

Terapia narrativa basada en atención plena para la depresión en oncología

9

BEATRIZ RODRÍGUEZ-VEGA
ÁNGELA PALAO TARRERO
AINOA MUÑOZ SAN JOSÉ
ALBERTO FERNÁNDEZ LIRIA
CARMEN BAYÓN PÉREZ.

1. FUNDAMENTOS Y BASE EMPÍRICA DE LA TERAPIA NARRATIVA

Las personas diagnosticadas de una enfermedad oncológica representan un grupo con una alta prevalencia de síntomas ansiosos y depresivos. La depresión es el trastorno psicológico más frecuente en estos pacientes, apareciendo en aproximadamente una cuarta parte de los pacientes con cáncer avanzado (Lloyd-Williams, 2004). Hotopf, en 2002, utilizando una entrevista clínica estructurada, encontró una prevalencia en torno al 15 por 100 (rango del 5-26 por 100) (Hotopf y Chidgey, 2002). Se han citado cifras cuatro veces más altas que en población general para este trastorno (Massie, 2004). Estos síntomas tienen un impacto negativo sobre la calidad de vida, la adherencia al tratamiento y el nivel de sobrecarga emocional de los cuidadores (Trask, 2004).

La búsqueda de tratamientos efectivos para la ansiedad y la depresión supone uno de los principales objetivos de la psicooncología. Los datos sugieren que las estrategias terapéuticas más efectivas para el tratamiento del trastorno depresivo mayor incluyen la combinación de intervenciones psicoterapéuticas y farmacológicas (Glick, 2004). Esta observación, que se hizo en los trastornos depresivos de la población general, sienta la base para pensar que los abordajes combinados para el tratamiento de la depresión en pacientes con cáncer también deberían ser los más efectivos (Rodríguez Vega et al., 2010; Rodin, 2007).

La mayoría de los ensayos clínicos aleatorizados publicados sobre depresión en pacientes oncológicos tienen una calidad subóptima, debida a los pequeños tamaños muestrales y los cortos períodos de seguimiento (Newell, 2002). Además, las intervenciones psicoterapéuticas más ampliamente utilizadas son de corte cognitivo-conductual, recomendándose la evaluación de la eficacia y efectividad de otras intervenciones (Scott, 1999).

En un estudio piloto realizado recientemente en ocho centros psicooncológicos con diferentes terapeutas, encontraron que la ansiedad y la depresión fueron los dos problemas más frecuentes en terapia. A éstos les seguían las dificultades relacionales y la ayuda para conseguir cerrar bien la vida. Sólo en el 50 por 100 de los pacientes con ansiedad y/o depresión éste fue el foco de la terapia (Garssen y van der Lee, 2011).

Un campo donde la investigación de intervenciones psicoterapéuticas ha crecido en los últimos años ha sido el de los cuidados paliativos y el final de la vida, y especialmente el interés se ha centrado en la detección y tratamiento del distrés existencial. Se ha valorado éste como una dimensión importante de la calidad de vida y como un factor que aumenta el riesgo de ideación suicida y deseo de muerte. En ocasiones llega a ser, muy al final de la vida, uno de los motivos para administrar una sedación intermitente o definitiva. En una revisión sobre las intervenciones manualizadas en esta área se concluye que las cuestiones o preocupaciones existenciales son frecuentes, pero no uni-

versales. Los focos más comunes que surgieron durante la terapia fueron la búsqueda de significado a la enfermedad y a la vida, temas relacionados con la dependencia y la muerte. Todos estos focos son únicos para cada persona, y sólo ella, a través de la narración, va a poder expresarlos. En el estudio reseñado también se remarcan, como factores comunes de éxito en las diferentes terapias, la creación de un espacio único entre terapeuta y paciente, y por parte del terapeuta «estar presente con ellos», que sea neutral, con un interés genuino-auténtico, comprensivo, con una relación igualitaria y con un rol activo-exploratorio (LeMay y Wilson, 2008).

La terapia narrativa (TN) es un tipo de intervención psicoterapéutica que se puede considerar integradora y su utilización más difundida es en un formato individual (Etchinson, 2000). En un ensayo clínico previo llevado a cabo por nuestro grupo, la TN se ha mostrado eficaz en el campo de la psicooncología. Nuestra hipótesis es que su flexibilidad y su capacidad para adaptarse a las necesidades particulares de cada persona son de especial valor en un campo tan cambiante y potencialmente desestabilizador para la persona como es la enfermedad oncológica (Fernández Liria y Rodríguez Vega, 2001). A diferencia de la terapia cognitiva y de otras terapias, la TN no reivindica la existencia de una metanarrativa universal que pueda abarcar o dar cuenta de la realidad, sino que se acerca a la experiencia del paciente como una de las múltiples versiones de su realidad. La escasez de estudios publicados que utilizan TN podría ser debida a su reciente aparición como paradigma empírico y a su énfasis sobre un conocimiento subjetivo y cualitativo de los problemas (Etchinson y Kleist, 2000).

Actualmente no existe una definición universalmente aceptada de «narrativa», pero generalmente se entiende que una narrativa es una historia sobre una secuencia de acontecimientos que ocurren en un tiempo y se organizan en un argumento. A través de las narrativas los seres huma-

nos construyen el significado de aquello que les ocurre (Clandinin y Connelly, 2000).

La TN se basa en la teoría de las narrativas y en el constructivismo social, cuya filosofía sostiene que no hay una realidad única y objetiva directamente accesible a los seres humanos a través de los sentidos. En lugar de ello, la realidad es construida, a través del lenguaje y la descripción narrativa, en el terreno de la inter-subjetividad de las personas (Anderson, 1996; Berger y Luckman, 1966; Gergen y Kaye, 1992).

La TN no se limita a ninguna escuela psicoterapéutica concreta y puede ser interpretada y aplicada por terapeutas de diversas orientaciones teóricas (Angus y McLeod, 2004). La narrativa es el núcleo del proceso psicoterapéutico, de tal forma que la terapia se convierte en un asunto de contar y de recontar las historias, facilitando la evolución del significado narrativo (Fernández Liria y Rodríguez Vega, 2001; McLeod, 1997; Rodríguez Vega y Fernández Liria, 2012).

Las diferentes aproximaciones desde la práctica psicoterapéutica y el campo de la investigación se han centrado en distintas formas de contar las historias (Angus y McLeod, 2004), que van desde la socialmente orientada naturaleza de la psicología narrativa, hasta la centrada en el «self interior» de la mayoría de las psicoterapias convencionales (Angus y McLeod, 2004). Este amplio rango refleja la tensión en el campo de la psicología narrativa, la cual emplea tanto ideas post-modernas como el lugar central del lenguaje y el discurso en los eventos humanos, y conceptos que provienen de la teoría existencial, como la auto-agencia humana, el empoderamiento y la responsabilidad (Avdi y Georgaca, 2007; Polkinghorne, 2004; Wallis et al., 2011). La metáfora de la narrativa conlleva que la psicología humana tiene una estructura esencialmente narrativa, de manera que la vida humana puede ser vista como una historia, y las narrativas como el principio de organización de la acción humana (Sarbin, 1986).

Las narrativas sobre uno mismo se pueden convertir en problemáticas cuando limitan la di-

versidad cognitiva y afectiva, de modo que restringen las posibilidades comportamentales o de acción. Por ejemplo, los pacientes deprimidos organizan a menudo sus narrativas alrededor de temas de pérdida, incapacidad y desesperanza, impidiendo la construcción de otros posibles temas (Ribeiro et al., 2011; Rodríguez Vega y Fernández Liria, 2012).

La terapia puede ser entendida como un proceso de «reparación de historias», en la que las narrativas problemáticas se reconstruyen en otras más coherentes y complejas, incluyendo otros elementos (Avdi y Georgaca, 2007). De esta forma, el terapeuta es testigo de la historia del paciente y coeditor de la narrativa que va surgiendo poco a poco (Anderson, 1996).

Uno no tiene un *self* igual que tiene un corazón o un hígado; uno no es un *self* de la misma forma que es un organismo vivo. El *sí mismo* es un proceso en construcción, evoluciona, no es algo fijo ni inmutable. Es el producto de concebir y organizar una vida de una determinada forma, y, en ese sentido, es construido *en y a través de* la narración. Quiénes somos nosotros depende de la historia que nos contamos sobre nosotros mismos. Y esta historia puede ser más o menos coherente y sostener nuestra identidad, o entrar en conflicto y cuestionarla abiertamente.

Las historias que nos contamos, a través del lenguaje, acerca de quiénes somos y nuestros motivos para hacer y no hacer a lo largo del tiempo, van construyendo nuestra identidad narrativa. La exploración de la identidad es la exploración de la subjetividad.

La perspectiva narrativa permite al terapeuta utilizar técnicas concretas para cada individuo y su problema; esto es, el movimiento desde una orientación centrada en la terapia (técnicas específicas de un modelo psicoterapéutico) a una aproximación centrada en la persona. El objetivo principal de la TN es la creación de relatos alternativos diferentes de la narrativa principal. En este sentido, la psicoterapia se basa en la transformación de significados. Los pacientes partici-

pan y dan sentido a sus vidas a través de las historias que se cuentan a ellos mismos y al terapeuta (Gonçalves y Stiles, 2011).

La TN debe adaptarse a las necesidades variables y cambiantes de los pacientes con cáncer, lo cual tiene importantes implicaciones clínicas para la práctica psicoterapéutica. Cuando nos encontramos con un paciente con una narrativa inicial rígida e inflexible («estoy deprimida porque soy una persona débil»), puede ser una pista para que el terapeuta inicie, por ejemplo, intervenciones verbales descritas en la TN, como externalizar la conversación para promover la des-identificación en cuanto a la depresión (White, 2007). En otras palabras, el objetivo es desconectar de la identidad del paciente («externalizar»), de tal manera que la depresión no aparezca en la narrativa del paciente como estado inherente. En la externalización, la terapeuta explora las relaciones del paciente con el problema como algo externo a su identidad como persona.

Nuestro grupo de trabajo integra, además, actitud y práctica de atención plena o *mindfulness* en el tratamiento. *Mindfulness* enfatiza la observación de pensamientos y sentimientos momento a momento; entrena la atención en el presente, pero de una forma especial, sin juzgar, sin criticar, sin luchar (Baer, 2003), y propone una forma de experimentar la vida de una forma no enjuiciadora, lo que supone la aceptación de la situación actual, incluyendo los síntomas de enfermedad.

1.1. Terapia narrativa basada en *mindfulness*

Mindfulness (traducido al español como *atención plena*) se ha descrito como una conciencia centrada en el presente, no interpretativa ni enjuiciadora, en la que cada pensamiento, sentimiento o sensación que surge en el campo de la atención es reconocido y aceptado como tal (Bishop et al., 2004; Kabat-Zinn, 2003). Esta forma de atención ha sido entrenada desde hace más de dos mil qui-

nientos años en las tradiciones contemplativas de oriente y occidente.

En el ámbito de la psicología contemporánea, la práctica de *mindfulness* ha sido incorporada como una forma de hacerse consciente de las reacciones automáticas y los procesos psicológicos aprendidos que, con frecuencia, contribuyen al desequilibrio emocional y la conducta disfuncional (Williams, 2010). Para la práctica de *mindfulness* no sólo hay que prestar atención al estímulo (el entrenamiento se caracteriza por guiar la atención hacia estímulos concretos, como la respiración), sino que también se presta atención a las propias reacciones (de uno mismo) al atender al estímulo. Por tanto, requiere la puesta en marcha de procesos de supervisión de la atención o conciencia metacognitiva. Con la práctica de la atención plena (AP) se incrementa la capacidad de darse cuenta de aspectos sutiles de la propia experiencia. La premisa central de las estrategias terapéuticas que utilizan la práctica de la AP se sustenta en la idea de que el estado mental de supervisión metacognitiva activa, promovido por dicha práctica, con el tiempo, es capaz de alterar los circuitos automáticos creados por el pensamiento repetitivo (Miró Barrachina et al., 2009; Davis y Nolen-Hoeksema, 2000; Fresco et al., 2002; Kendal e Ingram, 1989; Segal et al., 2002; Teasdale, 1988).

Como cualquier otra habilidad psicológica, la habilidad de *mindfulness* mejora con la práctica. Las técnicas de *mindfulness* pueden utilizarse en asociación a un tratamiento farmacológico o pueden ser uno de los componentes principales, aunque no el único, de un tratamiento psicoterapéutico. Como ejemplos de esto último están la terapia cognitiva basada en *mindfulness* (*Mindfulness based Cognitive Therapy*, MBCT) (Segal et al., 2002; Cebolla y Miró, 2006), la terapia de reducción de estrés basada en *mindfulness* (*Mindfulness based stress reduction*, MBSR) (Kabat-Zinn, 1982), la terapia narrativa basada en *mindfulness* (*Mindfulness based Narrative Therapy*, MBNT; Rodríguez Vega y Fernández Liria, 2012;; Rodrí-

guez Vega et al., 2013), la terapia dialéctico-conductual (Linehan, 1993) o la terapia de aceptación y compromiso (Hayes et al., 1999; Wilson y Luciano, 2002).

2. APLICACIÓN Y EFICACIA EN CÁNCER Y CUIDADOS PALIATIVOS

Existen pocos estudios sobre terapias narrativas. Esto puede estar relacionado con su reciente emergencia como paradigma empírico y el énfasis en una comprensión subjetiva y cualitativa de los problemas que presenta el paciente (Etchison y Kleist, 2000; Rodríguez Vega et al., 2012; Rodríguez Vega et al., 2011). Sin embargo, la influencia de la perspectiva de las narrativas, en la práctica clínica y en la investigación en psicoterapia, es cada vez mayor (Gonçalves y Stiles, 2011; Meisel y Karlawish, 2011).

En los últimos años, un número creciente de terapeutas, provenientes de diversas orientaciones teóricas y con formaciones y modos de trabajar muy diferentes, han adoptado la óptica de las narrativas, intentando buscar, en la actividad narrativa, instrumentos para conceptualizar e intervenir sobre la sintomatología ansioso-depresiva, el distrés existencial, la desesperanza, la pérdida de sentido y significado o el cambio de funcionalidad y roles. Así, diferentes modelos de intervención han utilizado estrategias narrativas, especialmente al final de la vida (Feros et al., 2013; Chochinov et al., 2005).

Anteponer el interés por «saber qué es» es lo que convierte a una historia precisamente en esa historia, y también es lo que puede convertirla en otra. Según este punto de vista, la terapia consiste en transformar y expandir, por medios lingüísticos, las narrativas de una persona, aquellas historias que todos sostenemos y que dan sentido a nuestra existencia dentro de la familia y la sociedad. El cambio humano ocurre a través de la evolución de nuevos significados. La psicoterapia es, por tanto, un procedimiento de intervención so-

bre estas narrativas no deseadas, que busca la generación de narrativas alternativas a través de un proceso de comunicación interpersonal.

Las publicaciones recientes en esta área incluyen los estudios clínicos de nuestro grupo sobre el uso de TN para el tratamiento de la depresión en pacientes con cáncer. Nuestro grupo (Rodríguez Vega et al., 2011) llevó a cabo un ensayo clínico comparando la eficacia de terapia narrativa basada en *mindfulness* (MBNT, en sus siglas en inglés) más antidepresivo (terapia combinada), frente a tratamiento sólo con antidepresivo (tratamiento estándar o habitual), en pacientes diagnosticados de depresión mayor y de cáncer de mama, pulmón o colon en estadio no metastásico. Encontramos que el tratamiento combinado se asoció con mayores tasas de cumplimiento terapéutico y mejoría en dimensiones funcionales de calidad de vida a las 12 y a las 24 semanas post-tratamiento. También llevamos a cabo un estudio cualitativo, utilizando grupos focales de discusión de pacientes, con el fin de examinar el significado de los resultados cuantitativos en profundidad (Rodríguez Vega et al., 2012). Lo que nos interesaba era comprender el mecanismo subjetivo de las dimensiones de la calidad de vida y evaluar la contribución de la psicoterapia al proceso de adaptación a la enfermedad. Los pacientes en el grupo de tratamiento combinado encontraron útil la MBNT e informaron, en una mayor proporción que los pacientes en tratamiento habitual, sobre cambios positivos consistentes en crecimiento postraumático, como aumento de las relaciones sociales de intimidad o encontrar una nueva capacidad para reevaluar el significado de las situaciones. Basándonos en estos hallazgos, creemos que la MBNT podría ser una aproximación útil para el tratamiento de la depresión en los pacientes con cáncer. Sin embargo, hasta ahora no disponemos de estudios que comparen directamente la eficacia de MBNT frente a otros tipos de terapia.

Además de nuestros ensayos clínicos sobre terapia narrativa, otros grupos también han publi-

cado trabajos con este tipo de terapia. Un ensayo clínico analiza la eficacia de la TN en el tratamiento de trastornos depresivos en adultos (Vromans y Schweitzer, 2011); otro ensayo clínico aleatorizado analiza el efecto de la TN en la percepción del dolor en pacientes con cáncer (Cepeda et al., 2008), y otros grupos relevantes también han publicado estudios no controlados (Gonçalves y Stiles, 2011; Goncalves et al., 2011; Levitt y Piazza-Bonin, 2011; Osatuke et al., 2011; Ribeiro et al., 2011; Vromans y Schweitzer, 2011; Zweig et al., 2011).

3. PROCEDIMIENTO PARA SU APLICACIÓN EN CONTEXTOS DE ATENCIÓN AL PACIENTE CON CÁNCER Y SUS FAMILIARES

El proceso psicoterapéutico, desde nuestro marco teórico, podemos estructurarlo en fases iniciales, fases intermedias y fase de terminación (Fernández Liria y Rodríguez Vega, 2001).

3.1. Fases iniciales

Es aquella parte del proceso psicoterapéutico que transcurre entre el momento en que se realiza la indicación de la intervención psicoterapéutica y aquel en el que se establece el contrato por el que paciente y terapeuta acuerdan sobre qué y cómo van a trabajar el resto del tratamiento. Se suelen emplear entre una y seis sesiones (habitualmente menos de tres). Disponer de esa orientación sobre el número de sesiones tiene la ventaja de permitirnos preguntarnos qué es lo que está pasando cuando terapeuta y paciente están necesitando más sesiones para acordar un foco de trabajo conjunto. En este caso, esa dificultad se convierte en sí misma en un área de exploración.

Durante estas fases iniciales se persiguen tres tipos de objetivos:

- La evaluación y correspondiente formulación del caso, que incluye el plan de actuación.
- La construcción de la alianza de trabajo.
- El acuerdo de un contrato entre paciente y terapeuta, que guíe el proceso psicoterapéutico.

3.1.1. Evaluación y formulación para la planificación

Llamamos *formulación* al proceso por el que la información recogida durante la fase de evaluación se organiza en una serie de hipótesis sobre las que es posible entender la queja del paciente como un conjunto de problemas cuya solución supondría el logro de una serie de objetivos, y proponer una estrategia de tratamiento, previendo la modalidad, intensidad y duración del mismo, y los problemas que más probablemente encontraremos durante su desarrollo. Es la intención de formular la formulación que guía la exploración (véase la tabla 9.1).

TABLA 9.1

Formulación de casos para psicoterapia

1.	¿Cuál es la queja? Motivo de consulta.
2.	¿Cómo se ha producido la consulta? Análisis de la demanda.
3.	¿Cuál es el problema o problemas? Listado de problemas, fenómenos.
4.	¿Cómo, cuándo y por qué se pone o ponen de manifiesto? Precipitantes.
5.	¿Cuál es la secuencia de emociones, ideas, comportamientos y relaciones que implica? Estados mentales, defensas, modelos de relación.
6.	¿Por qué se perpetúa o se perpetúan? Perpetuantes, refuerzos, ganancias neuróticas y secundarias.

TABLA 9.1 (continuación)

7.	¿Cómo se originó históricamente? Desarrollo, biografía, perspectiva transgeneracional.
8.	¿Qué facilitó su aparición o facilita su mantenimiento? Vulnerabilidad, déficits.
9.	¿Qué puede facilitar el cambio? Recursos, fortalezas, oportunidades.
10.	¿Cuáles son las expectativas respecto a la consulta? Realismo, límites.
11.	¿Cuáles son los objetivos planteables para la terapia? Definición operativa.
12.	¿Medios para conseguir cada uno de ellos? Factores terapéuticos, estrategias, técnicas.
13.	¿Qué curso de la terapia prevemos? Pronóstico.
14.	¿Qué dificultades prevemos? En el paciente y en el terapeuta.
15.	¿Qué contrato proponemos?

3.1.2. Construcción de la alianza terapéutica

Hoy sabemos, por la investigación proceso-resultado, que lo que sucede en las primeras sesiones predice, en muy buena medida, los resultados que se obtendrán al final de la terapia. Y esto tiene que ver, en gran parte, con el establecimiento de una adecuada alianza terapéutica. De nada sirve una apreciación muy exacta del problema si no se dan las condiciones de confianza, aceptación o empatía, de acuerdo sobre la naturaleza del problema y sobre los respectivos roles a asumir por el terapeuta y el paciente en la resolución del mismo. Un concepto relacionado con la alianza terapéutica es el *rapport*. Malan define el *rapport* como «el grado de contacto afectivo entre paciente y terapeuta» (Malan, 1983).

3.1.3. Contrato

El contrato es un elemento crucial en la práctica de la psicoterapia. Debe referirse, al menos, a tres áreas diferentes. En primer lugar, debe referirse a lo que suele llamarse *foco*, esto es, al tema o narrativa principal sobre la que versará la terapia. Se trata de acordar una versión del problema que pueda ser compartida por terapeuta y paciente y que permita organizar el trabajo. Para conseguir esto, el terapeuta debe hacer partícipe al paciente de su *hipótesis* sobre qué le pasa, a través de una exposición fundamentada que generalmente va a incluir alguna referencia a la base teórica que lo sustenta. Este tipo de referencia, que nunca fue extraña a los practicantes de la modificación de la conducta, se ha impuesto también en los manuales de terapia cognitiva (Beck et al., 1983), interpersonales (Klerman et al., 1984) o psicodinámicos (Luborsky, 1984; Strupp y Binder, 1989; Ryle, 1990, 1995). Esta exposición debe incluir una estimación pronóstica y servir para justificar una propuesta de tratamiento.

En segundo lugar, el contrato debe referirse al encuadre. Éste debe definirse en términos de personas incluidas en el proceso (individual, de pareja, de familia, de grupo), lugar en el que va a llevarse a cabo, posición (cara a cara o no, en la mesa, en los sillones...), horario, frecuencia y duración de las sesiones, manejo de incidencias como retrasos, citas perdidas o canceladas, urgencias o citas extra, y duración previsible (ilimitado, con pretensión de brevedad, con fecha de terminación fija, con número de sesiones predeterminado...). Deben explicitarse las normas básicas que han de regular la actividad del paciente (asociación libre, cumplimiento de tareas para casa...) y del terapeuta (contestará o no a todas las preguntas, preguntará directamente o no, dará o no opiniones o consejos...).

Por último, el contrato debe establecer los objetivos del tratamiento y explicitar las expectativas de terapeuta y paciente. Los objetivos deben ser limitados, realistas y evaluables, huyendo de definiciones vagas y formulaciones muy generales («*ser*

más feliz»). Definir correctamente unos objetivos supone considerar sus costes y los riesgos que entraña su prosecución, y establecer unos marcadores de logro que nos permitan saber en qué medida nos aproximamos o no a ellos (véase la tabla 9.2).

TABLA 9.2

Contrato psicoterapéutico
(Fernández Liria y Rodríguez Vega, 2001)

Foco	Devolución al paciente: hipótesis del terapeuta (razonada), estimación pronóstica, justificación de una propuesta de tratamiento.
	Acuerdo de una versión conjunta (terapeuta/paciente) del problema.
Encuadre	<ul style="list-style-type: none"> — Individual/pareja/familiar/grupo. — Lugar. — Frecuencia/duración de las visitas. — Manejo de incidencias (retrasos, citas perdidas/canceladas, prolongación, derivación, urgencias, citas extra...). — Duración de la terapia (indeterminado —¿hasta cuándo?, ¿hasta conseguir qué?—, por tiempo predeterminado —número de sesiones determinado, número de horas determinado—). — Normas del paciente (asociación, tareas para casa...). — Normas del terapeuta (directividad, respuesta a preguntas, consejos...).
Objetivos del tratamiento	Los objetivos deben ser limitados y evaluables, huyendo de definiciones vagas y formulaciones muy generales.

3.2. Fases intermedias

Son las que más tiempo ocupan y en las que se considera que tiene lugar lo nuclear de la actividad psicoterapéutica. Entendemos que en ellas se llevan a cabo, simultánea y entrecruzadamente, dos procesos: la construcción de pautas-problema y el cambio.

3.2.1. ¿Qué es la pauta-problema?

Es una narrativa construida entre terapeuta y paciente, que describe la experiencia del paciente como la repetición de un modo insatisfactorio de relación consigo mismo, o con los otros significativos, en el contexto de una cultura.

Todo lo que ocurre en terapia, tal como aquí la entendemos, es una narrativa, y lo es porque supone una descripción, a través del lenguaje, de una experiencia (experiencia del proceso oncológico para una persona, por ejemplo).

La pauta-problema se construye a través de la *queja*, pero es diferente a ella, si entendemos ésta como la que presenta el paciente como motivo de su demanda de ayuda:

«Vengo a consulta porque me siento terriblemente nerviosa cuando llego a ponerme los ciclos de quimioterapia al hospital. He llegado a tener crisis de ansiedad y el último día tuve que marcharme a casa sin poder ponerme poner el ciclo.»

En ocasiones, la queja del paciente puede no coincidir con el problema que, a juicio del terapeuta, debe ser considerado central en el tratamiento.

La paciente del ejemplo anterior puede expresar de ese modo sus miedos y temores respecto a la enfermedad y la muerte.

Hablar de pauta incluye las ideas de forma y repetición. Al describir una pauta, se resalta una experiencia particular de la realidad frente a otras, lo cual, implícitamente, incluye pistas para posibles ensayos de conductas, pensamientos, emociones y relaciones alternativos al que la paciente trae al tratamiento. Es decir, la descripción de la experiencia le da a ésta una «forma» en el mundo particular de la paciente. Pero hablar de pauta nos lleva, también, a la idea de repetición. En la narrativa que describe la pauta-problema pueden cambiar los protagonistas, la

trama o el escenario, porque lo que se repite a través del tiempo es el modo de relación entre ellos.

Siguiendo con la paciente del ejemplo anterior, la sintomatología ansiosa puede aparecer, también, al ir a por recetas a su médico de atención primaria o al hacerse las analíticas. Pero es más, puede que esta forma de afrontar el «miedo» apareciese ya en la infancia, expresándose como miedo a la oscuridad o a dormir sola. Los escenarios son diferentes, pero todos ellos le recuerdan su vulnerabilidad ante la enfermedad y, más concretamente, ante la vida.

La pauta-problema se construye entre el paciente y el terapeuta, dentro del proceso psicoterapéutico (Sluzski, 1992, 1998). Ambos:

- Definen los relatos o narrativas dominantes en la vida del paciente, en los que está incluida la pauta-problema.
- Señalan narrativas consonantes en los que se repite la pauta-problema.
- Discuten narrativas alternativas, que excluyan la pauta-problema.
- Ensayan esos relatos alternativos. Los ensayos tienen lugar tanto en la consulta como en la vida cotidiana, de modo que haya un efecto de generalización y afianzamiento de las nuevas narrativas.
- Se despiden incluyendo la historia del tratamiento psicoterapéutico entre las nuevas narrativas del paciente.

La construcción de la pauta-problema puede realizarse desde:

- La historia biográfica personal.
- La conducta.
- El pensamiento.
- El sistema de relaciones y creencias con los otros significativos.
- Las sensaciones corporales, con o sin historia.

3.2.2. El proceso de transformación de pautas-problema. Estrategias de cambio

Conversación terapéutica

Nos referimos a la construcción, a través de la conversación terapéutica, de un relato alternativo, que permita incluir nuevas experiencias y significados.

A través del proceso psicoterapéutico va adquiriendo «carácter de realidad» una nueva narrativa que surge de la interacción terapéutica. En esta nueva narrativa, o nuevo relato, se hacen inviables las actitudes y conductas que caracterizaba la narrativa de la consulta. Es decir, pierde fuerza y se difumina la narrativa que lleva al paciente a demandar ayuda, una narrativa cargada de sufrimiento, pero dominante en la vida del paciente hasta entonces.

Siguiendo a la paciente de los ejemplos previos, con crisis de ansiedad ante la quimioterapia, cuya narrativa inicial de ansiedad y miedo al tratamiento se transforma, a través de una terapia que alienta a la exposición, en una narrativa de capacidad y valor para combatir los miedos ante la enfermedad.

En el primer encuentro terapéutico, y a través del lenguaje, es decir, durante la conversación, el terapeuta ayuda al paciente a construir la narrativa que incluye la pauta-problema por la que el paciente llega a la consulta. Para hacer eso, resalta unos relatos y no otros, propiciando asociaciones entre secuencias relacionales próximas en el tiempo o consonantes con escenas de la biografía pasada.

La tarea del terapeuta no es ofrecer una versión determinada del problema, sino cuestionar la consistencia de la versión inicialmente planteada por el paciente y ayudarlo a explorar posibles significados alternativos de los elementos que la integran.

Técnicas de regulación emocional

Las nuevas narrativas pueden surgir a través de intervenciones de arriba-abajo (desde narra-

ciones a emociones y sensaciones físicas), pero también a través de intervenciones de abajo-arriba (desde sensaciones corporales hacia significados y una narrativa) sobre los canales de procesamiento de la información (Ogden, 2006).

La premisa de trabajo en la mayoría de las corrientes psicoterapéuticas es que el cambio ocurre en una dirección «de arriba-abajo». Es decir, un cambio significativo en los procesos de pensamiento de un paciente (a través de la introspección, la exposición o la reestructuración cognitiva), en conjunción con el recuerdo o la reexperiencia terapéutica del suceso, resuelve las emociones, conductas y síntomas problemáticos del paciente.

Sin embargo, hay pacientes en los que la experiencia corporal se convierte en el punto de entrada para la intervención; la expresión corporal y la creación del significado surgen de la subsiguiente reorganización somática de las respuestas habituales. Es preciso, entonces, el trabajo de abajo-arriba, atendiendo directamente al cuerpo del paciente, pues ello hace posible tratar las funciones más automáticas e involuntarias. El cerebro funciona como un todo integrado pero comprende sistemas que están organizados jerárquicamente. Las funciones cognitivas se desarrollan y dependen de la integridad de estructuras de «nivel inferior», límbicas (emocionales) y reptilianas, y de la experiencia sensorio-motora.

La capacidad de los seres humanos de autoconciencia, interpretación y pensamiento abstracto existe dentro de esta relación de desarrollo y jerárquica con las respuestas instintivas y no conscientes del cuerpo. Estas respuestas, interconectadas y jerárquicamente organizadas, varían desde la activación instintiva y las defensas de los mamíferos, los sentimientos y la expresión afectiva, hasta los pensamientos, la autoconciencia reflexiva y la creación del significado (Ogden, 2006).

Para un adecuado procesamiento cognitivo, como forma de trabajo con las narrativas, es necesario procesar la experiencia en un estado de «activación óptima». La zona ideal entre los dos

estados psicológicos extremos de hiperactivación e hipoactivación autonómica fue descrita por Siegel como la «ventana de tolerancia», o rango de activación dentro del cual el individuo puede experimentar activación psicopatológica como tolerable o manejable (Siegel, 1999). En este rango óptimo, el paciente puede integrar la información a niveles cognitivo, emocional y sensoriomotor. Todas las intervenciones dirigidas hacia la regulación emocional buscan desarrollar o aumentar una ventana de tolerancia existente.

Las intervenciones de abajo-arriba, somáticas, que tratan de las sensaciones físicas repetitivas, espontáneas, de hiperactivación e hipoactivación, se pueden integrar con intervenciones más tradicionales, de arriba-abajo, que ayudan a transformar la narrativa y facilitan el desarrollo de un sentido somático reorganizado del yo. Un abordaje que integre mente-cuerpo ayuda a estos pacientes a regular sus experiencias físicas de forma que su correspondiente *sentido del yo* se sienta conectado, con recursos, y orientado hacia la experiencia presente.

El terapeuta se convierte en regulador de los estados disregulados del paciente, para proporcionar un entorno que facilite el desarrollo de las estructuras inmaduras del paciente que regulan el afecto. El terapeuta observa los signos fisiológicos de disregulación y acompaña éstos con intervenciones para establecer o aumentar la activación: ajustar el tono de voz, nivel de energía, ritmo, cambio de vocabulario, observación atenta, movimiento y cantidad de contenido emocional o cognitivo. Cuando el paciente experimenta la calma y el alivio que acompañan a una activación óptima (dentro de su ventana de tolerancia), la alianza terapéutica está reforzada. Con un aumento en la sensación de seguridad, la exploración del paciente de sus propias experiencias se convierte en menos inhibida.

El trabajo del terapeuta es «despertar» las capacidades exploratorias, al promover un sentido somático de seguridad, y cultivar la capacidad de observación y curiosidad en el paciente, evitando

que quede superado por la reactivación de emociones muy intensas.

Prácticas basadas en *mindfulness*

Como hemos señalado más arriba, nuestro grupo integra la actitud y la práctica de *mindfulness* en nuestra práctica psicoterapéutica. La meditación *mindfulness* es una forma de experimentar la vida sin enjuiciar, lo que supone la aceptación de la situación presente, incluyendo los síntomas de la enfermedad y las emociones negativas, sin juzgar, con atención plena.

Los pacientes son entrenados en la práctica formal e informal de *mindfulness*. La práctica formal establece períodos concretos de meditación, como sentarse y focalizar la atención en la respiración, el escáner corporal, caminar con atención plena, estiramientos con atención plena, y series de ejercicios de hatha-yoga suave. La práctica informal supone la generalización de una actitud *mindfulness* en la vida diaria, por ejemplo focalizar deliberadamente la atención y la consciencia en las actividades del día a día (ducharse, mirar a través de la ventana, comer una fruta...).

Las prácticas de *mindfulness* entrenan a la persona en la observación, sin enjuiciar, y en el momento presente, sin engancharse en sentimientos de culpa o fallo, deseos, recuerdos o anticipación sobre el futuro (Ledesma y Kumano, 2009; Muijs et al., 2011; Shennan et al., 2011).

3.3. Fase de terminación

El final de una intervención psicoterapéutica no implica, necesariamente, el final de la relación entre paciente y terapeuta. Puede dar lugar al establecimiento de *sesiones de seguimiento*, o en el caso de existencia de estresores crónicos, como puede ser el miedo a las recaídas en el cáncer, o de factores de personalidad que predisponen a recaídas, puede dar paso a una *terapia de mante-*

nimiento, que tendría un contrato, unos objetivos y una forma de trabajo diferentes.

Esta fase se guía por la prosecución de una serie de objetivos:

- Revisar el curso de la terapia, los logros conseguidos y la capacidad del paciente para afrontar los logros pendientes. La terminación debe ser anunciada y discutida explícitamente al menos dos o tres sesiones antes de la última. Debe preguntarse al paciente qué es lo que ha supuesto para él la experiencia de la terapia y pedirle que haga una valoración de los objetivos que se proponía alcanzar cuando la inició y lo que cree haber conseguido con ella.
- Revisar la evidencia de capacidad de funcionamiento del paciente independiente del terapeuta.
- Modular el proceso de retirada según los requerimientos de cada paciente.
- Abordar los aspectos de dependencia o beneficio secundario (bajas, rol de enfermo...) vinculados a la terapia.
- Abordar los posibles aspectos de duelo ligados al fin de la terapia. En el caso de los pacientes que han acudido a la terapia por trastornos afectivos, como es el caso de la mayoría de los pacientes oncológicos que inician un tratamiento de este tipo, es especialmente importante considerar que el sentimiento de pena (o de indefensión, o de miedo) que puede acompañar a la separación de la terapia y del terapeuta pueda ser interpretado como una recaída en lugar de como una reacción adecuada.
- Prever problemas futuros y estrategias de afrontamiento. Evidencias acerca de la capacidad del paciente para afrontar sus problemas sin ayuda, a partir de las situaciones a las que ha hecho frente en el curso de la terapia. Una estrategia recomendable puede ser preguntarse cómo hubiera respondido ante dichos problemas si no se

hubiera producido ningún cambio desde el inicio de la terapia, qué sería lo mejor que podría suceder a partir de ahora, y qué es lo que parece más probable, así como qué cosas o personas —diferentes del terapeuta— le podrían ser de ayuda si en un momento dado flaqueara.

- Definir condiciones de una nueva consulta y cuál es el procedimiento por el que debe hacerse (llamar directamente, consultar con su oncólogo...).

4. ELEMENTOS ESPECÍFICOS DE LA TERAPIA NARRATIVA CON PACIENTES CON CÁNCER

A través de la conversación terapéutica se exploran los *nudos* de significado narrativo que contienen las historias de los pacientes. Los nudos son áreas de la narrativa que tienen potencialidad de cambio a través de la exploración y el cuestionamiento, debido a que son especialmente relevantes para esa persona concreta en su situación particular de enfermedad. El problema que el paciente presenta como narrativa dominante (por ejemplo, «no puedo dormir», «temo una recidiva», «me da miedo hablar con mi mujer sobre lo que me asusta») es el punto de entrada para la conversación terapéutica (Sluzski, 1992).

En los pacientes con cáncer hay una serie de aspectos particularmente frecuentes a los que el terapeuta debe prestar atención (Rodríguez Vega et al., 2013), y que expone a continuación.

Desde la perspectiva de primera persona

— Fomentar la regulación emocional a través de la focalización del trabajo en el cuerpo. Esto puede significar trabajar con un paciente hiperactivado (inundación emocional) o hipoactivado, inhibido, o emocionalmente constreñido. El objetivo es restaurar el cuerpo como recurso para el crecimiento y la modulación emocional, en opo-

sición a que se trate de un lugar de daño o pérdida (Ogden, 2006).

Marta es una mujer de 37 años que acude, derivada desde oncología médica, para una valoración porque, desde hace una semana, nota opresión en el pecho, y sensaciones de adormecimiento del cuerpo desde los pies a la cabeza. Estos síntomas le impiden ir a trabajar, no duerme, acudiendo a urgencias sin saber que le está sucediendo.

— Explorar la biografía del paciente para entender cómo él o ella contestarían la pregunta «¿quién soy yo?». Breitbart et al. (2010) proponen que el cáncer modifica la respuesta a esta pregunta.

Por ejemplo, la pérdida de autonomía asociada a la enfermedad puede tener diferentes implicaciones para un paciente que, a través de una infancia de malos tratos, aprendió que depender de los demás es peligroso, que para otro paciente que se sintió querido cuando tuvo experiencias de vulnerabilidad o fragilidad en su vida. Esta última persona puede encontrar la pérdida actual de autonomía como una experiencia agradable, en el sentido de que fomenta la conexión con los seres queridos y la posibilidad de descubrir una forma diferente de posicionamiento en el mundo desde la experiencia de la enfermedad (Breitbart et al., 2010).

Desde la perspectiva de segunda persona:

— Explorar las relaciones significativas del paciente. Los seres humanos son seres relacionales que no existen en soledad. Por esta razón es importante incluir a la familia en los momentos clave del proceso psicoterapéutico y explicitar el trabajo que surge con ella en la relación terapéutica (Kissane y Bloch, 2002).

— Explorar el significado del duelo por la pérdida de la salud, la anticipación de la muerte y la inminente separación de los seres queridos (Worden, 2004), así como la transición del rol de «sano» al rol de «enfermo», de independiente a

dependiente, de cuidador a ser cuidado, de trabajador a pensionista. Los aspectos específicos alrededor de la adaptación funcional a la vida diaria, tales como el hecho de tener que caminar con muletas o llevar una colostomía, estarían incluidos aquí (Averill y Nunley, 1993; Schut et al., 2001).

Rosa es una mujer de 63 años, operada de un melanoma. Acude a consulta porque desde hace unos meses nota que «no soy la que era, yo antes ayudaba a todo el mundo, era fuerte... Ahora lloro». Se encuentra triste desde que le han diagnosticado un melanoma a su hija. Tiene una historia de muchas pérdidas, y sólo el hecho de pensar que su hija pueda ser la siguiente la desborda, teniendo muchas dificultades para hablar con ella y, recíprocamente, la hija para apoyarse en Rosa. (Rosa nos está planteando trabajar desde lo relacional las dificultades para hablar entre ellas, así como desde el cambio de rol —ahora la enferma es su hija—, además de la culpa familiar que sienten por la posible «transmisión del gen»).

Desde la perspectiva de tercera persona

— Explorar los cambios en los valores de la persona desde la enfermedad. ¿Qué aspectos del mundo de creencias del paciente cuestiona la enfermedad? Aquí nos referimos a temas existenciales básicos, como la libertad, la muerte, el sentido de la vida, la soledad y los cambios que afectan a lo nuclear de la identidad de la persona, a lo nuclear del self o «core» del self (Frankl, 1984). También tenemos que tener en cuenta las narrativas culturales que tanto el paciente como el terapeuta utilizan para construir sus historias y la imagen, a veces el estigma, que una sociedad determinada y en un momento histórico concreto sostiene sobre la enfermedad oncológica.

Laura es una mujer de 41 años diagnosticada de cáncer de mama. Acude derivada desde oncoginecología. Laura dice «ya no soy mujer, soy vieja, tengo la menopausia», «¿por qué a mí...? Yo no tengo antecedentes, me cuido... Algo malo habrá hecho en la vida para que me haya ocurrido,

no me merezco nada». (Laura habla desde el mundo de creencias que tienen que ver con el género, con el significado de ser mujer incorporado a través de las creencias dominantes de una sociedad determinada. También desde las creencias de la enfermedad como castigo ante una infracción).

Los elementos de significado clave identificados a través de este proceso pueden guiar al terapeuta a través de una serie de tareas, tales como:

- Explorar el significado de la enfermedad en el contexto de la biografía del paciente.
- Explorar el significado de temas existenciales, incluyendo el miedo a la muerte, la soledad y la dependencia. Algunos de estos temas pueden sufrir variaciones según el género o la cultura.
- Explorar el significado de relaciones significativas para el paciente, pasadas o presentes.
- Explorar la relación con el terapeuta y utilizar las oportunidades inherentes a la misma para establecer y mantener la relación terapéutica, así como vía de entrada a la exploración relacional.
- Explorar el significado del duelo, entendido como la pérdida de funciones que antes conservaba la persona, y las dificultades en la transición de rol.
- Entrenar en técnicas de regulación emocional, incluyendo mindfulness, auto-hipnosis, imaginación guiada y otras técnicas somatosensoriales, con el objetivo de aumentar la conciencia somática y focalizándose en los recursos sanos para regular las emociones, ocupándose de síntomas específicos (por ejemplo, dolor, náuseas o vómitos anticipatorios), o de la preparación para una prueba invasiva o una intervención quirúrgica.
- Inclusión en el proceso terapéutico de las personas significativas en la vida del paciente, con el objetivo de validar el estrés

emocional individual y familiar, facilitando la comunicación familiar, y ayudando a redefinir las relaciones en previsión del deterioro físico o la muerte.

Así, en cada intervención, el terapeuta debe tener en cuenta la posibilidad de:

- La participación de miembros de la familia, amigos u otras personas significativas en la conversación.
- Discutir los temas existenciales y de duelo.
- Trabajar con la conciencia somática en una de sus muchas formas.
- Ayudar a la reestructuración cognitiva a través de clarificaciones o confrontaciones sobre los patrones o las creencias que mantienen la narrativa de la depresión.
- Trabajar con la relación terapéutica.
- Mantener en foco en el descubrimiento y fortalecimiento de los recursos sanos del paciente.

Recientemente hemos publicado un manual de referencia que describe cómo la estrategia terapéutica se desarrolla a lo largo de las etapas del proceso terapéutico (Rodríguez Vega y Liria Fernández, 2012).

5. EJEMPLO DE CASO

5.1. Presentación del caso

Dina es una mujer de 32 años que fue derivada al programa de psicooncología, desde gineoncología, para valoración de cuadro de ansiedad.

En septiembre de 2012 le diagnosticaron un cáncer de útero y la operaron en diciembre de ese mismo año (histerectomía radical + linfadenectomía pélvica); cuando le dijeron que su tumor estaba relacionado con el virus del papiloma humano (HPV) «*me sentí culpable..., me lo merecía... No se lo dije a mis padres, les conté que tenía otro*

tumor diferente para que no me juzgaran”. Tras recibir el diagnóstico tuvo que llamar a su madre para que se hiciera cargo de su hijo, *«porque yo le exigía mucho, me enfadaba con él... No toleraba que me abrazara, no podía cuidarle»*. Dina cree que no es una buena madre. Además, dice que está preocupada por todo, que si su hijo le pide ir al cine o palomitas se enfada, todo le agobia. *«Ando como perdida, con mucho vacío, quiero estar bien»*. *«No puedo darle a mi hijo lo que necesita»*. *«Ahora no valgo nada, al quitarme el útero ya no puedo tener hijos, tendría que poder tener más hijos, crear una familia y ya no soy capaz... Nadie va a querer estar conmigo..., no sirvo como mujer»*. *«La culpa ha sido mía, el cáncer me ha hecho ver que no merezco nada, ya no puedo hacer nada...»*.

Dina nació en Albania. Sus padres emigraron a Estados Unidos cuando ella tenía 3 años, y la niña se quedó a cargo de sus abuelos y hermanos. Es la quinta de 6 hermanos, la mayor y la pequeña son chicas. La mayor emigró también a Estados Unidos y ella se marchó a España. Su hermana pequeña le sigue echando en cara que la dejó sola frente a sus hermanos. Se vino a España con 18 años, *«quería salir, huir de mis hermanos, de tener que casarme con el hombre que ellos decidieran, pues si no lo hacía, me pegaban... Mis padres nunca me defendieron frente a ellos»*. Cuando llegó a España comenzó a trabajar en Cruz Roja y a leer libros para aprender el idioma. Con 20 años conoció a su exmarido (él tenía entonces 39 años) y se casó con él. Convivieron con la madre de él. Al principio se sentía protegida, *«era como estar en familia»*. Después comenzó a maltratarla, hasta que Dina le denunció y se separó hace 3 años. Sigue en contacto con su exmarido por el hijo común de ambos. *«Cuando mi exmarido me pegaba, me acordaba de lo que decía mi madre de que todos los hombres son iguales»*. Actualmente convive con el niño y trabaja en la limpieza de una empresa.

Se considera una fracasada con su familia de origen y en la propia, en la pareja, como madre y como mujer.

Exploración psicopatológica

Consciente y orientada globalmente. Ansiedad importante. Disminución de la atención y concentración. Hiperalerta. Tristeza con tendencia al llanto. Sentimientos de rabia, de enfado y de vacío a raíz del cáncer, de incapacidad, de infravaloración como mujer y de culpa. Miedo. No presenta alteraciones sensorio-perceptivas. No presenta alteraciones del curso ni forma del pensamiento. Insomnio en ocasiones. No alteraciones de la alimentación. No refiere ideación de suicidio.

5.2. Formulación del caso

1. ¿Cuál es la queja? Motivo de consulta.

- Ansiedad.
- Tristeza.
- Irritabilidad.
- *Sentirse culpable.*
- *Sentirse mala madre.*
- *Sentirse fracasada.*
- *No ser mujer porque no puede tener más hijos.*
- Baja autoestima.
- Rechazo de relaciones de pareja por el miedo a repetir.

2. ¿Cómo se ha producido la consulta? Análisis de la demanda.

La ginecóloga, en la revisión de la cirugía, la encuentra angustiada y le ofrece acudir al programa de psicooncología, propuesta que ella acepta. El desencadenante ha sido el proceso oncológico, y que éste estuviera relacionado con un virus que se contagia tras tener relaciones sexuales.

3. ¿Cuál es el problema o problemas? Listado de problemas, fenómenos.

- *«Estoy pendiente de todo, no estoy tranquila»*.

- Cree que haber tenido un cáncer que se relaciona con un virus contagioso y con relaciones sexuales es un castigo y merece que le vaya mal en la vida.
- El no haber sido capaz de cuidar de su hijo durante la enfermedad la convierte en una mala madre, además de no haber conseguido tener una familia.
- El no poder tener más hijos tambalea sus creencias sobre ser mujer.
- Rechaza tener más relaciones de pareja porque cree que todos los hombres son iguales y la maltratarán o rechazarán.
- Si ella no se defiende, nadie lo hará por ella (hermanos, marido).

4. ¿Cómo, cuándo y con quién se ponen de manifiesto? Precipitantes.

El precipitante ha sido el diagnóstico de cáncer y la histerectomía.

La tristeza y ansiedad se ponen de manifiesto en la relación con su hijo y también con su madre, a la que tiene que pedir ayuda para cuidar de su hijo. Además, estos síntomas aparecen en el diálogo interno que mantiene consigo misma: «*soy una desgraciada, no sirvo para nada*». Con la ginecóloga, ante las revisiones, se acrecienta la ansiedad, y con la anticipación de evolución catastrófica de la enfermedad.

5. ¿Cuál es la secuencia de ideas, emociones, comportamientos y relaciones que implica? Estados mentales, defensas, modelos de relación.

La tristeza y sentimientos de enfado y minusvalía de Dina parecen ser la expresión de una pauta problema que surge de:

- La pérdida de la salud, y específicamente la pérdida del útero, que, por sus creencias de género en su cultura y familia de origen, tiene íntimamente conectada con la

identidad femenina. Ser mujer, para ella, está asociado con darle hijos a un varón y formar una familia. Perder esa posibilidad la invalida como mujer.

- La reactivación, a través de ese sentimiento de minusvalía, del sentimiento infantil de inutilidad, de ser alguien despreciable al que los hermanos pueden pegar y maltratar sin que merezca que nadie (la madre) la defienda. Esta pauta se repite con el marido y con la suegra. Se refuerza, también, su estereotipo de género con esta experiencia: «*todos los hombres son iguales*».
- La tristeza y el enfado con ella misma la incapacitan temporalmente para el cuidado de su hijo. La agresividad hacia el niño le genera sentimientos de culpa y acrecienta el sentimiento de no valía. Al mismo tiempo, la rabia la aparta del sentimiento de tristeza, le genera sentimientos transitorios de empoderamiento, y la distancia también de la pena ante la posible separación de su hijo.

Se propone iniciar el trabajo psicoterapéutico desde la revisión de su biografía y el cuestionamiento de las creencias de género que sostienen un discurso desvalorizador para ella.

6. ¿Por qué se perpetúan? Perpetuantes, refuerzos, ganancias.

Dina tiene pocos apoyos sociales. La enfermedad oncológica acrecienta su sentimiento de indefensión (miedo a la evolución negativa de la enfermedad y a las limitaciones físicas que pueda conllevar esto) y reactiva ese mismo sentimiento infantil.

7. ¿Cómo se originó históricamente? Desarrollo, biografía, perspectiva transgeneracional.

Los sentimientos de no ser valiosa como persona ni como mujer se iniciaron cuando ella era pequeña y sus padres nunca la defendieron frente

a sus hermanos; tampoco su suegra lo hizo frente a su hijo, cuando éste le pegaba. Siente que ella tampoco está siendo capaz de cuidar de su hijo, al igual que no lo hizo su madre con ella. Además, el que sus relaciones masculinas hayan sido de maltrato (hermanos y marido), junto con lo que su madre le dijo: «*todos los hombres son iguales*», le ha producido que rechace relaciones de pareja, y pensar que en el caso de que no fuera así «*me rechazarían por no poder formar una familia*». Desde su perspectiva de género, las relaciones de pareja o el matrimonio son para formar una familia; si no, no sirves como mujer.

8. ¿Qué facilitó su aparición o facilita su mantenimiento? Vulnerabilidad, déficits.

Ante la enfermedad aparecen sentimientos temidos por ella: inseguridad, y sentimientos de culpa y vergüenza. Al mismo tiempo, cuenta con pocos apoyos sociales.

9. ¿Qué puede facilitar el cambio? Recursos, fortalezas, oportunidades.

Dina es una mujer autónoma, independiente, que ha sido capaz de emigrar, de tomar sus propias decisiones y no permitir que otros las tomaran por ella (como el casarse en su país). Aprendió sola el idioma. Fue capaz de romper y denunciar a su pareja y de pedir ayuda a su madre cuando la ha necesitado.

10. ¿Cuáles son las expectativas respecto a la consulta? Realismo, límites.

Dina pide a la terapeuta que le ayude a recuperar la capacidad de cuidar de su hijo y sentirse con menos tristeza y ansiedad.

11. ¿Cuáles son los objetivos que se pueden plantear para la terapia? Definición operativa.

Ayudarle a conseguir mayor regulación emocional, lo que incluye una mayor tolerancia ha-

cia sentimientos de los que ella siempre ha huido, y mejoría de los síntomas de ansiedad y depresión.

Ayudarle a relacionarse de otra manera con su biografía y su mundo de valores, para que éstos no restrinjan, en tan alto grado, su sentimiento de capacidad y de amor por ella misma.

12. ¿Medios para conseguir cada uno de ellos? Factores terapéuticos, estrategias, técnicas.

Revisión de la biografía. Conversación entre terapeuta y paciente que busque los episodios relacionales a lo largo de su vida que hacen reactivar en ella ese sentimiento de indefensión y minusvalía. La terapeuta le ayudará a comprender de otra manera sus necesidades (ser «vista», atendida, valorada), sus miedos a las respuestas de los otros (agresividad y maltrato) y su propia respuesta a ellos (replegarse a las necesidades de otros y, en ocasiones decisivas para ella, rebelarse y huir ante el maltrato).

Revisión de las creencias de género, cuestionando aquellas que la llevan a estrechar sus miras como mujer y a sentimientos de minusvalía como madre.

Relación con la terapeuta. Establecer con la terapeuta una relación de aceptación y de validación no crítica, una relación entre iguales que le ayude a construir una imagen de sí misma como de alguien merecedor de ser bien tratado.

Entrenamiento en Mindfulness. Le ayudaría a detectar y tolerar emociones que ella considera negativas, aceptándolas sin juzgarse, y a tener una relación con ella misma de autocomprensión o autocompasión.

Movilización de apoyos y recursos sociales a través de la trabajadora social.

13. ¿Qué curso de la terapia prevemos? Pronóstico.

Durante las dos primeras sesiones Dina ha respondido con curiosidad e interés a la propues-

ta de trabajo de terapeuta. Su propia necesidad de ayuda le ayudará a implicarse en la terapia.

14. ¿Qué dificultades prevemos? En el paciente y en el terapeuta

Poder establecer una relación de exploración respetuosa de su mundo de creencias, sin imponerle el propio de la terapeuta.

Limitaciones que provengan de la evolución de la enfermedad y de su precaria situación socioeconómica.

5.3. Descripción del contrato

Dina, nos hemos visto en tres ocasiones y me has dejado conocer recuerdos dolorosos de tu vida, así como tu forma de valorarte, y todo aquello que tú piensas acerca de lo que tiene que ser o hacer una mujer.

Me parece también que nos hemos encontrado cómodas trabajando juntas, ¿es así? Estás triste después del diagnóstico del cáncer, has llegado a creer que, de alguna forma, te lo mereces por haber mantenido relaciones sexuales con otras parejas

distintas a tu exmarido, o por sentirte una persona sin valor. Creo que has tenido una vida dura que no te ha facilitado verte como alguien digno de ser cuidado y bien tratado. Tu experiencia de maltrato recibido de tus hermanos y de tu exmarido han influido en ello; quizá, también, las creencias acerca de lo que es una mujer que había en tu país y en tu familia. ¿Te parece que puede ser así? Por otra parte, has demostrado ser muy valiente huyendo de la relación de abuso de tus hermanos y de tu exmarido, y siendo capaz de criar sola a tu hijo.

Te propongo que nos veamos, primero, una vez a la semana, y después cada quince días, durante los próximos seis meses (entre quince a veinte sesiones), con el objetivo de ayudarte a que puedas hablarte de otra manera, con más aprecio y menos autoexigencia, a que encuentres de nuevo tus recursos y se vayan disolviendo esos sentimientos de tristeza. Lo haremos, si estás de acuerdo, explorando juntas tu vida pasada, las ideas que tienes sobre las mujeres, que te desvalorizan, y entrenando técnicas para ayudarte a regular las emociones, a detectarlas, aceptarlas y aprender a ir dejándolas pasar.

¿Qué te parece el trabajo que te estoy proponiendo? ¿Crees que puede encajar con la idea que tienes de lo que tú necesitas?

LECTURAS RECOMENDADAS

Rodríguez Vega, B., Bayón Pérez, C., Palao Tarrero, A. y Fernández Liria, A. (2013). Mindfulness-based narrative therapy for depression in cancer patients. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 28, 472-493.

Artículo de revisión, actualizado, sobre los elementos específicos de terapia narrativa y *mindfulness* en pacientes con cáncer.

Rodríguez Vega, B. y Fernández Liria, A. (2012). *Terapia narrativa basada en la atención plena para la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer, S.A.

Este es un libro fundamental y reciente, que recoge, desde la práctica clínica diaria, la aplicación de la

teoría de la terapia narrativa y la atención plena. También plantea herramientas para el/ la terapeuta.

El texto está dividido en tres partes o secciones principales. La primera sección se centra en la perspectiva teórica, e incluye, como importante para la construcción narrativa, la forma en la que la mente humana descansa, tanto sobre una base neurobiológica, lingüísticamente condicionada, como sobre una base interpersonal y social culturalmente determinada. También explica la convergencia entre atención plena y terapia narrativa, como una práctica no verbal que potencialmente es capaz de modificar las historias de vida de la persona.

La segunda parte del libro se centra en las narrativas de la depresión; se hace una descripción del pro-

ceso terapéutico, desarrollando en mayor profundidad algunas ideas ya presentes en libros anteriores (Fernández Liria y Rodríguez Vega, 2002; Fernández Liria y Rodríguez Vega, 2001). Podemos decir que se elabora un mapa para guiar al terapeuta hacia los lugares de transformación narrativa. Como terapeutas, buscamos desestabilizar narrativas rígidas, o flexibilizar ideas estereotipadas en el núcleo del malestar, pero no pretendemos conocer el lugar concreto al que ese proceso o mapa nos va a llevar. Es un mapa de método, pero no es el camino.

En la tercera sección se incluyen algunas técnicas útiles, así como información relevante para el proceso de formación como terapeutas y de investigación en esta forma de hacer terapia.

LeMay, K. y Wilson, K. G. (2008). Treatment of existential distress in life threatening illness: A review of manualized interventions. *Clinical Psychology Review*, 28, 472-493.

Este artículo es una revisión de las intervenciones estructuradas, dirigidas al tratamiento del estrés existencial, en las enfermedades que amenazan la vida. El artículo está dividido en varias secciones. La primera parte intenta definir el existencialismo y el significado del dolor existencial y el sufrimiento, lo que puede significar para cada persona y sus consecuencias sobre el final de la vida. La segunda sección está dedicada a una revisión de la literatura sobre las intervenciones

manualizadas y su eficacia y validación empírica; establece estructura y objetivos, los efectos de la intervención y el encuadre de cada una de ellas. Finaliza con una discusión sobre los factores comunes a todas ellas.

Kabat-Zinn, J. (2004). *Vivir con plenitud las crisis*. Barcelona: Kairós.

Es un libro muy práctico, cuyo objetivo es atender al momento presente, sin vivir en el futuro, que es incierto, o en el pasado, que no podemos modificar. Defiende la práctica de la atención plena y la meditación, como complemento del tratamiento médico, y el aprendizaje de cuidar de sí mismo. Ayuda a comprometerse de forma activa en el cuidado de la enfermedad y de sí mismo.

Snedker Boman, B. (2011). Narrative therapy. En M. Watson y D. Kissane (eds.), *Handbook of psychotherapy in cancer care* (pp. 69-77). Nueva York: Wiley.

Este manual revisa las aproximaciones psicoterapéuticas en psicooncología procedentes de diferentes orientaciones. Cuenta con un capítulo de terapia narrativa en oncología escrito por Snedker Boman, en el que se describen los fundamentos y, sobre todo, la aplicación práctica de la terapia narrativa, con ejemplos concretos y la exposición de la terapia narrativa aplicada a un caso clínico.

BIBLIOGRAFÍA

- Anderson, H. y Goolishian, A. (1992). The client is the expert. En S. McNamee y K. J. Gergen (eds.), *Therapy as Social Construction* (pp. 25-49). (Trad. Cast.: La terapia como construcción social. Barcelona: Paidós, 1996).
- Angus, L. E. y McLeod, J. (2004). Toward an integrative framework for understanding the role of narrative in psychotherapy process. En L. E. Angus y McLeod J (eds.), *The handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory and research* (pp. 367-374). London: Sage; 2004.
- Avdi, E. y Georgaca, E. (2007). Narrative research in psychotherapy: A critical review. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 80, 407-419.
- Averill, J. R. y Nunley, E. P. (1993) Grief as an emotion and a disease: A social constructionist perspective. En M. S. Stroebe, W. Stroebe y R.O. Hansson (eds.), *Handbook of bereavement: Theory, research and intervention* (pp. 77-90). Nueva York, NY: Cambridge University Press.
- Baer Ruth, A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review.

- Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 125-143.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1983). *Terapia Cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Berger, P. L. y Luckmann, T. (1933). *The Social construction of reality: A treatise in the sociology of knowledge*, Garden City, NY: Anchor Books.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D. y Carmody, J. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology Science and Practice*, 11, 230-241.
- Breitbart, W., Rosenfeld, B., Gibson, C., Pessin, H., Poppito, S., Nelson, C., Tomarken, A., Timm, A.K., Berg, A., Jacobson, C., Sorger, B., Abbey, J. y Olden, M. (2010). Meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: A pilot randomized controlled trial. *Psycho-Oncology*, 19, 21-28.
- Cebolla, A. y Miró, M. T. (2006). Eficacia de la Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena en el tratamiento de la depresión. *Revista de Psicoterapia*, 66/67, 133-157.
- Cepeda, M. S., Chapman, C. R., Miranda, N., Sánchez, R., Rodríguez, C. H., Restrepo, A. E., Ferrer, L. M., Linares, R. A. y Carr, D. B. (2008). Emotional disclosure through patient narrative may improve pain and well-being: results of a randomized controlled trial in patients with cancer pain. *Journal of Pain Symptom Management*, 35, 623-631.
- Chochinov, H. M., Hack, T., Hassard, T., Kristjanson, L. J., McClement, S. y Harlos, M. (2005). Dignity therapy: A novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. *Journal of Clinical Oncology*, 23, 5520-5525.
- Clandinin, D. J. y Connelly, F. M. (2000). *Narrative inquiry: Experience and story in qualitative research*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Davis, E. N. y Nolen-Hoeksema, S. (2000). Cognitive inflexibility among ruminators and non-ruminators. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 699-711.
- Ethinson, M. y Kleist, D. M. (2000). Review of narrative therapy. Research and utility. *The Family Journal*, 8, 61-66.
- Fernández Liria, A. y Rodríguez Vega, B. (2001). *La práctica de la psicoterapia: la construcción de narrativas terapéuticas*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Fernández Liria, A. y Rodríguez Vega, B. (2002). *Habilidades de entrevista para el psicoterapeuta*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Feros, D. L., Lane, L., Ciarrochi, J. y Blackledge, J. T. (2013). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for improving the lives of cancer patients: a preliminary study. *Psycho-Oncology*, 22, 459-464.
- Frankl, V. (1984). *Man's Search for Meaning*. Nueva York: Washington Square Books.
- Fresco, D. M., Frankel, A. N., Mennin, D. S., Turk, C. L. y Heimberg, R. G. (2002). Distinct and overlapping features of rumination and worry: The relationship of cognitive production to negative affective styles. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 179-188.
- Garssen, B. y van der Lee, M. (2011). Problems addressed during psycho-oncological therapy: a pilot study. *Journal of Psychosocial Oncology*, 29, 657-63.
- Gergen, K. J. y Kaye, J. (1992). Beyond narrative in the negotiation of human meaning. En S. McNamee y K. J. Gergen (eds.). *Therapy as Social Construction* (pp. 166-185), London: Sage.
- Glick, I. D. (2004). Adding psychotherapy to pharmacotherapy data, benefits and guidelines for integration. *American Journal of Psychotherapy*, 58, 186-208.
- Gonçalves, M. M., Ribeiro, A. P., Stiles, W. B., Conde, T., Santos, A., Matos, M., Carla Martins, C. y Santos, A. (2011). The role of mutual in-feeding in maintaining problematic self-narratives: Exploring one path to therapeutic failure. *Psychotherapy Research*, 21, 27-40.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. y Willson, T. (1999). *Acceptance and commitment therapy*. Nueva York: Guilford, 1999.
- Hotopf, M. y Chidgey, J. (2002) Depression in advanced disease: a systematic review: Part 1. Prevalence and case finding. *Palliative Medicine*, 16, 81-97.
- Kabat-Zinn, J. (1982). An out-patient program in Behavioral Medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4, 33-47.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness: The heart of rehabilitation. En E. Leskowitz (ed.), *Complementary and alternative medicine in rehabilitation* (pp. XIV-XV). Saint Louis: Churchill Livingstone.

- Kendall, P. e Imgram, R. (1989). Cognitive-behavioural perspectives: Theory and research on depression and anxiety. En P. Kendal y D. Watson (eds.), *Anxiety and depression: Distinctive and overlapping features* (pp. 27-53). Orlando, F. L.: Academic Press.
- Kissane, D. y Bloch, S. (2002). *Family Focused Grief Therapy: A model of family-centered care during palliative care and bereavement*. Buckingham and Philadelphia: Open University Press.
- Klerman, F. L., Rousanville, B., Chevron, E., Neu, C. y Weissman, M. M. (1984). *Interpersonal Psychotherapy of Depression (IPT)*. Basic Books.
- Ledesma, D. y Kumano, H. (2009). Mindfulness-based stress reduction and cancer: A meta-analysis. *Psycho-Oncology*, 18, 571-579.
- LeMay, K. y Wilson, K. G. (2008). Treatment of existential distress in life threatening illness: A review of manualized interventions. *Clinical Psychology Review*, 28, 472-493.
- Levitt, H. M. y Piazza-Bonin, E. (2011). An exploration of experiences and intentions underlying psychotherapy and the process of narration. *Psychotherapy Research*, 21, 70-85.
- Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive-behavioural treatment of borderline personality disorder*. Nueva York: Guilford.
- Linehan, M. M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. Nueva York: Guilford.
- Lloyd-Williams, M., Dennis, M. y Taylor, F. (2004). A prospective study to determine the association between physical symptoms and depression in patients with advanced cancer. *Palliative Medicine*, 18, 558-563.
- Luborsky, L. y DeRubies, R. J. (1984). The use of psychotherapy treatment manuals: A small revolution in psychotherapy research style. *Clinical Psychology Review*, 4, 5-14.
- Malan, D. H. (1983). *Psicoterapia individual y la ciencia de la psicoterapia*. Buenos Aires: Paidós.
- Massie, M. J. (2004). Prevalence of depression in patients with cancer. *Journal of National Cancer Institute Monographs*, 32, 57-71.
- McLeod, J. (1997). *Narrative and psychotherapy*. London: Sage.
- Meisel, Z. F. y Karlawish, J. (2011). Narrative vs. evidence-based medicine-And, not or. *JAMA* 306, 2022-2023.
- Miró Barrachina, M. T., Perestelo Pérez, L., Pérez Ramos, J., Giménez Molinero, S., Rivero Santana, A. y González Lorenzo, M. (2009). Eficacia de los tratamientos psicológicos basados en la Atención Plena en el tratamiento de la depresión y la ansiedad. Plan Nacional para el Informe de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: SESCO n.º 2007/11. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud; 2009. Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Musial, F., Büssing, A., Heusser, P., Choi, K. E. y Ostermann, T. (2011). Mindfulness-based stress reduction for integrative cancer care: A summary of evidence. *Forsch Komplementmed*, 18, 192-202.
- Newell, S. A., Sanson-Fisher, R. W. y Savolainen, N. J. (2002). Systematic Review of psychological therapies for cancer patients: overview and recommendations for future research. *Journal of National Cancer Institute*, 94, 558-584.
- Ogden, P., Minton K., Pain C., Siegel D. J. y van der Kolk, B. (2006). *Trauma and the Body: A Sensorimotor Approach to Psychotherapy*. Nueva York: Norton and Company.
- Osatuke, K., Reid, M., Stiles, W. B., Kasckow, J., Zisok, S., y Mohamed, S. (2011). Narrative evolution and assimilation of problematic experiences in a case of pharmacotherapy for schizophrenia. *Psychotherapy Research*, 21, 41-53.
- Polkinghorne, D. E. (2004). Narrative therapy and postmodernism. En L. E. Angus y J. McLeod (eds.), *The handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory and research* (pp. 53-68). London: Sage.
- Ribeiro, A. P., Bento, T., Salgado, J., Stiles, B. y Gonçalves, M. M. (2011). A dynamic look at narrative change in psychotherapy: A case-study using the State-Space Grids. *Psychotherapy Research*, 21, 54-69.
- Rodin, G., Katz, M., Lloyd, N, Green, E., Mackay, J. A. y Wong, R. K. (2007). Treatment of depression in cancer patients. *Current Oncology*, 14, 180-188.
- Rodin, G., Lloyd, N., Katz, M., Green, E., Mackay, J. A. y Wong, R. K. (2007). The treatment of depression in cancer patients: A systematic review. *Supportive Care in Cancer*, 15, 123-136.
- Rodríguez Vega, B., Bayón Pérez, C., Palao Tarrero, A. y Fernández Liria, A. (2013). Mindfulness-based

- narrative therapy for depression in cancer patients. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 28, 472-493.
- Rodríguez Vega, B. y Fernández Liria, A. (2012). *Terapia narrativa basada en la atención plena para la depresión*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Rodríguez Vega, B., Orgaz Barnier, P., Bayón, C., Palao, A., Torres, G., Hospital, A., Benito, G., Diéguez, M. y Fernández Liria, A. (2012). Differences in depressed oncologic patients' narratives after receiving two different therapeutic interventions for depression: a qualitative study. *Psycho-Oncology*, 21, 1292-1298.
- Rodríguez Vega, B., Palao, A., Torres, G., Hospital, A., Benito, G., Pérez, E., Dieguez, M., Castelo, B., Bayón, C. (2011). Combined therapy versus usual care for the treatment of depression in oncologic patients: a randomized controlled trial. *Psycho-Oncology*, 20, 943-952.
- Ryle, A. (1990). *Cognitive Analytic Therapy: Active Participation in Change*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Ryle, A. (1995). *Cognitive Analytic Therapy: Developments in theory and practice*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Sarbin, T. R. (ed.) (1986). *Narrative psychology: The storied nature of human conduct*. Nueva York: Praeger.
- Schut, H., Stroebe M. S. van den Bout, J. y Terheggen, M. (2001). The efficacy of bereavement interventions: Determining who benefits. En M. Stroebe, R.O. Hansson, W. Stroebe y H. Schut (eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care* (pp. 705-737). Washington, DC: American Psychological Association.
- Scott, M., Sellicka, B. y Crooksb, D. (1999). Depression and cancer: an appraisal of the literature for prevalence, detection and practice guideline development for psychological interventions. *Psycho-Oncology*, 8, 315-333.
- Segal, Z., Williams, M. y Teasdale, J. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapse*. Nueva York: Guilford Press.
- Shennan, C., Payne, S. y Fenlon, D. (2011). What is the evidence for the use of mindfulness-based interventions in cancer care? A review. *Psycho-Oncology*, 20, 681-697.
- Siegel, D. (1999). *The developing mind*. Nueva York: Guilford.
- Sluzski, C. (1995). Transformaciones: una propuesta para cambios narrativos en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 6, 53-70.
- Sluzski, C. (1998). Transformaciones: un esquema acerca de los cambios narrativos en la terapia. *Sistemas Familiares*, 14, 11-25.
- Strupp, J. J. y Binder, J. L. (1984). *Psychotherapy in a new key: A guide to time-limited dynamic psychotherapy*. Nueva York: Basic Books (Trad cast: *Una nueva perspectiva en psicoterapia*. Bilbao: Desclée De Brouwer, 1989).
- Teasdale, J. (1988). Cognitive vulnerability to persistent depression. *Cognition and Emotion*, 2, 247-274.
- Trask, P. C. (2004). Assessment of depression in cancer patients. *Journal of National Cancer Institute Monographs*, 32, 80-92.
- Vromans, L. y Schweitzer, R. (2011). Narrative therapy for adults with major depressive disorder: Improved symptom and interpersonal outcomes. *Psychotherapy Research*, 21, 4-15.
- Wallis, J., Burns, J. y Capdevila, R. (2011). What is narrative therapy and what is it not? The usefulness of Q methodology to explore accounts of White & Epston's (1990) approach to narrative therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18, 486-497.
- White, M. (2007). *Maps of narrative practice*. Nueva York: W.W. Norton & Co.
- Williams, J. M. (2010). Mindfulness and psychological process. *Emotion*, 10, 1-7.
- Wilson, K. G., y Luciano, M. C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso. Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.
- Worden, W. (2004). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia* (2.ª ed.). Paidós Ibérica.
- Zweig, B. T., Angus, L., Monette, G., Hollis-walker, L. y Warwar, S. (2011). Narrative and emotion integration in psychotherapy: Investigating the relationship between autobiographical memory specificity and expressed emotional arousal in brief emotion-focused and client-centered treatments of depression. *Psychotherapy Research*, 21, 16-26.

