

Introducción al abordaje transdiagnóstico “Método de Niveles” (MOL). Aplicaciones en población hispanoparlante

Introduction to the “Method of Levels” (MOL) transdiagnostic approach. Applications in Spanish-speaking population

Matías E. Salgado

Centro de Salud Mental N°1 Dr. Hugo Rosarios (GCBA), Buenos Aires, Argentina

Resumen: Método de Niveles (MOL) es un abordaje transdiagnóstico de Terapia Cognitivo-Conductual. Se basa en los aportes de los procesos transdiagnósticos, y en los principios de la Teoría del Control Perceptual (PCT): “control”, “conflicto”, y “reorganización”. En el contexto clínico, la aplicación directa de estos principios deriva en dos objetivos terapéuticos: (1) facilitar al consultante el proceso de exploración focalizada y detallada de un problema, (2) notar y explorar las “disrupciones”. En la implementación de MOL en una serie de consultantes hispanoparlantes, estos encontraron a MOL como un abordaje eficaz y eficiente, que facilitó una abierta exploración de problemas y experiencias, convirtiéndose en un medio para el autodescubrimiento y autocomprensión. Se presenta un breve ejemplo clínico. MOL es un abordaje parsimonioso que facilita el cambio terapéutico gracias a su sólido modelo psicopatológico y a su sencilla implementación. En la actualidad, MOL continúa acumulando pruebas que respaldan su efectividad y eficiencia psicoterapéutica.

Palabras clave: teoría del control perceptual, PCT, MOL, método de niveles, abordajes transdiagnósticos.

Abstract: Method of Levels (MOL) is a transdiagnostic approach to Cognitive-Behavioral Therapy. It is based on the contributions of transdiagnostic processes in psychotherapy, and

Matías E. Salgado es Lic. en Psicología (UBA), Psicólogo Clínico (MSAL). Especialista en Terapia Cognitiva (UNdMP). Psicólogo de Planta de Centro de Salud Mental N°1 Dr. Hugo Rosarios (GCBA). Terapeuta certificado de Método de Niveles (MOL) por la International Association for Perceptual Control Theory (IAPCT). Miembro de la IAPCT. Director Clínico de Re:Mind. Docente titular en la Especialización en Psicología Clínica de la Universidad de Flores (UFLO).

Para citar este artículo: Salgado, M. E. (2023). Introducción al abordaje transdiagnóstico “método de niveles” (MOL). Aplicaciones en población hispanoparlante. *Clínica Contemporánea*, 14(3), Artículo e19. <https://doi.org/10.5093/cc2023a15>

La correspondencia sobre este artículo deberá ser enviada a Matías E. Salgado. E-mail: matias.salgado@remindweb.com



Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND.

on Perceptual Control Theory (PCT) principles: “control”, “conflict”, and “reorganization”. In the clinical setting, the direct application of these principles results in two therapeutic goals: (1) to facilitate the process of a detailed and focused exploration of a problem to the client; (2) to notice and explore “disruptions”. When MOL was applied to a group of Spanish-speaking clients, they found MOL to be an effective and efficient approach, that facilitated an open exploration of their problems and experiences, MOL was also considered a means to self-discovery and self-knowledge. A brief clinical example is presented. MOL is a parsimonious approach to psychotherapy that facilitates therapeutic change thanks to its robust psychopathological model and simple implementation. Currently, MOL continues to accumulate evidence supporting its therapeutic effectiveness and efficiency.

Keywords: perceptual control theory, PCT, MOL, method of levels, transdiagnostic approaches

Diversos estudios han encontrado que la presencia de psicopatología en la población es considerable, y que merece de atención por las entidades públicas y privadas para dar respuesta adecuada de tratamiento (Layard, y Clark, 2014; OECD, 2021; Thornicroft et al., 2017; Wang et al., 2007; World Health Organization, 2022). Hace tiempo que la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) ha reunido una gran cantidad de evidencia demostrando sus resultados positivos a la hora de tratar los desórdenes mentales, y dando pruebas de sus aportes significativos, tanto para la salud mental, como para la salud en general. Aun así, en base a diversos estudios, referentes en la materia, tales como Hector Fernandez-Alvarez, y Stefan Hofmann, han señalado recientemente que los tratamientos TCC diagnóstico-específicos estarían arribando a un “límite natural” en cuanto a sus capacidades terapéuticas (Ali et al., 2017; Alsayednasser et al., 2022; Bhattacharya et al., 2023; Carpenter et al., 2018; Fernandez-Alvarez, 2022; Friberg, y Johnsen, 2017; Hofmann, 2022; Hofmann, y Hayes 2018; Hofmann, y Smits, 2008; Johnsen, y Friberg, 2015). Los sistemas clasificatorios definen más de 300 trastornos de salud mental, encontrándose en la práctica clínica un alto nivel de comorbilidad (Grzegorzółka, y Mansell, 2021). Esto representa un desafío para los/las terapeutas que enfrentan dificultades considerables para definir parámetros de tratamientos que puedan cubrir las necesidades de cada uno de sus consultantes (Hofmann, 2022; Grzegorzółka, y Mansell, 2021). No obstante, diversas investigaciones han revelado que los trastornos mentales comparten factores comunes cuando se los comprende desde la perspectiva de los procesos cognitivos y conductuales involucrados (Harvey, Watkins, Mansell y Shafran, 2004). Por lo tanto, las dificultades para poder abordar diferentes desordenes de una manera más eficiente podrían llegar a ser superadas en parte, al reorientar los tratamientos sobre la base de las contribuciones aportadas por los procesos transdiagnósticos (Cuijpers et al., 2023; Fernandez-Alvarez, 2022; Hofmann, 2022; Hofmann y Hayes 2018; Mansell, 2018; Mansell et al., 2012; Newby et al., 2015).

Procesos Transdiagnósticos

Los procesos transdiagnósticos son un hallazgo que surge hace casi dos décadas atrás, principalmente de la mano del trabajo seminal de Allison Harvey, Edward Watkins, Warren Mansell, y Roz Shafran (2004): “*Cognitive Behavioural Processes across Psychological Disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*”. Esta investigación realiza un sólido estudio empírico señalando que existen una serie de procesos o estilos cognitivos y comportamentales presentes y compartidos por diferentes desórdenes mentales. Estos procesos son los mecanismos responsables de mantener y/o exacerbar la psicopatología. Sobre esta base, los investigadores encontraron que los abordajes psicológicos se beneficiarían al orientar sus tratamientos solamente a estos procesos, más allá del trastorno-específico en que se encuentren presentes.

La perspectiva transdiagnóstica ha alcanzado un alto impacto, tanto en la investigación como en la práctica clínica (Dalglish et al., 2020; Mansell, 2008a; Mansell y Carey, 2014). Desde su aparición, y a lo largo de

estas dos décadas, se han desarrollado diferentes focos de investigación sobre los procesos transdiagnósticos. Uno de ellos buscaba la forma de simplificar estos aportes de manera tal de que se pudieran aplicar de una manera sencilla y parsimoniosa en la práctica clínica. Así es como esta línea de investigación ubicó la existencia de un *proceso central*, una suerte de “denominador común” a todos los procesos transdiagnósticos, con la capacidad de explicar al resto de los procesos cognitivos y de comportamiento. ¿Cuál es este proceso? El proceso central se trata del “*control de la percepción*” (Alsawy et al., 2014; Mansell, 2018; Mansell y Carey, 2009) o, dicho de otro modo, el “*control de la experiencia*”, ya que como señala Powers (1998) la percepción “es sencillamente, el mundo de la experiencia”.

Teoría del Control Perceptual (PCT)

Al ubicar al *control de la experiencia* como proceso central de todos los problemas de salud mental, los mismos investigadores también encontraron que ya existía un modelo teórico y funcional que, desde hacía bastante tiempo, se había ocupado de explicar en detalle al *control* como proceso psicológico fundamental. Ese modelo es la Teoría del Control Perceptual (PCT por sus siglas en inglés de Perceptual Control Theory). La PCT fue desarrollada inicialmente por William T. Powers a partir de los años '50 (Mansell, 2021; Mansell y Carey, 2015). Este modelo conceptual ha recibido la aprobación y el respaldo de diversos referentes en el mundo científico tales como Carl Rogers, Charles Carver, y el mismo Thomas Kuhn (Mansell, 2008b). Incluso Aaron Beck le ha señalado a William T. Powers lo siguiente: “Debes saber que siempre he considerado que la PCT encaja en la categoría de terapias cognitivo-conductuales. El enfoque tiene mucho para ofrecer a los demás tratamientos de esta categoría.” (A. T. Beck, comunicación personal, 26 de octubre de 2009). La PCT cuenta con un extenso conjunto de investigaciones que brindan evidencias de la utilidad y aplicabilidad de sus postulados (Forssell, 2016; Mansell, 2020, 2021; Mansell et al., 2023; Marken, 2021; Powers, 1992; 2005; Powers et al., 2016; Runkel, 2003).

La PCT postula tres principios que explican el funcionamiento de los seres vivos: *el control, el conflicto, y la reorganización*. Estos principios tienen la capacidad de dar cuenta y explicar tanto el funcionamiento normal como el patológico en los seres humanos.

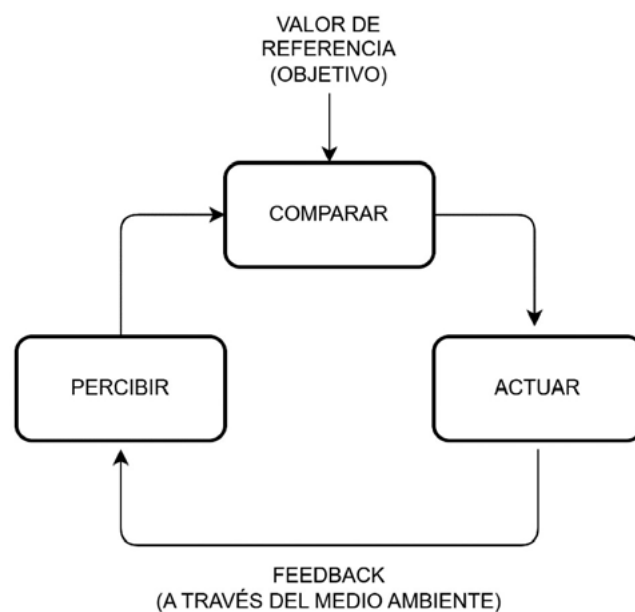
1º Principio: Control

La PCT propone que la vida se trata de controlar aquellas variables que son importantes para nosotros. Estas variables pueden comprender, desde cuestiones fisiológicas tales como la temperatura de nuestro cuerpo, el nivel de glucosa en sangre, etc., hasta aspectos psicológicos tales como el estado de nuestras relaciones familiares, de amistad, de pareja, nuestra proyección laboral, o nuestra situación económica. Estamos constantemente percibiendo el estado de estos aspectos que nos resultan importantes, y los comparamos continuamente con nuestros “valores de referencia” o “estados deseados”. Según la PCT, los seres humanos vivimos controlando estas variables a través de una serie continua, la cual está conformada por tres procesos:

- (1) *Percibimos* desde nuestro entorno el estado de la variable en cuestión,
- (2) *Comparamos* dicha variable con nuestros “valores de referencias” o “valores deseados”,
- (3) *Actuamos* en el medio ambiente para conseguir que el estado de la variable llegue a encontrarse como quisiéramos, es decir, que sea similar al “valor de referencia”.

Pasamos a describir este proceso con un ejemplo. Si nos encontramos manejando un auto por la autopista, (1) *percibimos* la posición de nuestro auto en el carril por el cual conducimos. (2) *Comparamos* esta posición percibida con nuestra referencia de donde debería estar nuestro auto, supongamos que la posición deseada sea: “en el centro del carril”. (3) Si existe una diferencia entre la posición percibida y la deseada (o de referencia), *ejercemos acciones* en el volante para que nuestra percepción de la posición de nuestro auto llegue a ser: “auto posicionado en el centro del carril”. De esa manera la percepción coincide con el valor de referencia.

Figura 1. Esquema basado en Mansell et al., (2012). Percibir, comparar y actuar son los tres procesos que conforman el control.



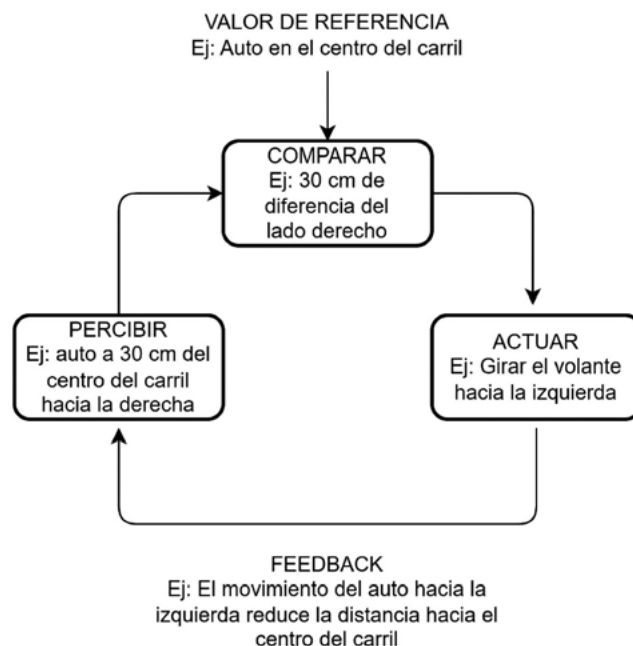
Esta secuencia, compuesta por los procesos de *percepción*, *comparación*, y *acción* es continua (Powers, 1998). En ese sentido, *la acción* se conecta con la *percepción* por medio de una *retroalimentación o feedback negativo* a través del medio ambiente. Esto refiere a que las acciones que llevamos adelante, las realizamos en el medio ambiente, y al implementarlas modifican nuestras percepciones. Retomando el ejemplo anterior del auto en la autopista, cuando percibimos una diferencia entre la posición actual y la de referencia (“en el centro del carril”), y giramos el volante hacia el centro del carril, la distancia entre el auto y el centro del carril se va reduciendo (Figura 2). Cuanto más se reduce esa distancia, inclinamos menos el volante, hasta llegar al punto en que no es necesario inclinarlo más. Esto sucede cuando el auto se encuentra en el centro del carril, es decir que ha alcanzado el objetivo o valor de referencia. El desplazamiento del auto, y, por ende, la reducción de su distancia respecto al centro del carril ocurre en el medioambiente. Es gracias a la retroalimentación negativa entre nuestras acciones, el medioambiente y nuestras percepciones que podemos controlar nuestras experiencias.

Como señalábamos arriba, al tratarse de un proceso de control que se desarrolla en una secuencia continua en bucle (“loop”), las *acciones* tienen la función de controlar las *percepciones* a través de una retroalimentación negativa, para que logren coincidir con las *referencias*. Es en base a esta conceptualización que la PCT afirma que “la conducta es el control de la percepción” (Powers, 2005). Por ejemplo, si una persona se siente alejada de sus amistades, y esto es algo que no desea, con una conducta como la de “reunirme con mis amigos a tomar un café” puede conseguir percibirse más cercana a ellos. Incluso, si aún se siente “algo distanciada”, puede luego invitarlos nuevamente, “pero esta vez a mi casa para conversar cosas más personales”. Esto modificará todavía más su percepción de cercanía con ellos. De este modo, puede seguir llevando adelante acciones hasta alcanzar el “punto justo de proximidad” que quiera tener con sus amistades.

2º Principio: Conflicto

A pesar de que llevamos adelante acciones para controlar nuestras experiencias, existen momentos en que quisiéramos que una misma experiencia sea de dos (o más) maneras distintas a la vez. Esto sucede cuando

Figura 2. Esquema basado en Mansell et al., (2012). Ejemplo de control de la posición de un auto en el carril, a través de los procesos de percibir, comparar y actuar.



queremos alcanzar al menos dos objetivos que son incompatibles entre sí, por medio de la misma experiencia. Por ejemplo, si un individuo quisiera dedicarles más tiempo a sus amistades para sentirme más cercano a ellas, pero a su vez desea dedicarle ese mismo tiempo a su desarrollo profesional. Cualquier conducta que lleve adelante, tanto relacionada con dedicarle tiempo a sus amistades, o con dedicárselo a su trabajo, se va a interponer con alguno de sus dos objetivos. Dicho de otro modo, si les dedica tiempo a sus amistades no podría cumplir con su objetivo de dedicarle más tiempo a su trabajo, y viceversa. La PCT conceptualiza a este problema a través del principio llamado *conflicto*. Como se señalaba anteriormente, el conflicto surge cuando una persona intenta controlar simultáneamente objetivos que son incompatibles entre sí, en la misma experiencia. Si el conflicto perdura en el tiempo y se cronifica, reduce la capacidad de control sobre nuestras experiencias. Para la PCT el conflicto es una de las principales razones por la que surge el malestar psicológico.

Jerarquía o Niveles Perceptuales

En nuestro día a día, las personas controlamos una enorme cantidad de variables. Desde el preciso movimiento de nuestras manos al pelar la cáscara de una manzana, pasando por la compleja secuencia de acciones que nos permiten llegar a tiempo a distintos compromisos, hasta el sentido que tiene para nosotros lo que hacemos en nuestras vidas. Pero ¿cómo es que logramos controlar enormes cantidades y tipos de variables sin entrar en conflicto? De hecho, controlamos una enorme cantidad de objetivos muchas veces en forma “automática”, es decir, sin que nuestra atención consciente esté puesta en ello. La PCT propone que las personas contamos con una jerarquía de objetivos, que se organizan en diferentes “niveles” perceptuales. Esto nos permite controlar distintos tipos de objetivos, deseos, necesidades, metas, prioridades, etc., que pueden ser tanto concretas como abstractas, y tanto de corto, mediano, como de largo plazo. Las percepciones más concretas, ligadas a las *intensidades, sensaciones, configuraciones, transiciones, eventos, relaciones, categorías, y secuencias*, se encuentran en los niveles inferiores, y las más abstractas, ligadas a las *programas, principios y sistemas*

conceptuales, se encuentran en los niveles superiores (de Hullu, 2023). Es por esto por lo que, por ejemplo, puede resultar tan natural postergar algunos objetivos de corto plazo por objetivos de largo plazo, como tal vez, sostener compromisos laborales en lugar de quedarnos viendo series en el sillón por horas y horas. No nos resultaría nada raro tampoco, por ejemplo, ayudar a una persona que se cae en la calle, o que esté perdida, por más que el hecho de ayudarla implique una pérdida de tiempo o un esfuerzo, dado que muchos valoramos el poder ayudar a los demás y apreciamos vivir en una sociedad solidaria. Ningún nivel es más “importante que otro”, pero los niveles superiores establecen las referencias, objetivos, o valores deseados, de los niveles inferiores. Entonces, si una persona valora la “honestidad”, esto influirá en las acciones que considere necesarias para sentirse lo suficientemente honesto. Por ejemplo, si esta persona se encuentra en una situación donde halla el teléfono móvil de un tercero en la calle, sus conductas buscaran mantener su nivel de honestidad dentro de los valores deseados (por ejemplo, devolviendo el móvil a su dueño en lugar de quedárselo).

Esta organización en niveles perceptuales, sin embargo, no impide que exista una potencialidad de que ocurran conflictos entre objetivos (Mansell, 2018). Por ejemplo, imaginemos a alguien que quiere tener una relación más cercana con su padre, y al mismo tiempo quiere resguardar su independencia. Si al acercarse a su padre siente que su independencia se ve menoscabada, ocurrirá un conflicto entre objetivos en el mismo nivel. Al querer percibir “una relación cercana o de intimidad padre-hijo” también percibirá en ese mismo nivel una “pérdida de independencia”. Es decir, si toma acciones para percibir “mayor independencia” percibirá también “una relación padre-hijo distante”, por lo que un objetivo entra en contradicción con el otro. Si la persona no encuentra una manera de resolver este dilema, el conflicto se vuelve crónico provocando malestar emocional.

Control inflexible o arbitrario

Entonces, ¿cómo es posible resolver el conflicto crónico? Suele suceder que en el intento de encontrar una solución las personas se inclinan por un “lado del conflicto”, desatendiendo al otro. Es decir que solo consideren uno de sus dos objetivos desatendiendo al segundo. Tomando el ejemplo anterior sobre la sensación de independencia y la relación padre-hijo, un individuo podría controlar su experiencia de manera inflexible dándole importancia únicamente a la “independencia”, y desatendiendo a la importancia que tienen para sí misma una “relación cercana padre-hijo”. Esto es lo que se describe como *control arbitrario*, o *control inflexible*. El control arbitrario ocurre cuando la persona posee una consciencia reducida acerca del impacto que tiene para el resto de sus objetivos, valores, principios, necesidades, o ideales, el hecho de controlar sus experiencias de esa manera (Mansell et al., 2012). Bajo esta mentalidad, la persona solo es consciente de un conjunto parcial de percepciones, no siendo plenamente consciente de otro conjunto de percepciones involucradas en el problema, que también son significativas para la persona, y que son piezas importantes para poder resolver el conflicto.

Se ha observado que los conceptos de *conflicto de objetivos* (goal conflict), *ambivalencia de metas* (goal ambivalence), *discrepancia del yo* (self-discrepancy) y *concordancia del yo* (self-concordance), han sido abordados en investigaciones previas dentro de distintos dominios, presentando bases teóricas, vocabulario y enfoques de evaluación independientes. No obstante, todos estos términos hacen referencia a diversas formas de conflicto entre los distintos tipos de objetivos, metas, o valores que una persona pugna por alcanzar (Kelly et al., 2015).

3º Principio: Reorganización

La PCT propone que, ante conflictos entre objetivos, es necesario que la persona pueda enfocar a un proceso de cambio llamado “reorganización” tanto sobre el nivel perceptual donde ocurre conflicto, como en todas las percepciones involucradas a este (sobre todo en los niveles superiores ya que estos establecen los valores de referencia). De esta forma, la *reorganización*, que es un proceso de aprendizaje de “prueba y error”, consigue “toparse” con soluciones novedosas para problemas o conflictos que no cuentan con una solución predetermi-

nada (Carey, 2006; Marken y Carey, 2015; Powers, 2005; Runkel, 2003). Los diferentes modos en los que se presentan los conflictos que podrían necesitar de un proceso de reorganización, se describen a continuación:

- Cuando una persona se enfrenta a elegir entre dos opciones las cuales le parece igualmente atractivas, interesantes, o importantes, pero que resultan incompatibles entre sí (A o B). Por ejemplo, elegir estudiar una sola carrera, cuando existe un interés en dos o más carreras.
- Cuando una persona desea algo, y a la vez no lo desea (A y no A). Por ejemplo, dejar de fumar para cuidar su salud, pero a la vez no querer dejar de fumar por las sensaciones placenteras que el fumar le genera; o por ejemplo, querer hablar de sus problemas para sentirse mejor, pero a la vez no querer hablar de ellos para no sentirse expuesta.
- Cuando una persona se siente entre “la espada y la pared” frente a dos opciones que le resultan desfavorables (ni A, ni B). Por ejemplo, cuando alguien plantea que no quiere seguir estando en pareja, pero a la vez no quiere estar soltero; o, cuando alguien no desea continuar en su trabajo, pero tampoco desea correr el riesgo de cambiarlo por otro.

Ante este tipo de *conflictos* no existe respuesta predeterminada. Por lo tanto, se requiere de soluciones novedosas que provengan de las singularidades de los objetivos de los niveles superiores de cada persona (por ej.: de sus deseos, valores, ideales, prioridades, metas, objetivos, o principios). Para que esto suceda, es necesario que la consciencia pueda mantenerse enfocada en todas las percepciones involucradas por el tiempo suficiente, para que este proceso de ensayo y error encuentre una solución novel, “que funcione” para esa persona en particular. Es decir que el cambio se trata de un proceso de aprendizaje, que va de “adentro hacia afuera” (“inside out”).

Dada la naturaleza aleatoria de este proceso de cambio, es habitual que las personas no logren obtener los resultados más efectivos en el primer intento. En cambio, suelen alcanzarlos después de realizar una serie de ensayos y errores. Este es un aspecto importante ya que comprende un proceso de mejoría que no es “lineal”. Cuando el proceso de reorganización se enfoca en el conflicto, las cosas pueden “empeorar antes de mejorar”. Sin embargo, al permitirle a este proceso hacer cambios por el tiempo suficiente, las personas deberían eventualmente alcanzar mejoras significativas (Mansell, 2021). Esto refleja los motivos por los cuales el proceso de cambio en psicoterapia no se desarrolla de manera lineal. Este, más bien, es impredecible, como lo han observado también otros investigadores (Hayes et al., 2007).

Se encuentran disponibles detalladas y extensas explicaciones de estos principios de la PCT en la literatura científica (Forssell, 2016; Mansell, 2020; Mansell, 2021; Marken, 2021; Powers, 1992, 2005; Powers et al., 2016; Runkel, 2003).

Método de Niveles (MOL)

Es de la comprensión de los procesos transdiagnósticos, y de la aplicación directa de los principios de la PCT que nace “Método de Niveles” (MOL por sus siglas en inglés Method of Levels). La terapia Método de Niveles (MOL) fue desarrollada principalmente por William Powers, Tim Carey, Sara Tai y Warren Mansell, entre otros (Carey, 2006; Carey et al., 2015; Mansell et al., 2012; Powers, 2009). ¿Qué es Método de Niveles (MOL)? MOL es un abordaje transdiagnóstico de Terapia Cognitivo Conductual (TCC), basado en la evidencia, efectivo, eficiente, flexible, y guiado por el paciente (Mansell, 2018; Salgado, 2021b).

MOL se basa en los anteriormente mencionados principios de la PCT: *control*, *conflicto*, y *reorganización* (Mansell, 2021). Se han realizado extensas explicaciones y descripciones de MOL que se encuentran disponibles en la literatura científica (Carey, 2006; Carey, 2016; Carey et al., 2015; Griffiths et al., 2018; Griffiths, Mansell, Carey, et al., 2019; Griffiths, Mansell, Edge, et al., 2019; Griffiths, 2023; Grzegorzółka et al., 2019; Macintyre et al., 2021; Mansell, 2021; Mansell et al., 2012; Powers, 2009; Runkel, 2003).

Basada en los principios de la PCT, la terapia MOL plantea que, mientras en nuestra vida aquellos aspectos que son importantes para nosotros se encuentran “como queremos” - o en su “punto justo” (“just right”)- nos sentimos bien. Para cada persona, lo que resulta importante puede tratarse naturalmente de algo diferente. Podría ser, por ejemplo: cómo quiere una persona que se encuentre su trabajo, su carrera, su familia, su relación

de pareja, su situación económica, dónde quiere vivir, cómo quiere pasar sus vacaciones, su fin de semana, el nivel de ejercicio físico que desea tener, o el nivel de entretenimiento que le parece óptimo para divertirse, etc. Estos aspectos pueden ir de lo más concreto a lo más abstracto, de lo más simple a lo más complejo. Es decir, pueden ir desde la comida que una persona elige para cenar hoy (concreto), pasando por cómo quiere que sea su alimentación en general, llegando hasta cuánto valora cuidarse a sí misma (abstracto). Cuando alguna de las cuestiones que son importantes se empiezan a correr de ese “punto justo”, y al mismo tiempo la persona pierde la capacidad de controlarlas, para llevarlas nuevamente a su estado deseado (y que se mantengan así), es allí cuando emerge el sufrimiento psicológico. El malestar emocional aparece cuando una persona no puede hacer que las cosas sean como desea, es decir, cuando no logra tener un control sobre sus experiencias relacionadas con objetivos significativos. Cuando hablamos de capacidad de “control”, nos referimos aquí a un control “satisfactorio” y flexible, y no a un control rígido, arbitrario o inflexible, que es el significado tal vez, erróneamente más frecuentemente atribuido a la hora de hablar de “control”. Como se describía anteriormente en la secuencia: (1) *percepción*, (2) *comparación*, (3) *acción*, las personas controlan los aspectos que le resultan importantes. Perciben cómo se encuentran estos aspectos, los comparan con cómo quieren que se encuentren idealmente, y si existe alguna diferencia entre la referencia y la percepción presente, implementan conductas para que esa diferencia sea “cero”. Cuando las personas se encuentran en *conflicto*, pierden capacidad de control sobre aspectos importantes para su vida, y pueden llegar expresar, por ejemplo, que por un lado quieren enfrentar sus miedos, pero al mismo tiempo quieren sentirse seguros y resguardados, y justamente no sentir miedo. Los/las consultantes que presentan este tipo de conflictos suelen referir sentirse “estancado/as”, “anclado/as”, que no pueden “avanzar”, que se “boicotean”, etc. Esto refleja cómo el conflicto se ha cronificado, y entonces se requiere de ayuda para resolverlo y facilitar el proceso de reorganización.

La combinación de los principios de la PCT permite conformar una aplicación terapéutica sencilla y parsimoniosa, la terapia Método de Niveles (MOL). En MOL, el/la terapeuta tiene *solo* dos objetivos generales. Primero, el de ayudarle al consultante a enfocarse profundamente y en detalle en el problema que este quiera trabajar, al punto tal de que pueda percibir e identificar todos los aspectos conflictivos que se encuentran en juego. Este es el trabajo sobre el *foco* de la conciencia. El terapeuta realiza preguntas basadas en la curiosidad acerca del problema que el/la consultante quiere tratar, de manera tal de facilitar que su atención y su consciencia se mantengan enfocados en el problema, y “visualicen” todos los aspectos importantes relacionados con este.

Por ejemplo, si un consultante dice: “*No sé si quiero cambiar de trabajo*”, el/la terapeuta puede realizarle alguna de las siguientes preguntas con el fin de focalizar y explorar el problema:

“*¿Cómo se siente no saber si querés cambiar de trabajo?*”

“*¿Qué implicaría cambiar de trabajo?*”

“*¿Qué te hace dudar?*”

“*¿Te lo estás preguntando justo ahora?*”

“*¿Hace cuánto que no sabés si cambiar de trabajo?*”

“*¿Pensás seguido en si cambiar o no de trabajo?*”

“*¿Te molesta no saber? (en caso de que responda que si le molesta) ¿Qué te molesta de no saber?*”

“*¿Me podrias contar un poco más sobre lo que te hace dudar?*”

Es importante notar cómo, en MOL, el/la terapeuta realiza preguntas partiendo de la forma en que la persona está expresando el problema, sin asumir, interpretar o juzgar. De esta manera facilita la exploración en profundidad de las dificultades del consultante desde el momento presente, es decir, el/la consultante logra ganar consciencia de la experiencia presente de ponerse en contacto con sus dificultades. Este es un aspecto central, ya que desde la PCT se comprende que el control de las experiencias se da en el presente (Mansell et al., 2012; Salgado, 2022).

A medida que la consciencia se concentra en un problema emergen espontáneamente percepciones, que se relacionan de manera significativa con el problema en cuestión, pero que se encuentran “en el margen de la conciencia”. Cuando esto sucede, el/la terapeuta puede notar en la persona que, al mismo tiempo en que se encuentra explorando un problema, presenta expresiones tanto verbales como no verbales, que potencialmente indican que ha aparecido un pensamiento en el margen de la conciencia (incluyendo recuerdos, imágenes

mentales, sensaciones corporales, impulsos, sentimientos, etc.) (Carey, 2006; Carey et al., 2015). Las disrupciones se observan cuando la persona, por ejemplo, hace una pausa, sonrío, mueve la cabeza repentinamente, aparta la mirada, o comienza a tener dificultades para expresar una palabra, o la repite varias veces, o suspira, o dice algo que no encaja exactamente con lo que estaba expresando justo antes, o de repente empieza a experimentar sensaciones corporales y/o emociones. MOL conceptualiza a las percepciones que aparecen en el “borde de la conciencia” como “*disrupciones*”. Reconocer el fenómeno de *las disrupciones* les permite a los/ las terapeutas comprender y apreciar cómo el contenido de la conciencia varía -o puede variar- en cualquier momento (Carey, 2006). Las disrupciones permiten que la conciencia se desplace por una serie de percepciones que guardan relación significativa con el conflicto, pero que la persona no ha explorado lo suficiente. Los pensamientos que se encuentran en el foco de la conciencia se consideran que representan actividad en un nivel perceptual, mientras que los pensamientos en el “margen de la conciencia” suelen representar desarrollos que provienen de otro nivel perceptual, usualmente superior (Carey, 2006). Cuando el/la terapeuta realiza preguntas basadas en la curiosidad, que permiten explorar las disrupciones apenas estas suceden, facilita que ese pensamiento que se encuentra en “segundo plano” pase al foco de la conciencia, permitiendo que la conciencia se desplace entonces a percepciones de un nivel superior. Este es el objetivo esencial de MOL (Carey, 2006). Desde la PCT se comprende que es este proceso el que ayuda a las personas a ser más conscientes de sus objetivos internos, valores, metas, deseos; de cómo es que estos entran en conflicto; y también les ayuda a desarrollar nuevas perspectivas, para recuperar el control flexible y facilitar el cambio psicológico (Carey, 2006; Cannon et al., 2020).

Tal como Aaron Beck señalaba la importancia de preguntar por los pensamientos automáticos (Beck et al., 1992), en MOL, el/la terapeuta se ocupa de notar y explorar las *disrupciones*. Es importante señalar que, a diferencia de preguntar solamente sobre aspectos intelectuales o abstractos clásicos del cuestionamiento socrático, en MOL el/la terapeuta incluye preguntas “experienciales”. Estas preguntas le brindan la oportunidad al consultante de conectarse con sus emociones, permitiendo que procesos abstractos pasen a ubicarse en la conciencia, en el momento presente, y con su afecto concomitante (Mansell et al., 2012). Las *disrupciones* se convierten en oportunidades clave para realizar este tipo de preguntas. En la sesión, desde su comienzo hasta su fin, el/la terapeuta se encuentra atento/a a notar, captar y facilitar que las percepciones involucradas en las *disrupciones* puedan pasar “al primer plano de la conciencia”. Esto permite “ampliar la conciencia” acerca del conflicto que la persona no ha logrado resolver hasta el momento. En este sentido, en MOL, el/la terapeuta trabaja con la movilidad de la conciencia, prestando mucha atención a los cambios de foco que se van produciendo en ella a medida que se explora un problema. Estos cambios de foco de la conciencia pueden permitir percibir aspectos importantes del problema que puede provenir de niveles perceptivos superiores (o inferiores, o incluso del mismo nivel perceptual). Estos aspectos suelen ser evitados, desatendidos, o pasados por alto por la persona, pero se convierten en piezas claves para reorganizar el conflicto. En el proceso, la conciencia logrará enfocar su atención simultáneamente en los dos (o más) objetivos en conflicto, y luego podrá “visualizar” todos estos aspectos del conflicto desde objetivos de nivel superior para poder resolverlo.

Las *disrupciones* pueden notarse tanto en el discurso como en la conducta. Por ejemplo, si el paciente enfatiza una palabra con un tono particular dándole un significado especial, por ejemplo: “esa no es una función *mía*”, o si hace un comentario evaluativo sobre lo que está expresando, por ejemplo: “Quiero llamarla y decirle lo que siento... me escucho ahora y *me parece una locura*”, o si el paciente realiza un gesto espontáneo fruto de algún afecto “Cada tanto tengo este tipo de crisis (*ríe espontáneamente al finalizar la frase*)”. El/la terapeuta no deja pasar estas disrupciones, ya que, si lo hiciera, las percepciones involucradas se alejarían de la conciencia rápidamente. Recordemos que se encuentran en el margen de la conciencia, por lo que si el/la terapeuta no pregunta acerca de ellas rápidamente se desvanecerán.

Tomando los tres ejemplos incluidos arriba, el/la terapeuta puede realizar alguna de estas preguntas:

Ejemplo 1. Consultante: “Esa no es una función *mía*”

T: “¿Qué te llevó a remarcar que no es una función *tuya*?”

T: “¿Qué te hizo cambiar el tono de voz al decir *mía*?”

Ejemplo 2. Consultante: “Quiero llamarla y decirle lo que siento... me escucho ahora y *me parece una locura*”

T: “¿Qué te hizo decir que te parece una locura?”

T: “¿De dónde vino ese comentario?”

T: “¿A qué te referís con *una locura*?”

T: “¿Te molesta que te parezca una locura?”

Ejemplo 3: Consultante: “Cada tanto tengo este tipo de crisis (*ríe espontáneamente al finalizar la frase*)”.

T: “¿Qué te hizo sonreír?”

T: “¿Qué te causó gracia acerca de eso?”

T: “¿Se te apareció algo en la mente mientras lo decías?”

Con estas preguntas, el/la terapeuta facilita que el/la consultante ubique su atención y la sostenga sobre esos cambios (“shifts”) que su conciencia ha realizado espontáneamente. Es precisamente este trabajo de “foco” y “cambio” (“shift”) de la conciencia el que promueve el proceso natural de aprendizaje comprendido como *reorganización* (Mansell, 2022). MOL, comparte con otros abordajes TCC de tercera generación, el trabajo sobre la movilidad de la conciencia, pero distinguiéndose en cuanto a su modelo conceptual y a la modalidad de intervención. A su vez, en MOL, el/la terapeuta lleva adelante los 2 objetivos con el espíritu del diálogo socrático descrito en la TCC estándar (Beck et al., 1992), con la diferencia de incluir preguntas experienciales ubicadas en el momento presente, y con no contar con un punto predeterminado, un destino, “un puerto”, o una conclusión en particular a la cual el consultante deba arribar o alcanzar. Es decir, en MOL, el/la terapeuta enfoca sus preguntas basadas en la curiosidad principalmente sobre la experiencia presente de explorar el problema. Puede encontrarse mayor descripción y profundización acerca de las similitudes entre los principios de la PCT y la Teoría Cognitiva y Terapia Cognitivo Conductual, la Teoría de los Marcos Relacionales y Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), la Entrevista Motivacional, los Abordajes Psicodinámicos, y la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT) en Higginson et al., (2011).

A la hora de intervenir, el terapeuta se ocupa de brindarle al consultante el mayor control posible sobre el proceso terapéutico. En ese sentido Método de Niveles (MOL) se distingue de otros abordajes en psicoterapia, ya que: (1) en las sesiones se trabaja solo aquellos problemas de los/las consultantes quiera conversar, (2) no hay una frecuencia predeterminada de sesiones, son los/las consultantes mismos quienes deciden cuando realizarán la siguiente consulta, y (3) los/las consultantes pueden intercambiar terapeutas durante el tratamiento si así lo quisieran, todas las veces que sea necesario. La importancia de brindarle control al consultante tiene una amplia evidencia que la respalda y sustenta (Carey, 2005; Carey y Gullifer, 2021; Carey y Kemp, 2007; Carey y Mullan, 2007; Carey y Spratt, 2009; Carey et al., 2021; Funnell et al., 2021; Mansell et al., 2023; Morris et al., 2023). El ejercicio de tomar una mayor cantidad de decisiones acerca del proceso terapéutico promueve al consultante como agente de cambio.

Método de Niveles (MOL) cuenta con una extensa lista de estudios empíricos, con ensayos clínicos pragmáticos y continúa acumulando evidencias que fundamentan su funcionamiento y aplicación en la clínica (Alsawry et al., 2014; Bird et al., 2009; Carey et al., 2009; Carey et al., 2013; Carey y Mullan, 2008; Cocklin et al., 2017; Grzegorzóka y Mansell, 2019; Grzegorzóka et al., 2019; Griffiths, Mansell, Edge, et al., 2019; Macintyre et al., 2017; Tai, 2016). Cuenta a su vez con un estudio aleatorizado piloto disponible para investigadores, con publicación pendiente (Bird et al., 2020), y un estudio aleatorizado que evaluó la factibilidad y aceptabilidad de MOL en pacientes que experimentan su primer episodio de psicosis (Griffiths et al., 2019a). Al mismo tiempo, en la actualidad, en el Reino Unido, el Greater Manchester Mental Health NHS Foundation Trust (2022) se encuentra llevando adelante un estudio controlado aleatorizado por grupos “C-RCT”, llamado “*CAMEO: Care coordinator delivered method of levels for psychosis*” que investiga la aplicación de MOL al ser conducida por Coordinadores de Cuidados (“Care coordinators”) que trabajan en intervenciones tempranas en servicios de salud para personas que experimentan psicosis.

Experiencias de aplicación de MOL en personas hispanoparlantes

En un seguimiento durante 6 meses, con 63 consultantes hispanoparlantes, sobre un total de 543 sesiones, se observó que los participantes encontraron a Método de Niveles (MOL) como un tratamiento útil, presentado una alta aceptación al abordaje, registrando tasas de abandono y ausencias significativamente bajas (Salgado, 2021a).

Dado que en MOL no se establece un número predefinido de sesiones y son los/las consultantes quienes deciden cuando consultar, los patrones de consulta partieron de una sesión única, llegando a tratamientos que abarcaron la totalidad del seguimiento. En el marco de este seguimiento, los/las consultantes expresaron que:

- (1) Encontraban a MOL como un enfoque “familiar” para tratar sus conflictos con naturalidad, por ejemplo: *“Esto es lo que siempre hago cuando trato de pensar en mis problemas”*.
- (2) Aun habiendo realizado otro tipo de terapias previas, los pacientes encontraron a MOL más eficaz y eficiente, por ejemplo: *“Estas reuniones resultaron ser realmente interesantes. Pude hacer un trabajo más profundo en comparación con otras terapias que hice antes. En un corto período de tiempo, cambié la forma de encarar mi vida. Siento que maduré mucho y que ahora soy la persona que quería ser”*; *“Hace poco tiempo mi vida era un caos, pensé que nunca iba a mejorar. Ahora no es solo que estoy mejor, sino también, siento que a partir de ahora mis problemas se van a resolver”*.
- (3) Las personas encontraron que MOL los ayudó a tomar una actitud de exploración más abierta para compartir y conectarse con sus experiencias, por ejemplo: *“Esta es la primera vez que hablo tanto de mi vida. Me sirve, y me ayuda”*; *“Siendo introvertido toda mi vida, nunca había sido capaz de hablar tan directamente sobre lo que me pasa”*
- (4) Las personas encontraron a MOL como un medio de autodescubrimiento y autocomprensión efectivo, por ejemplo: *“Estas conversaciones son buenas y útiles para mí. Me gusta tomarme el tiempo para repensar las cosas centrales en mi vida... como adulto, nunca había hecho eso antes. Llegué acá sintiéndome muy mal y ahora estoy en un lugar muy diferente”*.

Breve ejemplo clínico de MOL en una consultante hispanoparlante

La consultante que se presenta a continuación se trata de una persona adulta que ha brindado su consentimiento escrito para que se presenten aspectos relevantes de su experiencia clínica. La letra identificatoria “E” no guardan ninguna relación con su identidad real. Sus comentarios han sido recibidos por escrito y han sido transcritos aquí de forma literal.

Caso E: E. había emigrado de su país de origen con su pareja. Le había resultado sumamente difícil conseguir trabajo en un nuevo país. Consecuentemente le resultó complejo poder conseguir una vivienda estable y confortable. Al poco tiempo de lograr reinsertarse en el mundo laboral, se inicia la pandemia por COVID-19. En ese momento, cuando la situación mundial era de alta incertidumbre, tanto ella como su pareja contraen COVID-19. Por la gravedad del cuadro de COVID-19, su pareja es aislada en un hospital público para su tratamiento. A E. se le prohíbe tener contacto con él, y ella teme *“lo peor”*. Cuando su pareja finalmente se recupera, su primo -que era su único familiar que estaba viviendo en el mismo país, pero con el que tenía escaso contacto- fallece en un trágico accidente *“golpeado por un tren”*. Ella debe ocuparse de toda esta situación en sus tantos diferentes aspectos, ya que el resto de su familia se encontraba a miles de kilómetros de distancia. Todos estos eventos se suceden en un breve lapso de tiempo, y entonces E. comienza a desarrollar intensos síntomas de la serie ansioso-depresiva. Señalaba: *“(tenía) ideas muy fijas que me hacían sentir muy triste y me fui perdiendo de la realidad (...) como un estado de embriaguez leve. También me sentía aislada del mundo y muy sola en este país”*. Se encontraba realizando tratamiento psiquiátrico y había realizado dos tratamientos “psicoanalíticos” previos con profesionales de su confianza, pero sentía que las intervenciones *“eran muy complejas, y difíciles de entender”*, y también que las sesiones la dejaban *“más inestable y peor de lo que estaba”*. Empezó tratamiento de Método de Niveles (MOL), y las únicas intervenciones que se realizaron fueron las de llevar adelante los 2 objetivos que tiene un/una terapeuta en MOL: (1) Explorar el problema con detalle, y (2) notar y preguntar por las *disrupciones*. No se realizaron ningún otro tipo de intervenciones, incluso las más clásicas de los abordajes TCC para este tipo de patología. Luego de cuatro meses de tratamiento con MOL, E. señaló:

1. *“El tratamiento (MOL) me ha permitido expresarme libremente sin temor a ser juzgada (...)”*. Este enunciado daría cuenta cómo MOL permite explorar las dificultades de las personas sin asumir ni juzgar, facilitando a su vez la expresión verbal de las percepciones.

2. “(continúa) y a responder preguntas que me ayudan a conectar diferentes puntos sobre mi personalidad y cómo es mi mente, los patrones que se repiten en mis situaciones, qué anhelo, qué extraño, en qué me refugio, qué me hace sentir mal o bien. De esta forma se va haciendo la historia que conecta cada vez más elementos y fichas sobre cómo percibo o he percibido las situaciones (...)”. Este enunciado daría cuenta de cómo los dos objetivos de MOL permiten alcanzar un mayor conocimiento de los objetivos importantes en juego, lo que naturalmente genera un mayor conocimiento de la persona sobre sí misma y en ese sentido incrementa su capacidad de control flexible sobre sus experiencias.
3. “(continúa) Después de cada sesión mi mente puede completar respuestas de preguntas hechas en la sesión y me surgen las razones de mis frustraciones o molestias (...)”. Este enunciado daría cuenta del proceso de *reorganización* y su trabajo sobre las percepciones involucradas en diferentes niveles, lo cual resulta necesario para poder comprender de mejor manera el origen del malestar emocional, y cómo resolverlo.
4. “(continúa) Por primera vez he podido relacionar con ejemplos y metáforas cómo me siento ante una situación (...) y eso hace que se genere una charla interesante, de aventura y autodescubrimiento que me motivan a volver a la siguiente sesión (...)”. Este enunciado podría dar cuenta de cómo, la exploración en profundidad del problema y de las experiencias internas o *disrupciones*, tiene como resultado el contacto con aspectos personales relacionados con el problema que no habían sido “visualizados” hasta el momento. Claramente, desde este comentario se puede percibir que MOL lejos está de ser un trabajo meramente intelectual, sino que se trata de un recorrido experiencial, tal como señala E. una “aventura”.
5. “(continúa) Luego de algunas sesiones he llorado profundamente y después siento alivio, como si ordenara algo que estaba trabado”. Este enunciado podría dar cuenta de cómo el proceso de *reorganización* ha logrado -tras enfocarse detenidamente en el problema- resolver el conflicto y recuperar la sensación de control flexible.

Los aportes de este seguimiento reflejan que Método de Niveles (MOL) resulta un abordaje aplicable de forma directa a personas hispanohablantes con buena aceptación y con efectos terapéuticos satisfactorios (Salgado, 2021a).

Discusión

En la actualidad, los abordajes terapéuticos TCC diagnóstico-específicos se podrían estar encontrando con un “límite natural” en cuanto a sus capacidades terapéuticas. Método de Niveles (MOL) se basa en los aportes de la perspectiva transdiagnóstica, y en la aplicación directa de los principios de la Teoría del Control Perceptual (PCT). Esto le permite superar toda una serie de limitaciones presentes en los abordajes diagnóstico-específicos, teniendo capacidad para ser implementado sobre una amplia gama de problemas de salud mental, manteniendo para todos los casos sus únicos dos objetivos de intervención. A su vez, al ser flexible, estar enfocado en la eficiencia, y al estar guiado por el consultante, MOL permite que las personas tengan un mayor control del proceso terapéutico convirtiéndolos de forma directa en agentes activos de su propio cambio terapéutico. La utilidad y capacidad terapéutica de MOL se concentra en los principios en los que se sustenta: el control, el conflicto, y la reorganización. La terapia MOL le da un lugar central al control de la experiencia por parte del consultante, lo que permite que las personas puedan explorar con mucho más detalle y profundidad sus problemas, y los aspectos de estos que han rechazado, que les resulten más desagradables, o que les generen malestar. MOL busca facilitar la toma de consciencia sobre los aspectos del problema que impide que las personas puedan alcanzar sus objetivos de alto nivel. Busca activamente no asumir, juzgar, o direccionar los cambios en las personas. Y esto se debe a que comprende que el proceso de cambio se origina desde el interior de la persona al colocar su atención y su consciencia sobre todas las percepciones relacionadas al problema por el tiempo necesario. Este proceso requiere que la consciencia puede movilizarse haciendo “foco” y de “cambio” (shift), llevando al centro de la consciencia aquellas percepciones que aparecen fugazmente en sus márgenes. Cuando la reorganización se enfoca sobre aquellos conflictos crónicos, las personas logran alcanzar

perspectivas de alto nivel que les permite encontrar soluciones novedosas a dilemas previamente irresolubles. Este novedoso modelo de abordaje presenta fortalezas, pero también limitaciones. Se requiere más trabajo en el desarrollo, refinamiento y adaptación de metodologías para probar hipótesis relacionadas principalmente con la movilidad, foco y cambio de la consciencia, y con el proceso de reorganización. En su aplicación en personas hispanoparlantes, las experiencias han reflejado su utilidad y capacidad de ser empleada con respuestas terapéuticas aceptables y buena aceptación. MOL es un abordaje psicoterapéutico parsimonioso que facilita el cambio terapéutico gracias a su sólido modelo psicopatológico y a su sencilla implementación. Actualmente, MOL continúa acumulando pruebas que respaldan su efectividad y eficiencia en el tratamiento de trastornos mentales. En el presente, Método de Niveles (MOL) se encuentra adquiriendo mayor difusión, divulgación y aplicación, en diferentes entornos académicos y clínicos, tanto en contextos públicos como privados.

Referencias

- Ali, S., Rhodes, L., Moreea, O., McMillan, D., Gilbody, S., Leach, C., Lucock, M., Lutz, W. y Delgadillo, J. (2017). How durable is the effect of low intensity CBT for depression and anxiety? Remission and relapse in a longitudinal cohort study. *Behaviour Research and Therapy*, 94, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.04.006>
- Alsawy, S., Mansell, W., Carey, T. A., McEvoy, P. y Tai, S. J. (2014). Science and practice of transdiagnostic CBT: A perceptual control theory (PCT) approach. *International Journal of Cognitive Therapy*, 7(4), 334–359. <https://doi.org/10.1521/ijct.2014.7.4.334>
- Alsayednasser, B., Widnall, E., O'Mahen, H., Wright, K., Warren, F., Ladwa, A., Khazanov, G. K., Byford, S., Kuyken, W., Watkins, E., Ekers, D., Reed, N., Fletcher, E., McMillan, D., Farrand, P., Richards, D. y Dunn, B. D. (2022). How well do Cognitive Behavioural Therapy and Behavioural Activation for depression repair anhedonia? A secondary analysis of the COBRA randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 159, 104185. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2022.104185>
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1992). *Terapia cognitiva de la depresión* (16ª ed.). Desclée de Brouwer.
- Bird, T., Mansell, W. y Tai, S. (2009). *Method of Levels: initial steps in assessing adherence and the development of a qualitative framework for mapping clients' control hierarchies*. *Cognitive Behaviour Therapist*, 2(3), 145–166. <https://doi.org/10.1017/s17544470x09990158>
- Bird, T., Tai, S., Hamilton, A. y Mansell, W. (2020). *Method of Levels: Findings of a pilot randomised controlled trial in primary care* [Manuscrito no publicado]. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.27827.66080>
- Bhattacharya, S., Goicoechea, C., Heshmati, S., Carpenter, J. K. y Hofmann, S. G. (2023). Efficacy of cognitive behavioral therapy for anxiety-related disorders: A meta-analysis of recent literature. *Current Psychiatry Reports*, 25(1), 19–30. <https://doi.org/10.1007/s11920-022-01402-8>
- Carey, T. A. (2005). Can patients specify treatment parameters? *Clinical Psychology and Psychotherapy. An International Journal of Theory and Practice*, 12(4), 326–335. <https://doi.org/10.1002/cpp.454>
- Carey, T. A. (2006). *The method of levels: How to do psychotherapy without getting in the way*. Living Control Systems Publishing.
- Carey, T. A. (2016). *Hold that thought: Two steps to effective counseling and psychotherapy with the method of levels*. Newview.
- Carey, T. A., Carey, M., Mullan, R. J., Spratt, C. G. y Spratt, M. B. (2009). Assessing the statistical and personal significance of the method of levels. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37(3), 311–324. <https://doi.org/10.1017/S1352465809005232>
- Carey, T. A. y Kemp, K. (2007). Self-selecting first appointments: A replication and consideration of the implications for patient-centred care. *Clinical Psychology Forum*, 178, 33–36.
- Carey, T. A., Mansell, W. y Tai, S. (2015). *Principles-Based Counselling and Psychotherapy: A Method of Levels approach*. Routledge.
- Carey, T. A. y Mullan, R. J. (2007). Patients taking the lead: A naturalistic investigation of a patient led approach

- to treatment in primary care. *Counselling Psychology Quarterly*, 20(1), 27–40.
- Carey, T. A. y Spratt, M. B. (2009). When is enough enough? Structuring the organisation of treatment to maximise patient choice and control. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 2(3), 211–226. <https://doi.org/10.1017/S1754470X09000208>
- Carey, T. A. y Gullifer, J. (2021). Maintaining control: The importance of self-care to effective and enduring RRvR mental health service provision. En *Handbook of Rural, Remote, and very Remote Mental Health* (pp. 491–510). Springer Singapore.
- Carey, T. A. y Mullan, R. J. (2008). Evaluating the method of levels. *Counselling Psychology Quarterly*, 21(3), 247–256. <https://doi.org/10.1080/09515070802396012>
- Carey, T. A., Tai, S. J. y Griffiths, R. (2021). *Deconstructing health inequity: A perceptual control theory perspective* (1ª ed.). Springer Nature.
- Carey, T. A., Tai, S. J. y Stiles, W. B. (2013). Effective and efficient: Using patient-led appointment scheduling in routine mental health practice in remote Australia. *Professional Psychology, Research and Practice*, 44(6), 405–414. <https://doi.org/10.1037/a0035038>
- Cannon, C., Meredith, J., Speer, S. y Mansell, W. (2020). A conversation analysis of asking about disruptions in method of levels psychotherapy. *Counselling and Psychotherapy Research*, 20, 154–163. <https://doi.org/10.1002/capr.12243>
- Carpenter, J. K., Andrews, L. A., Witcraft, S. M., Powers, M. B., Smits, J. A. J. y Hofmann, S. G. (2018). Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Depression and Anxiety*, 35(6), 502–514. <https://doi.org/10.1002/da.22728>
- Cocklin, A., Mansell, W., Emsley, R., McEvoy, P., Preston, C., Comiskey, J. y Tai, S. (2017). Client Perceptions of Helpfulness in Therapy: a Novel Video-Rating Methodology for Examining Process Variables at Brief Intervals During a Single Session. *Behavioural and Cognitive psychotherapy*, 45(6), 647–660. <https://doi.org/10.1017/S1352465817000273>
- Cuijpers, P., Miguel, C., Ciharova, M., Ebert, D., Harrer, M. y Karyotaki, E. (2023). Transdiagnostic treatment of depression and anxiety: A meta-analysis. *Psychological Medicine*, 53(14), 1–12. <https://doi.org/10.1017/S0033291722003841>
- Dalgleish, T., Black, M., Johnston, D. y Bevan, A. (2020). Transdiagnostic approaches to mental health problems: Current status and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(3), 179–195. <https://doi.org/10.1037/ccp0000482>
- De Hullu, E. (2023). Exploring the perceptual control hierarchy. En W. Mansell, E. de Hullu, V. Huddy y T. Scholte (Eds.), *The interdisciplinary handbook of perceptual control theory, volume II the interdisciplinary handbook of perceptual control theory, volume II: Living in the loop*. (pp. 3–28). Academic Press.
- Fernandez-Alvarez, H. (2022, April 3). *El presente y la perspectiva de la psicoterapia*. [Video]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=1BIHIZui7co&t=2296s>
- Forsell, D. (Ed.). (2016). *Perceptual control theory: An overview of the third grand theory in psychology*. Living Control Systems Publishing.
- Friborg, O. y Johnsen, T. J. (2017). The effect of cognitive-behavioral therapy as an antidepressive treatment is falling: Reply to Ljótsson et al. (2017) and Cristea et al. (2017). *Psychological Bulletin*, 143(3), 341–345. <https://doi.org/10.1037/bul0000090>
- Funnell, S., Carey, T. A., Tai, S. J. y Lampshire, D. (2021). Improving access to psychological services in remote Australia with a patient-led clinic. En T. A. Carey y J. Gullifer (Eds.), *Handbook of Rural, Remote, and very Remote Mental Health* (pp. 253–272). Springer Singapore.
- Griffiths, R. (2023). Designing Mental Health Services that are Fit for Purpose Using the Principles of Perceptual Control Theory. En W. Mansell, E. de Hullu, V. Huddy y T. Scholte (Eds.), *The interdisciplinary handbook of perceptual control theory, volume II the interdisciplinary handbook of perceptual control theory, volume II: Living in the loop*. (pp. 211–227). Academic Press.
- Griffiths, R., Mansell, W., Carey, T. A., Edge, D., Emsley, R. y Tai, S. J. (2018). Method of levels therapy for first-episode psychosis: rationale, design and baseline data for the feasibility randomised controlled Next Level study. *BJPsych Open*, 4(5), 339–345. <https://doi.org/10.1192/bjo.2018.44>

- Griffiths, R., Mansell, W., Carey, T. A., Edge, D., Emsley, R. y Tai, S. J. (2019). Method of levels therapy for first-episode psychosis: The feasibility randomized controlled Next Level trial. *Journal of Clinical Psychology*, 75(10), 1756–1769. <https://doi.org/10.1002/jclp.22820>
- Griffiths, R., Mansell, W., Edge, D., Carey, T. A., Peel, H. y J. Tai, S. (2019). ‘It was me answering my own questions’: Experiences of method of levels therapy amongst people with first episode psychosis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(3), 721–734. <https://doi.org/10.1111/inm.12576>
- Grzegorzóka, J. y Mansell, W. (2019). A test of the feasibility of a visualization method to show the depth and duration of awareness during method of levels therapy. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 12, Artículo e34. <https://doi.org/10.1017/S1754470X19000199>
- Grzegorzóka, J. y Mansell, W. (2021). How do we help people regain control over their lives? An introduction to method of levels therapy. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 21(1), 45–59. <https://doi.org/10.15557/PiPK.2021.0005>
- Grzegorzóka, J., McEvoy, P. y Mansell, W. (2019). Use of the method of levels therapy as a low-intensity intervention to work with people experiencing sleep difficulties. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 33(2), 140–156. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.33.2.140>
- Harvey, A., Watkins, E., Mansell, W. y Shafran, R. (2004). *Cognitive Behavioural Processes across Psychological Disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford University Press.
- Hayes, A. M., Laurenceau, J.-P., Feldman, G., Strauss, J. L. y Cardaciotto, L. (2007). Change is not always linear: the study of nonlinear and discontinuous patterns of change in psychotherapy. *Clinical Psychology Review*, 27(6), 715–723. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.01.008>
- Higginson, S., Mansell, W. y Wood, A. M. (2011). An integrative mechanistic account of psychological distress, therapeutic change and recovery: The perceptual control theory approach. *Clinical Psychology Review*, 31(2), 249–259. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.01.005>
- Hofmann, S. (2022, Febrero 11). *An Introduction to Process-Based Therapy*. <https://www.youtube.com/watch?v=ufBeh2uerUQ&t=3595s>
- Hofmann S. G. y Hayes S. C. (2018). The History and Current Status of CBT as an Evidence-Based Therapy. En S. C. Hayes y S. G. Hofmann (Ed.), *PROCESS- BASED CBT. The Science and Core Clinical Competencies of Cognitive Behavioral Therapy* (pp. 7–21). Context Press.
- Hofmann, S. G. y Smits, J. A. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(4), 621–632. <https://doi.org/10.4088/jcp.v69n0415>
- Johnsen, T. J. y Friborg, O. (2015). The effects of cognitive behavioral therapy as an anti-depressive treatment is falling: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 141(4), 747–768. <https://doi.org/10.1037/bu10000015>
- Kelly, R. E., Mansell, W. y Wood, A. M. (2015). Goal conflict and well-being: A review and hierarchical model of goal conflict, ambivalence, self-discrepancy, and self-concordance. *Personality and Individual Differences*, 85, 212–229. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.05.011>
- Layard, R. y Clark, D. M. (2014). *Thrive: The power of evidence-based psychological therapies*. Allen Lane.
- Macintyre, V., Brown, H. y Mansell, W. (2017). Coding the common and distinctive components of diverse therapies. En *Paper presented at the Annual Scientific Conference of the British Association for Behavioural and Cognitive Psychotherapies, University of Manchester*.
- Macintyre, V. G., Mansell, W., Pratt, D. y Tai, S. J. (2021). The psychological pathway to suicide attempts: A strategy of control without awareness. *Frontiers in Psychology*, 12, Artículo 588683. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.588683>
- Mansell, W. (2008a). Keep It Simple - The Transdiagnostic Approach to CBT. *International Journal of Cognitive Therapy - Special Issue on Transdiagnostic Approaches to CBT*, 1.
- Mansell, W. (2008b). Seeing is behaving. *Nature*, 456(7219), 171–172. <https://doi.org/10.1038/456171a>
- Mansell, W. (2018). El Método de Niveles: ¿Es la terapia psicológica disponible más parsimoniosa? *Revista de Psicoterapia*, 29(110), 7–15. <https://doi.org/10.33898/rdp.v29i110.242>
- Mansell, W. (Ed.). (2020). *The interdisciplinary handbook of perceptual control theory the interdisciplinary handbook of perceptual control theory: Living control systems IV*. Academic Press.

- Mansell, W. (2021). The perceptual control model of psychopathology. *Current Opinion in Psychology*, 41, 15–20. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2021.01.008>
- Mansell, W. (2022). An integrative control theory perspective on consciousness. *Psychological Review*. Avance online. <https://doi.org/10.1037/rev0000384>
- Mansell, W. y Carey, T. A. (2009). A century of psychology and psychotherapy: Is an understanding of control the missing link between theory, research and practice? *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 82, 337–353. <https://doi.org/10.1348/147608309X432526>
- Mansell, W. y Carey, T. A. (2014). Mental health: Consider human will in psychology studies. *Nature*, 513(7517), 172. <https://doi.org/10.1038/513172e>
- Mansell, W. y Carey, T. A. (2015). A perceptual control revolution? *The Psychologist*, 28(11), 896–899.
- Mansell, W., Carey, T. A. y Tai, S. J. (2012). *A transdiagnostic approach to CBT using method of levels therapy: Distinctive features*. Routledge.
- Mansell, W., de Hullu, E., Huddy, V. y Scholte, T. (Eds.). (2023). *The interdisciplinary handbook of perceptual control theory, volume II the interdisciplinary handbook of perceptual control theory, volume II: Living in the loop*. Academic Press.
- Marken, R. S. (2021). *The study of living control systems the study of living control systems: A guide to doing research on purpose*. Cambridge University Press.
- Marken, R. S. y Carey, T. A. (2015). Understanding the change process involved in solving psychological problems: A model-based approach to understanding how psychotherapy works: Change process involved in solving psychological problems. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 22(6), 580–590. <https://doi.org/10.1002/cpp.1919>
- Morris, L., Lovell, K., McEvoy, P., Emsley, R., Carter, L.-A., Edge, D., Bates, R., Wallwork, T. y Mansell, W. (2023). A brief transdiagnostic group (the take control course) compared to individual low-intensity CBT for depression and anxiety: a randomized non-inferiority trial. *Cognitive Behaviour Therapy*, 52(3), 1–22. <https://doi.org/10.1080/16506073.2022.2143418>
- Newby, J. M., McKinnon, A., Kuyken, W., Gilbody, S. y Dalgleish, T. (2015). Systematic review and meta-analysis of transdiagnostic psychological treatments for anxiety and depressive disorders in adulthood. *Clinical Psychology Review*, 40, 91–110. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.06.002>
- Greater Manchester Mental Health NHS Foundation Trust (U.K.). (2022). *CAMEO: Care coordinator delivered method of levels for psychosis*. IRAS 307103. <https://www.isrctn.com/ISRCTN14082421>
- OECD (Mayo, 2021). *OECD Policy Responses to Coronavirus (COVID-19). Tackling the mental health impact of COVID-19 crisis: An integrated, whole-of-society response*. OECD. <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/tackling-the-mental-health-impact-of-the-covid-19-crisis-an-integrated-whole-of-society-response-0cca0b/#boxsection-d1e30>
- Powers, W. T. (1992). *Living control systems: Selected papers of William T. powers*. Control Systems Group.
- Powers, W. T. (1998). *Making sense of behavior: The meaning of control*. Benchmark Publications.
- Powers, W. T. (2005). *Behavior: The control of perception* (2ª ed.). Benchmark Publications.
- Powers, W. T. (2009). PCT and MOL: a brief history of Perceptual Control Theory and the Method of Levels. *Cognitive Behaviour Therapist*, 2(3), 118–122. <https://doi.org/10.1017/s1754470x08000111>
- Powers, W., Abbott, B., Carey, T., Goldstein, D., Mansell, W., Marken, R. y Taylor, M. (2016). Perceptual control theory - a model for understanding the mechanisms and phenomena of control. En D. Forssell (Ed.), *Perceptual Control Theory. An Overview of the Third Grand Theory in Psychology. Introductions, Readings and Resources* (pp. 30–46). Living Control Systems.
- Runkel, P. J. (2003). *People as living things: The psychology of perceptual control*. Living Control Systems Publishing.
- Salgado, M. E. (2021a). Método de Niveles (MOL) y Discovery Talks (DOTS) en Argentina: ¿Estamos listos para empezar? En A. Trimboli, E. Grande, S. Raggi, J. C. Fantin, P. Fridman y G. Bertran (Eds.), *Construcción colectiva de políticas sanitarias en tiempos de pandemia* (pp. 58–61). AASM.
- Salgado, M. E. (2021b). Método de niveles (MOL) y el modelo del control perceptual (PCT): el futuro de la psicoterapia ya llegó. En *Memorias Jornadas de Investigación y Encuentro de Investigadores En Psicología*

- Del MERCOSUR*. (pp. 137–142). Universidad de Buenos Aires (UBA).
- Salgado, M. E. (2022). Abordando el pasado, el presente y el futuro en psicoterapia. La perspectiva de método de niveles (MOL). En *Memorias Jornadas de Investigación y Encuentro de Investigadores En Psicología Del MERCOSUR*. (pp. 114–118). Universidad de Buenos Aires (UBA).
- Tai, S. J. (2016). An introduction to using the method of levels (MOL) therapy to work with people experiencing psychosis. *American Journal of Psychotherapy*, 70(1), 125–148. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2016.70.1.125>
- Thornicroft, G., Chatterji, S., Evans-Lacko, S., Gruber, M., Sampson, N., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Andrade, L., Borges, G., Bruffaerts, R., Bunting, B., de Almeida, J. M. C., Florescu, S., de Girolamo, G., Gureje, O., Haro, J. M., He, Y., Hinkov, H., ... Kessler, R. C. (2017). Undertreatment of people with major depressive disorder in 21 countries. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 210(2), 119–124. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.188078>
- Wang, P. S., Angermeyer, M., Borges, G., Bruffaerts, R., Tat Chiu, W., DE Girolamo, G., Fayyad, J., Gureje, O., Haro, J. M., Huang, Y., Kessler, R. C., Kovess, V., Levinson, D., Nakane, Y., Oakley Brown, M. A., Ormel, J. H., Posada-Villa, J., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., ... Ustün, T. B. (2007). Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 6(3), 177–185.
- World Health Organization. (2022, March 2). *Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact: Scientific brief, 2 March 2022*. World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1

Artículo recibido: 14/03/2023
Artículo aceptado: 12/11/2023