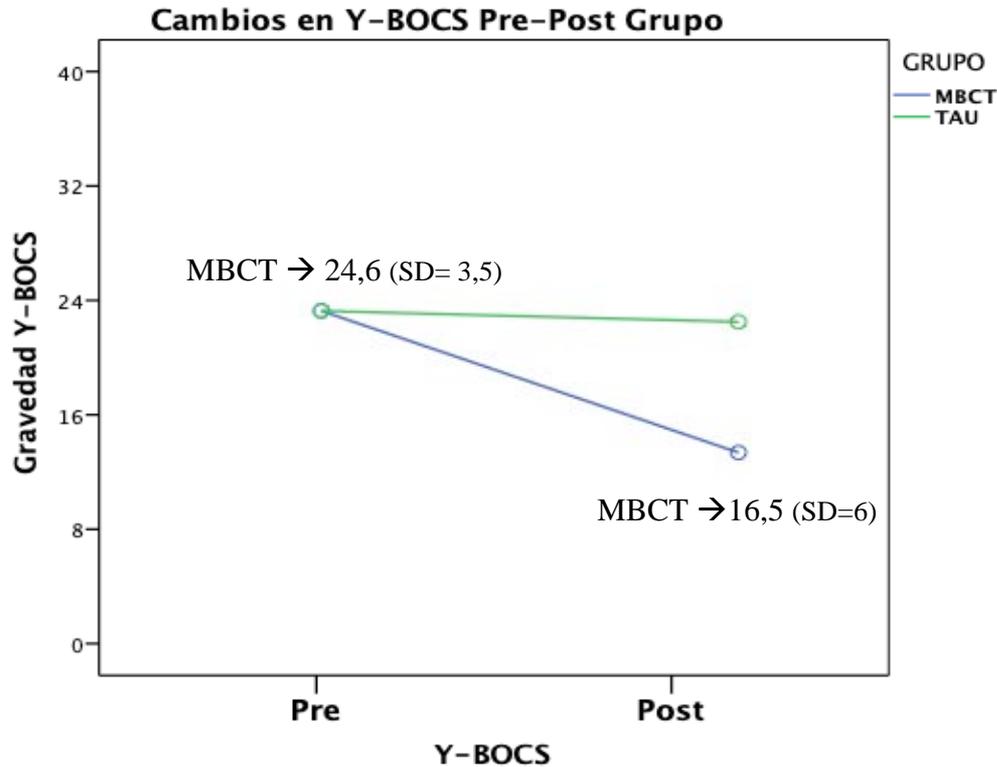
Edad ($t(41)=1.4$; $p=0.17$)

Género ($X^2=0.220$, $p=0.763$)

Años educación ($t(41)=-0.7$; $p=0.49$)

Inteligencia ($t(41)=-1.3$; $p=0.22$)

RESULTADOS PRELIMINARES – Clínica Obsesiva



Covariate for Y-BOCS Pre

N =23 pre-post
(MBCT, N=12 y TAU, N= 11)

Incluidos sólo pacientes ≥ 5 sesiones
(10 semanas de terapia)
Tiempo meditación = 53 min/semana

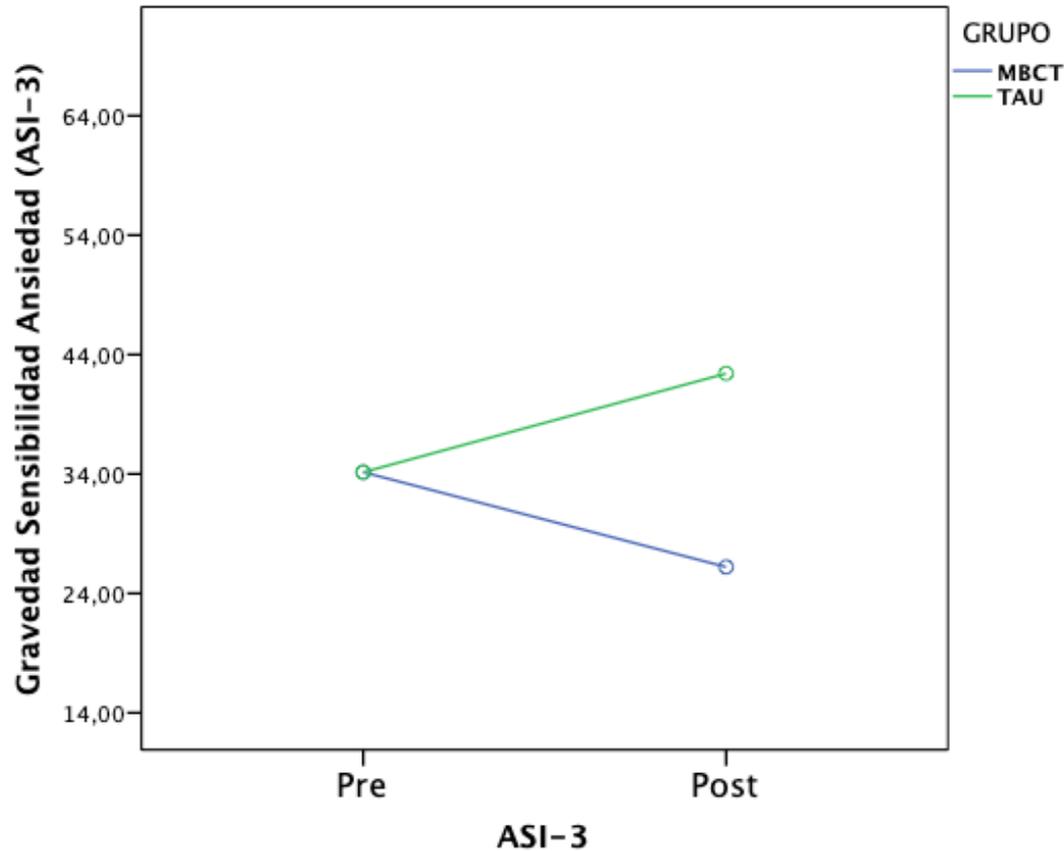
**Grupo MBCT de sintomatología
Obsesiva de Moderada pasa a Leve**

GLM between groups
F= 9,79 (**p=0.005**)

Tamaño del efecto $\eta^2 = 0,329$

η^2 Small: 0.01
Medium: 0.059
Large: 0.138

RESULTADOS PRELIMINARES – Clínica Ansiosa



Incluidos sólo pacientes ≥ 5 sesiones
(10 semanas de terapia)
Tiempo meditación = 53 min/semana

GLM between groups

$F = 23,13$ ($p < 0.001$)

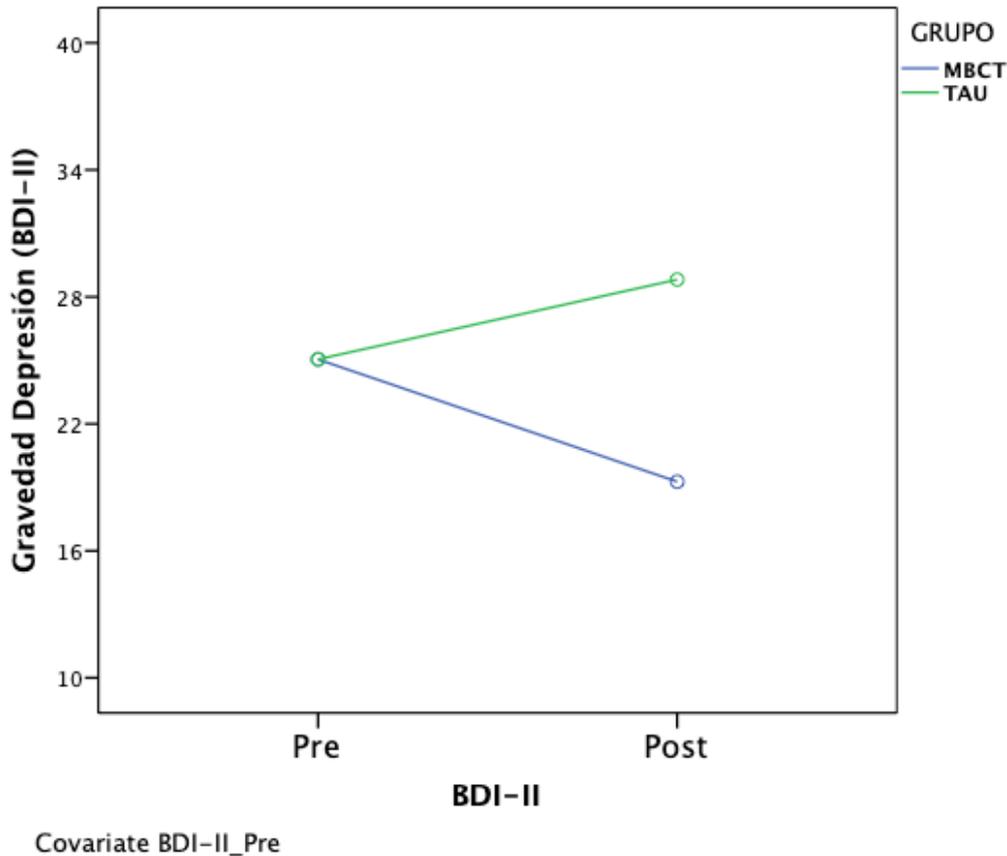
Tamaño del efecto $\eta^2 = 0.562$

Covariate for ASI-Pre

N = 21 pre-post
(MBCT, N=13 y TAU, N= 8)

η^2 Small: 0.01
Medium: 0.059
Large: 0.138

RESULTADOS PRELIMINARES – Clínica Depresiva



Incluidos sólo pacientes ≥ 5 sesiones
(10 semanas de terapia)
Tiempo meditación = 53 min/semana

GLM between groups

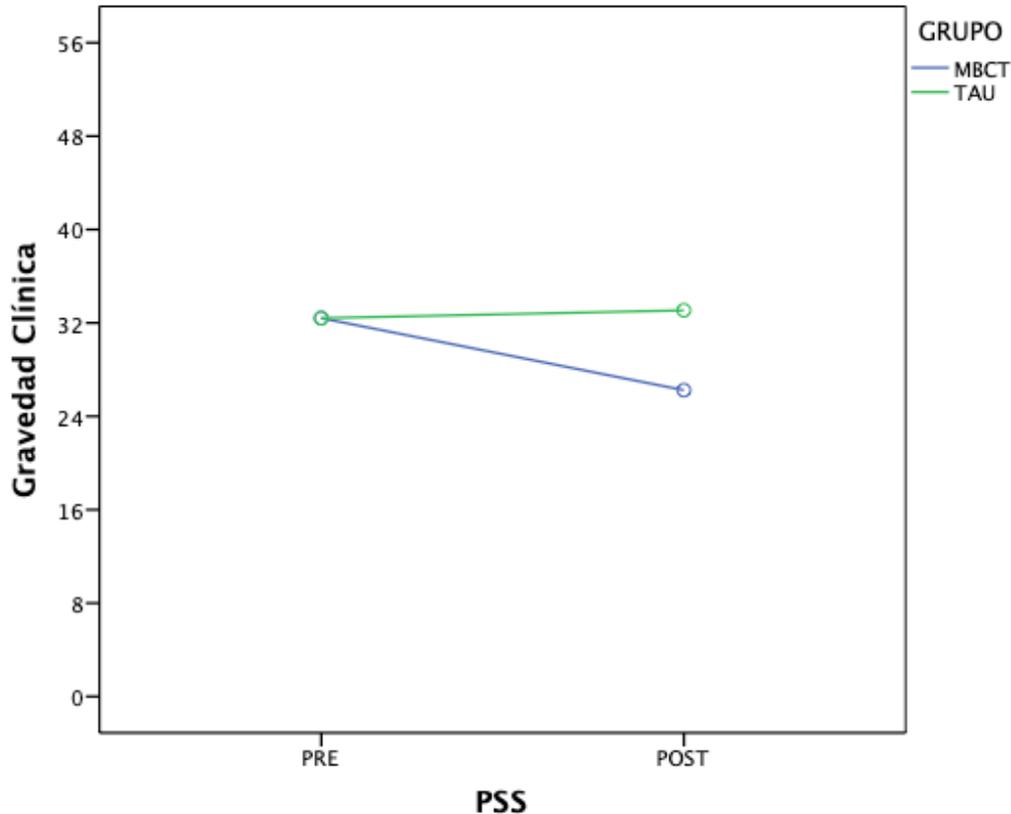
F= 3,98 (**p=0.06**)

Tamaño del efecto $\eta^2 = 0,181$

N =22 pre-post
(MBCT, N=14 y TAU, N= 8)

η^2 Small: 0.01
Medium: 0.059
Large: 0.138

RESULTADOS PRELIMINARES – Estrés Percibido



Incluidos sólo pacientes ≥ 5 sesiones (10 semanas de terapia)
Tiempo meditación = 53 min/semana

GLM between groups

F= 3,07 (p=0.09)

Tamaño del efecto $\eta^2 = 0,139$

Covariates
PSS_Total_Pre_Co...

N =21 pre-post
(MBCT, N=13 y TAU, N= 8)

η^2 Small: 0.01
Medium: 0.059
Large: 0.138

RoadMap

E-PR y la TC en TOC

Bases teóricas
Eficacia demostrada
Recomendaciones clínicas
Limitaciones

Terapias de tercera generación en TOC

Qué es el Mindfulness
Por qué podría ser útil en TOC

“MBCT: Efficacy & fMRI-based response predictors in a group of OCD patients”

Objetivos
Resultados preliminares (clínica)

Conclusiones Generales

CONCLUSIONES

➤ E- PR → terapia de elección para el TOC

➤ MBCT como tratamiento co-adyuvante de la TCC

E-PR en TOC:

Tamaño del efecto grande: **1.16-1.72**

tanto en adultos como en niños

www.thelancet.com Vol 374 August 8, 2009

Tto. Farmacológico con ISRS

Tamaño del efecto grande: **0.91**

MBCT: coadyuvante post E-PR

Tamaño efecto grande: **d = 1,38** (Key 2017)

Tamaño efecto medio (Kültz 2019)

Nuestro estudio: MBCT ayuda a **reducir la clínica obsesiva y ansiosa**

CONCLUSIONES

Diferencias entre los tratamientos psicológicos

MBCT disminución de los síntomas obsesivos entrenando la capacidad del “descentramiento”, no juicio y aceptación de los eventos emocionales internos

E-PR

- ✓ **Habitación de la ansiedad**
- ✓ Requiere siempre que la exposición genere ansiedad
- ✓ Generar nuevo aprendizaje
- ✓ No evitaciones/escapes

TC

- ✓ NO busca la habitación de la ansiedad. **NO HAY EXPOSICIÓN DIRECTA**
- ✓ **Cambiar la interpretación de las obsesiones**

Mindfulness

- ✓ **Modificar la función/relación** del sujeto con su experiencia, **NO CAMBIAR el contenido**
- ✓ Dejar de interpretar (ni + ni -)
- ✓ Aprender a relacionarnos con aquello que nos genera malestar sin rechazarlo. **No busca la habitación**, sino la observación, el no juicio.

COLABORACIONES



Maria Serra-Blasco
Neus Miquel
Anna Carol
Muriel Vicent
Daniel Porta

Narcís Cardoner



Marina López-Solà



Pino Alonso
Lorea Mar
Maria Alemany
Nacho Martínez



Jess Andrews-Hanna



MUCHAS GRACIAS

Clara López-Solà, PhD

clopezs@tauli.cat



Parc Taulí
Hospital Universitari

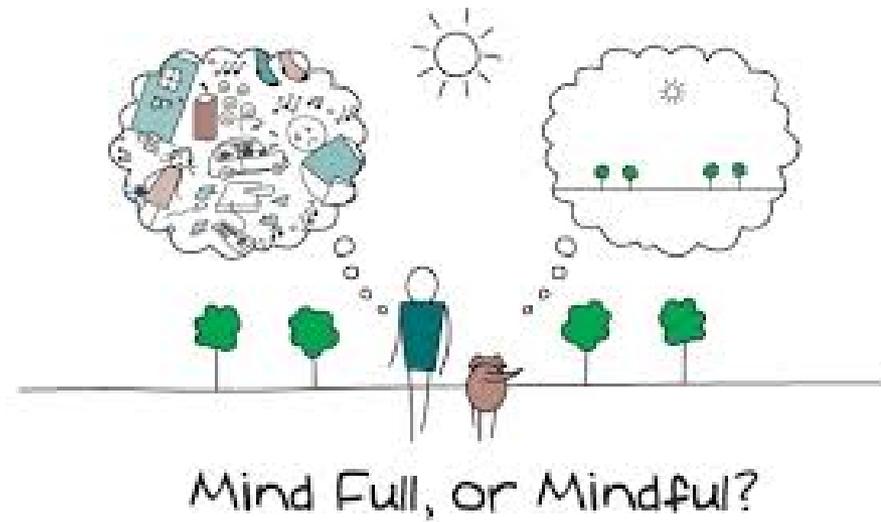
cibersam
Centro de Investigación Biomédica En Red
de Salud Mental

UAB
Universitat Autònoma
de Barcelona

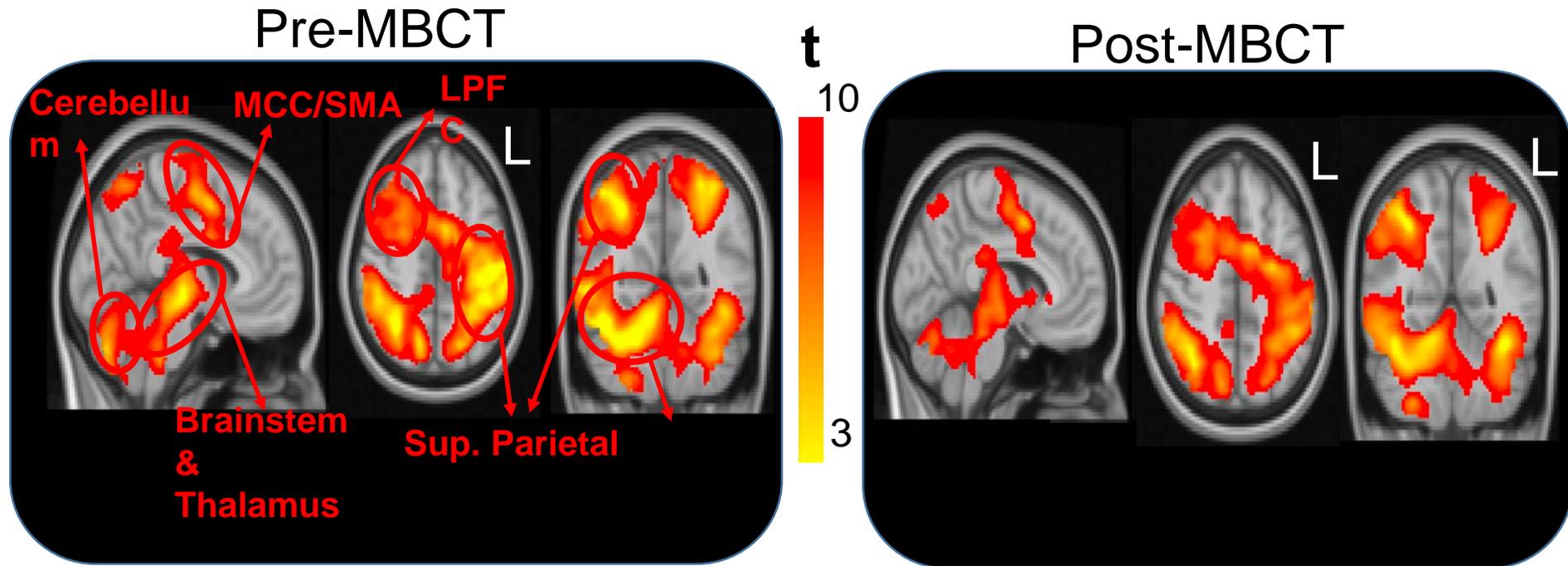
¿QUÉ NO ES MINDFULNESS?

(Siegel, Germer y Olendzki, 2009; Simón, 2009)

1. No es dejar la mente en blanco
2. No es buscar el éxtasis o la iluminación
3. No es escapar del dolor
4. No es suprimir las emociones
5. No es una técnica de autocontrol o relajación



MBCT effects on brain responses to 1-back task



But Controls show larger activation reductions!

PRÁCTICA: DE-FUSIÓN

Obsesión: *“y si le clavo un cuchillo a mi hijo?”*

Juicio: “soy una una mala madre, estoy loca”

Fusiónate con ese pensamiento **10 segundos.**
Enredate en él y créelo tanto como puedas

Silenciosamente reproduce el pensamiento
agregando: **“Estoy teniendo el pensamiento...”**

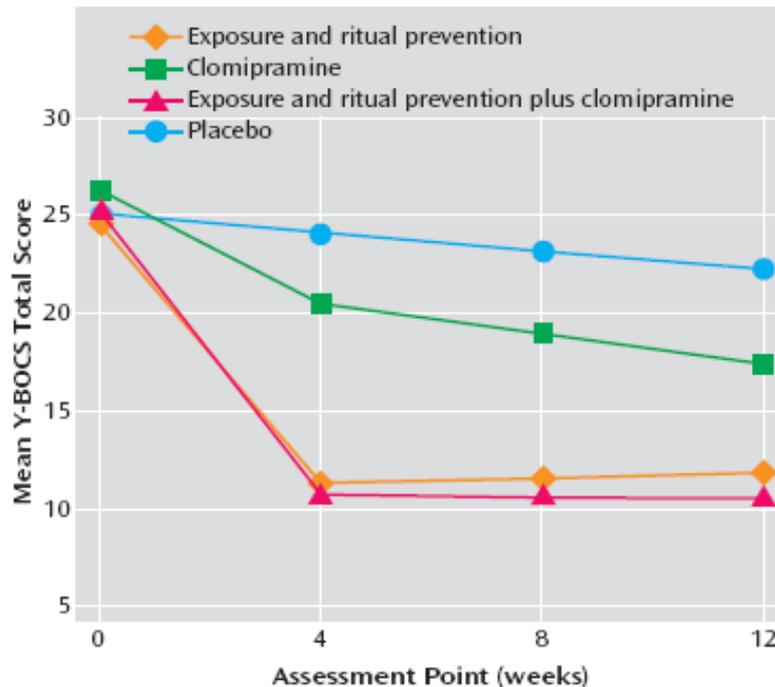
Vuelve a reproducirlo, agregando **“Estoy notando
que estoy teniendo el pensamiento...”**



E-PR y TC – EFICACIA DEMOSTRADA

Randomized, Placebo-Controlled Trial of Exposure and Ritual Prevention, Clomipramine, and Their Combination in the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder

Edna B. Foa, Ph.D.
Michael R. Liebowitz, M.D.
Michael J. Kozak, Ph.D.
Sharon Davies, R.N.
Rafael Campeas, M.D.
Martin E. Franklin, Ph.D.
Jonathan D. Huppert, Ph.D.
Kevin Kjemisted, M.D.
Vivienne Rowan, Ph.D.
Andrew B. Schmidt, C.S.W.
H. Blair Simpson, M.D., Ph.D.
Xin Tu, Ph.D.



N = 122

Clomipramine (200-250mg), total 12 weeks

E-PR, total 12 weeks:

- ✓ 3 weeks: 2 hours exposure sessions (15 sessions) + homework
- ✓ 1 week: 2 days of 2 hours (total 4 hours) the therapist visit patients' homes to promote generalizability of treatment
- ✓ 8 weeks: 45 minutes once a week.

^a Linear mixed-effects model analyses.

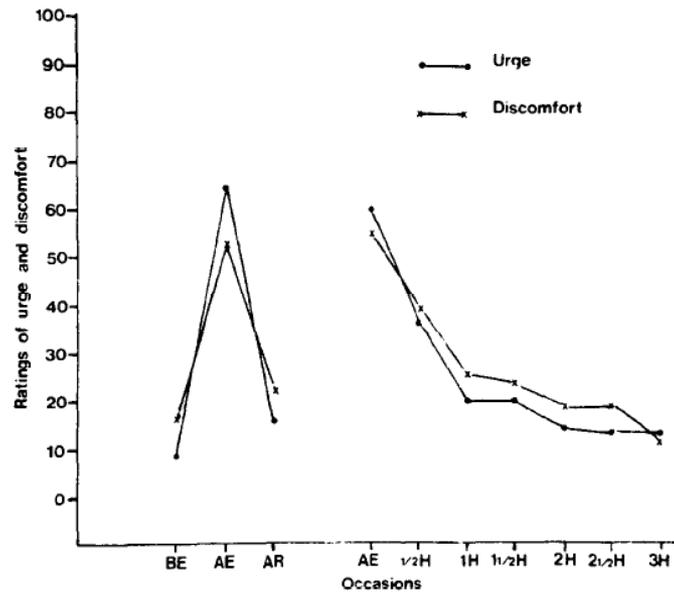
E-PR – BASE TEÓRICA

THE SPONTANEOUS DECAY OF COMPULSIVE URGES*

S. RACHMAN, P. DE SILVA and G. RÖPER†

Department of Psychology, Institute of Psychiatry, De Crespigny Park, London SE5 8AF, England

Behav. Res. & Therapy, 1976, Vol. 14, pp. 445–453.



HABITUACIÓN
ANSIEDAD

Fig. 1. Mean ratings for urge and discomfort across occasions ($n = 11$). The measurement occasions plotted on the horizontal axis are: BE—before exposure to provoking stimulus; AE—after exposure; AR—after ritual; AE—after second exposure; and half-hourly intervals up to 3 hr.

E-PR y TC – EFICACIA DEMOSTRADA

E-PR:

Tamaño del efecto grande: 1.16-1.72
tanto en adultos como en niños

TC eficacia similar, pero no superior a la E-PR
(Steketee, 2011; Abramowitz, 2005; Whittal, 2005, 2010).

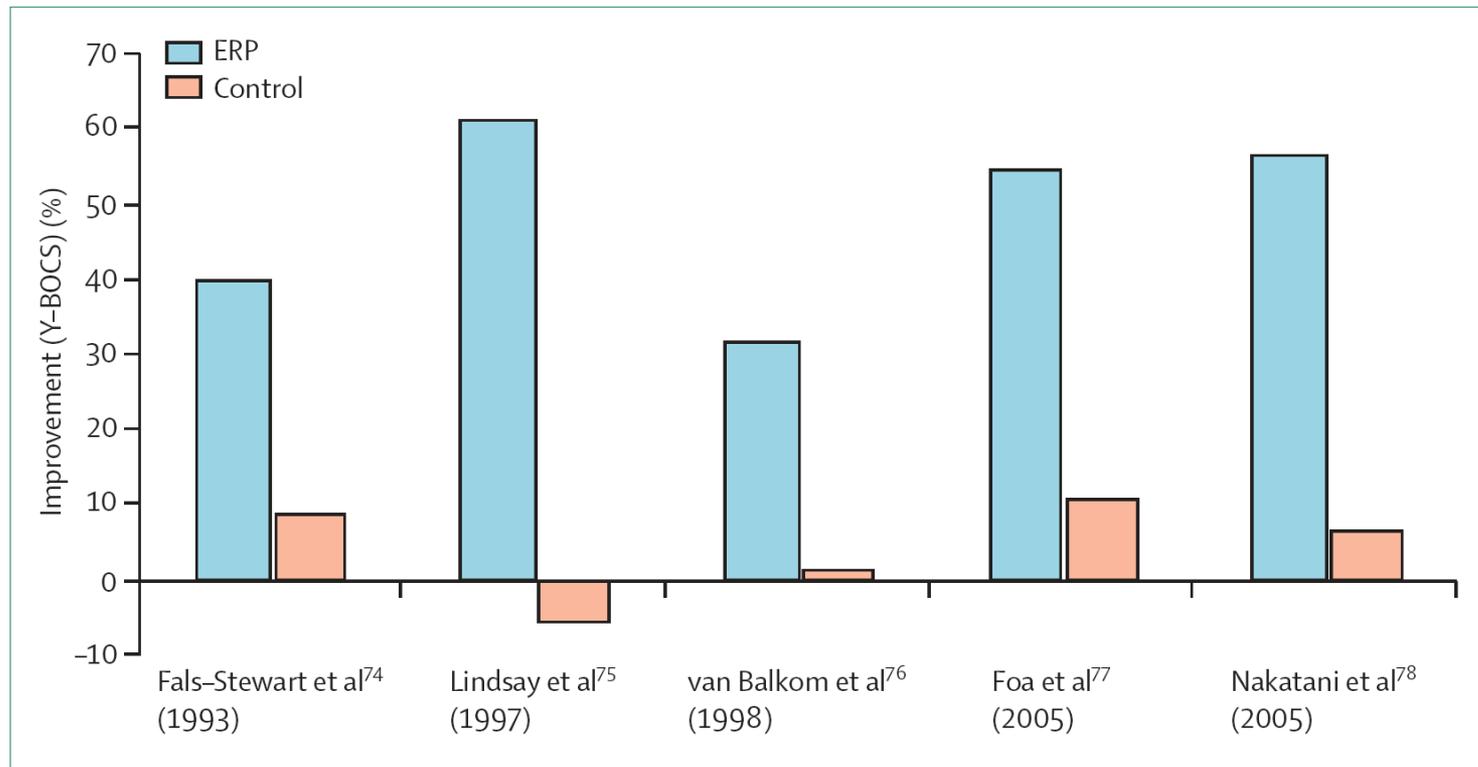


Figure 3: Improvement of exposure and response prevention and control groups on the Yale-Brown obsessive-compulsive scale in **five randomised controlled studies**

OBJETIVOS

- 1.- NO SIEMPRE EN MODO SER, sino poder dejar modo hacer cuando queramos
- 2.- NO RESIGNACIÓN, Aceptación del presente y esfuerzo razonable para cambiar el futuro
- 3.- ACEPTACIÓN DEL SUFRIMIENTO PRIMARIO, disminución del sufrimiento secundario

¿POR QUÉ MEDITAMOS? (I)

- Buscar la paz, la felicidad, la salud, etc
- Siempre hay alguna razón, algún motivo
- Es importante saberlo, porque vamos a forzar la meditación para conseguirlo
- Querremos buscar la paz (no pensamiento), la felicidad, lo que sea mientras meditamos
- Es HACER MAS DE LO MISMO, lo que hacemos siempre (usar el entorno para satisfacer nuestros deseos)

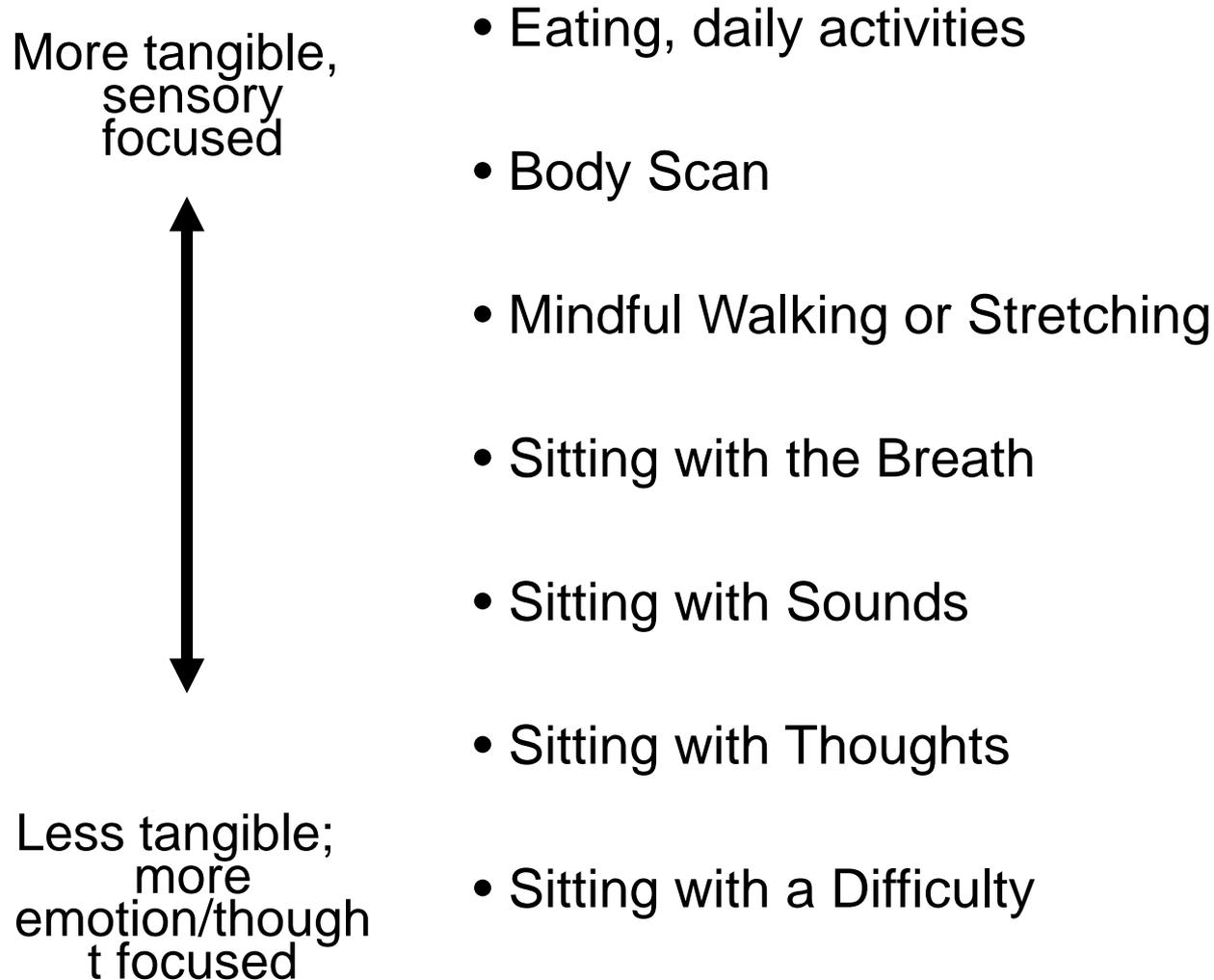
¿POR QUÉ MEDITAMOS? (II)

- Meditar es estar en el presente, aquí y ahora
- Es observar lo que hay, sea bueno o malo, nos guste o no
- No hay que hacer nada especial, no hay ningún sitio donde ir
- No se puede meditar mal

CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES

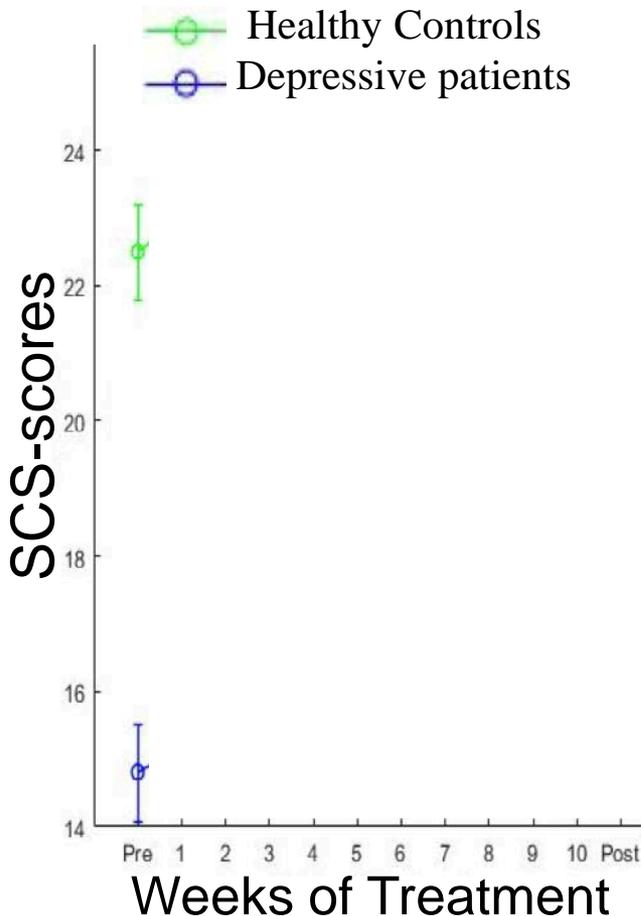
- Pacientes en fase aguda de cualquier trastorno (depresión severa, tr. bipolar, psicosis, etc.)
- Pacientes en riesgo o antecedentes de crisis disociativa (PTSD, conversión, tr. personalidad, etc.)
- Pacientes con deterioro cognitivo grave, agitación, pobre insight o muy medicados
- Personas con baja motivación, hipercríticas o con actitud opositorista

Gradient of Attentional Focus in MBCT

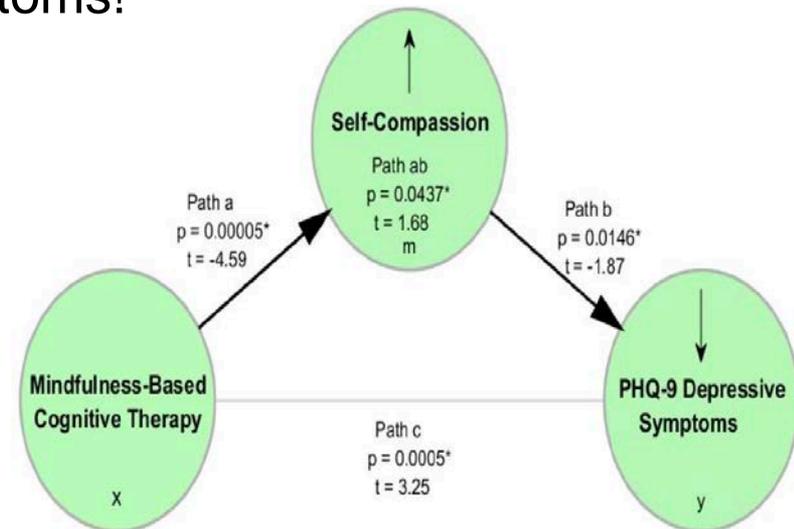


Psychological mechanisms

Self-compassion: *Instead of judging and criticizing yourself for various inadequacies or shortcomings, self-compassion means you are kind and understanding when confronted with personal failings (K. Neff)*



Self-compassion started increasing at week 3, preceding reductions in depression symptoms!



Time x group interaction ANOVA :
F = 17.07, p = 0.000205

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

Orientades a → disminuir valoració - dels pensaments obsessius:

1.-Teràpia cognitiva (TC)

*APA: recolzament experimental fort.
Sovint en combinació amb EPR.*

NICE: complementària a EPR millora reducció simptomàtica a llarg termini.

2.-Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

APA: Recolzament experimental modest.

NICE: > a entrenament en relaxació progressiva.

3.-Altres sense suficient evidència: Integrative Behavioral Couples Therapy; Mindfulness-Based Cognitive Therapy; Dialectical Behavior Therapy

Eficacia de la **Terapia ACT** en TOC

Autores (año)	Diseño	N	Tratamiento Grupos	Resultados
Twohig (2010) (2015) (8 sesiones)	RCT	79	ACT (n=41) (Y-BOCS = 24.22) vs Relajación (n=38)(YBOCS=25.4)	ACT > Relajación Reducción clínicamente significativa Y-BOCS: ACT → 46% -56% , seguimiento = 46% -66% Relajación → 13% -18%, seguimiento = 16% -18%. Negativa al tratamiento: 2,3% ACT y un 7,8% relajación Abandono: 9,8% ACT y un 13,2% relajación Cambios en Flexibilidad Cognitiva predicen cambios en la severidad de OCD
Vakiliy (2015) (8 sesiones y 10 semanas ISRSs)	RCT	32	ACT (n=10) (YBOCS=23.7) vs ISRSs (n=11) (YBOCS=25.6) vs ACT + ISRSs (n=11) (YBOCS=24.1)	ACT y ACT+ISRSs > ISRSs solos. Reducción significativa Y-BOCS: ACT → 14 (4.55) (Reducción del 41%) ISRSs → 19.9 (3.68) (Reducción 21,9%) ACT+ISRSs → 13.8 (3.85) (Reducción 42,7%)
Rohani (2018) (8 sesiones)	RCT	46	ACT+ISRS (n=23) (Y-BOCS=22.6) vs ISRSs (n=23) (Y-BOCS=21.3)	Clínica Obsesiva (Y-BOCS-SR): ACT+ISRS > ISRSs ACT+ISRSs → mejora del 71,3% ISRSs → mejora del 31,2% Depresión (BDI-II): ACT+ISRS > ISRSs ACT+ISRS → reducción 52,7% ISRS → reducción del 42,2% Rumiación (RRS): ACT+ISRS > ISRSs ACT+ISRS → reducción del 36%. ISRS → reducción 22,3%.
Twohig (2018) (16 sesiones individuales 2xsemana)	RCT	58	ACT+ E-PR (n=30) (Y-BOCS=24.6) vs E-PR (n=28) (Y-BOCS=25.3)	Clínica Obsesiva (Y-BOCS): No diferencias significativas entre grupos EPR → reducción 55 %, Cohen's d=2.5 ACT+EPR → reducción 54.3%, Cohen's d=2.7

CARACTERISTICAS DE LOS FENOMENOS COGNITIVOS

(Toneatto et al, 2002)

- 1.- SON INEVITABLES (comparación con ojo u oído)
- 2.- INICIO ACTIVIDAD FUERA DE NUESTRO CONTROL
- 3.- SON IMPERMANENTES
- 4.- NO SON VERIDICOS

PRIMERA GENERACIÓN

Trasvase Básica – Clínica
TERAPIA DE CONDUCTA
Análisis conductual aplicado y Neconductismo mediacional
Metáfora del condicionamiento

Autores: **Wolpe, Skinner, Lazarus, Eysenck, Rachman, Shapiro**

SEGUNDA GENERACIÓN

Apertura a la Ps cognitiva y social (sin dejar la experimental)
Distanciamiento entre investigación (ps básica) y clínica
Teoría del aprendizaje social y la Psicología Cognitiva
Metáfora del procesamiento de la información

Autores: **Bandura, Beck, Ellis, Meichenbaum y Goodman, D' Zurilla y Golfried...**

TERCERA GENERACIÓN

Vuelta a los orígenes
Multiplicidad de estímulos y contingencias
Terapias contextuales y Técnicas de meditación
Metáfora de la **narración constructiva**

El enfoque contextual

- Enfatiza el peso del **contexto en la determinación de la conducta**. Ambientalismo radical
- Reconoce el papel importante de la **conducta verbal**
- **Interés en el contexto terapéutico**

PSICOTERAPIA FUNCIONAL ANALÍTICA (Kohlenber y Tsai, 1987)

TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999)

TERAPIA DE CONDUCTA DIALÉCTICA (Linehan, 1993)

***MINDFULNESS: MBSR y MBCT**