
LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT) COMO DESARROLLO DE LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

THE ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY (ACT) AS A COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY (CBT) DEVELOPMENT

JOSÉ ANTONIO GARCÍA HIGUERA
Centro de Psicología Clínica, Madrid

<http://www.psicoterapeutas.com> e-mail: higuera@psicoterapeutas.com

RESUMEN

La terapia de aceptación y compromiso se presenta como un desarrollo de la terapia cognitivo conductual, resultante de la aplicación práctica de la teoría de los marcos relacionales. Pero la terapia cognitivo conductual no es uniforme y lo que puede ser una progresión sin traumas para las corrientes más conductuales, puede plantear problemas para las más cognitivas.

En este artículo se exponen, discutiendo casos reales, los cambios que implica incorporar la terapia de aceptación y compromiso a la práctica diaria de un psicólogo conductual. También se plantean los problemas que aparecen en la convergencia con la terapia cognitiva.

Se concluye que incorporar las propuestas de la terapia de aceptación y compromiso supone una ayuda clara para la práctica del psicólogo, pero la demostración de que aporta algo nuevo

ABSTRACT

Acceptance and Commitment Therapy presents itself as a natural development of CBT through the practical application of Relational Frame Theory (RFT). However CBT label involves different approaches and ACT may be a natural expansion for more behavioral trends, but may present serious contradictions with the more cognitive ones.

Present paper exposes, through the discussion of actual cases, those changes a psychologist may introduce in his therapeutical practice when incorporates in it most relevant characteristics of ACT. Also it describes problems that arise in the possible convergence with cognitive therapy.

Conclusions imply that it is very useful for cognitive behavioral psychologists to incorporate ACT to daily practice, but the demonstration that ACT is something new and useful must come from

y útil a los tratamientos aún se tiene que concluir desde estudios empíricos que completen los alentadores datos de los que se dispone.

PALABRAS CLAVE

Terapia de aceptación y compromiso, terapia cognitivo-conductual, práctica de la terapia cognitivo-conductual, terapia conductual de tercera generación, teoría de los marcos relacionales, avances en la terapia cognitivo-conductual.

empirical studies that complete available and encouraging existing data.

KEY WORDS

Acceptance and commitment therapy, cognitive-behavioral therapy, cognitive-behavioral therapy practice, third-generation behavior therapies, relational frame theory, advances in cognitive-behavioral therapy.

INTRODUCCIÓN

La relación entre la terapia de aceptación y compromiso y la terapia cognitivo conductual levanta polémicas importantes con grandes desencuentros, debidos fundamentalmente a desconocimientos y simplificaciones mutuos. Hay quienes afirman que no aporta nada nuevo, que es lo mismo de siempre con un envoltorio diferente, mientras que otros afirman que es un avance importante y fundamental en la terapia cognitivo conductual (Forman, 2006).

Aunque desde fuera se puede concebir la terapia cognitivo conductual como un todo uniforme, en realidad no es así. Existen distintas corrientes con diferencias importantes, porque no es lo mismo el análisis conductual que tiene su base y fundamento en el análisis funcional, que la terapia puramente cognitiva, y entre estos dos extremos cada psicólogo cognitivo conductual realiza su práctica desde una perspectiva que habría que situar en algún lugar intermedio.

La terapia de aceptación y compromiso (ACT) (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999; Wilson y Luciano, 2002) se presenta a sí misma como una terapia cognitivo conductual, y se auto-proclama como una evolución natural del análisis de la conducta, debido a un desarrollo teórico importante: la teoría de los marcos relacionales. Esta teoría pretende dar cuenta de la adquisición y funcionalidad del lenguaje y ACT es su aplicación práctica a la psicología clínica.

Desde el punto de vista del análisis funcional ACT es un desarrollo lógico y plenamente integrado y los psicólogos que se encuadran en esa línea no tendrán

muchas dificultades en incorporarla y adaptarse a lo que propone, si aceptan la teoría de los marcos relacionales. Sin embargo, las terapias más cognitivas encontrarán problemas adicionales si intentan integrarla.

En el presente artículo se van a exponer brevemente algunas de las implicaciones que ha tenido para el autor la incorporación de ACT a su práctica diaria, partiendo de su adscripción básica al análisis funcional. Después se discutirán las dificultades que puede encontrar un psicólogo más puramente cognitivo en la incorporación de las técnicas y planteamientos de ACT.

IMPLICACIONES DE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO EN LA PRÁCTICA DIARIA DE LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

Filosóficamente ACT es una terapia contextual y pragmática, porque considera que la conducta se tiene que entender en su contexto y su significado, verdad y realidad dependen de si obtiene o no el objetivo que perseguía. El impacto personal que ha tenido en mí la terapia de aceptación y compromiso se tiene que encuadrar también en el contexto concreto en el que desarrollaba mi trabajo terapéutico, es decir, en los pacientes que estaba tratando en esos momentos y a lo largo de mis 26 años de experiencia.

Resumiendo, ACT me ha permitido encontrar un marco teórico que hace más fácil y eficaz el abordaje de casos complejos, en los que antes tenía que atenerme exclusivamente a mi intuición y también me ha matizado y completado algunas herramientas terapéuticas que ya venía utilizando. Pero veámoslo en algunos casos concretos.

Aceptación y exposición

La exposición es un medio terapéutico muy potente y que Marks (1981) define como la autopista para el control de la ansiedad. Sin embargo en algunos casos se presentan limitaciones y problemas muy concretos.

L. había estado en tratamiento por un trastorno obsesivo compulsivo con otro profesional. Se la había tratado con exposición y prevención de respuesta, de una forma correcta y había superado sus obsesiones. Acudía a mi consulta porque le había surgido ansiedad en algunas situaciones sociales y practicaba la exposición, tal y como le habían enseñado; sin embargo, no sabía si la hacía bien o mal y la ansiedad no se reducía, por ello deducía que no la hacía bien y aumentaba su esfuerzo para perfeccionarla.

Un análisis funcional adecuado señalaba que era la propia preocupación por hacer bien la exposición lo que la distraía de lo que ocurría a su alrededor, interfiriendo en sus relaciones sociales y aumentando su ansiedad. La solución clara consistió en estar en el presente y centrada en sus relaciones sociales, dejando sus intentos de exposición. El análisis funcional fue correcto y el tratamiento funcionó.

ACT afirma que en los pensamientos, sentimientos, emociones y sensaciones, incluyendo la ansiedad, el control es el problema y no la solución. El intento de supresión de nuestros pensamientos, sentimientos, emociones y sensaciones nos lleva a aumentar su frecuencia (Wegner, 1994; Wenzlaff y Wegner, 2000). Por eso, considerar la exposición como un elemento de control de la ansiedad la inhabilita y la lleva a fracasar, creando problemas adicionales. Generalmente, el objetivo para el que se utiliza la exposición en la práctica clínica es *conseguir la disminución o eliminación de la ansiedad. La terapia de aceptación y compromiso plantea un objetivo distinto: conseguir que el paciente amplíe su repertorio conductual recortado por el condicionamiento aversivo*. El objetivo no es extinguir la ansiedad, sino conseguir avanzar en cualquier situación en la dirección de nuestros valores.

No se puede partir de la premisa de que para desempeñarse de manera adecuada es necesario controlar nuestros pensamientos, sentimientos, emociones y sensaciones, es decir, estar tranquilo y con un pensamiento adecuado. La metáfora del polígrafo (Hayes et al., 1999) puede hacer ver al paciente de forma inmediata la dificultad e inutilidad del control:

“Si estuvieras conectado a un polígrafo muy seguro y desarrollado que estuviera midiendo constantemente tu ansiedad y al lado tuvieras una pistola que se dispararía al menor signo de nerviosismo, ¿cuanto tiempo podría pasar antes de recibir un tiro?”

La alternativa ACT a la exposición es la aceptación. Aceptar plenamente algo supone vivir con ello, sin querer cambiarlo, sin hacer nada para modificarlo. Supone conocerlo y abrirse a experimentarlo sin restricciones. También supone seguir con el propio proyecto desde esa experiencia, es decir, sin renunciar a seguir nuestros valores porque el sufrimiento esté presente.

Las implicaciones en la aplicación práctica son evidentes, para realizar una exposición desde el punto de vista de ACT es preciso dejar claro que lo que se pretende es aumentar la flexibilidad psicológica del paciente y que el objetivo es poder dar las respuestas que le permitan perseguir sus valores y no la extinción de la ansiedad. Para ello, es necesario detectar la acción comprometida con los valores propios del paciente que *acompañará a la exposición al estímulo temido*.

Se ha mostrado un ejemplo de cómo ACT hace aportaciones concretas a las técnicas más empleadas en la terapia cognitivo conductual y que más éxito cosechan, como es la exposición. La completa y explica algunas de las dificultades que pueden surgir en su empleo, ampliando su potencia terapéutica. Veamos algunos otros detalles sobre este tema.

Willingness y acción comprometida

A. acude a terapia con problemas graves de ansiedad social y con ataques de pánico. Cuando está con sus amigos se siente muy mal, con una ansiedad muy alta que no logra controlar y que le lleva a crisis de ansiedad y a abandonar las relaciones sociales. Su temor más íntimo es que sus amistades le juzguen muy aburrido y poco inteligente, lo que teme que ocurra porque cuando tiene ansiedad, le notarán raro. Ha pasado por varios psicólogos y la visita que realizaba la considera su último intento: está desesperado. Aprovechando su desesperación se le plantea en la primera consulta la exposición a sus sensaciones de ansiedad ligadas a sus ataques de pánico siguiendo las instrucciones que se proponen en García Higuera (1992); las cuales parten de las que plantea Barry Stevens desde la terapia Gestalt (Stevens, 1978), que operativizan la exposición a los estímulos propioceptivos. El efecto de esta estrategia en el trastorno de pánico es conocido (Barlow, 2001) y sus resultados fueron fulminantes, aceptó sus sensaciones y consiguió en la misma sesión una relajación importante. Afirma luego, que si no hubiese sido así, no habría continuado la terapia.

En las siguientes sesiones se comprobó que las crisis de ansiedad habían decrecido en intensidad de forma notable y cuando iba a salir con sus amigos se preparaba previamente aceptando sus sensaciones. Frecuentemente tenía éxito, porque sus sensaciones disminuían y no le avisaban del peligro de ser juzgado negativamente, se permitía ser creativo y sin restricciones y continuaba sintiéndose bien. Sin embargo, en otras ocasiones el método no le daba resultado volviendo a sentirse como antes. El problema residía en que cuando se sentía bien salía, si no, se quedaba en casa.

ACT plantea la solución con su concepto de “willingness” que no tiene traducción sencilla, significa que es preciso querer la ansiedad, buscar y enfrentarse a las situaciones con independencia de lo que se sienta, porque los valores, en este caso la amistad, lo merecen. Es la otra cara de la aceptación y la acompaña indisolublemente. Con este planteamiento, el paciente se enfrentaba a las situaciones temidas con un talante diferente, arriesgándose a ser creativo y a decir lo que se le ocurriese, sin importarle como se sentía. De esta forma su vida social se volvió plena.

Un simple ejercicio nos permitirá apreciar y sentir la potencia de incorporar la acción comprometida a la exposición:

“Pensemos en algo lo que nos dé miedo... Nos dejamos llevar por él, pensando en evitarlo... Nos damos cuenta de cómo nos sentimos cuando lo hacemos...

Seguramente notaremos un alivio inicial importante.

Nos vamos hacia el futuro y, si no lo hemos hecho de forma automática, pensamos en qué ocurrirá después, cuales serán las consecuencias de esa evitación... De nuevo nos damos cuenta de cómo nos sentimos...

Volvemos a pensar en la situación que nos da miedo y que desearíamos evitar; sin embargo determinamos qué es lo que haríamos para seguir la dirección que marcan nuestros valores, la acción comprometida que supone seguir nuestros valores en esas circunstancias y decidimos realizarla, con determinación (*willingness*), por muy mal que nos sintamos... Nos damos cuenta de la sensación que eso nos produce y la comparamos con la que hemos tenido en la fase anterior del ejercicio.

Seguramente, el dolor será tan grande como antes, pero ha surgido algo que nos hace sentir diferentes, el sufrimiento se presenta con una calidad distinta: con sentido” (García Higuera, en prensa).

Se comprueba así que la acción comprometida con nuestros valores da otra dimensión a nuestro sufrimiento y nos otorga libertad y flexibilidad. Si se hubiera podido orientar de esta forma desde el principio el tratamiento de A., lo más probable es que se hubiese evitado este problema adicional de las evitaciones que surgieron después.

Los valores

M. A. Ha tenido ataques de pánico, los resolvió sin ninguna terapia, no sabe de que forma, pero fueron desapareciendo. Actualmente teme cualquier sensación de ansiedad en cualquier situación, fundamentalmente en las reuniones de trabajo. Las exposiciones son poco efectivas, porque su objetivo absolutamente prioritario es evitar sentir ansiedad. Su carrera profesional está dañada por sus evitaciones, pero no le importa. Solamente se enfrenta a sus miedos cuando ve peligrar su vida social fuera de la empresa, por ejemplo, por las fechas de vacaciones. El punto fundamental en esta terapia consistió en que descubriera y se pusiera en marcha hacia sus valores, en lugar de centrar su vida profesional en la evitación de la ansiedad.

Los valores son consecuencias globales deseadas a muy largo plazo (Hayes et al., 1999). En el caso de este paciente residían fundamentalmente en las relaciones sociales humanas y agradables, y la efectividad en el trabajo. Ponerlos en práctica implicaba estar activo en las reuniones, lo que le obligaba dejar de chequear sus sensaciones y, cuando las sentía, aceptarlas. Adicionalmente, estos avances le han permitido volver a sentir las sensaciones que antes le producían ataques de pánico desde otra perspectiva.

ACT propone que sean los valores del paciente lo que defina el objetivo terapéutico y se convierten así en motores y motivadores de la terapia. El paciente venía para paliar su sufrimiento en las reuniones de trabajo y el terapeuta le tenía que enseñar que haber olvidado la dirección de su vida aumentaba su dolor.

Cada uno de estos pacientes había sido tratado correctamente con un análisis funcional difícil, sin embargo ACT proporciona una teoría que nos guía y nos da la pauta para hacerlo el análisis funcional de forma más sencilla, adecuada y efectiva. Al estar guiados por un conjunto teórico, dejamos de depender tanto de la intuición o de nuestra agudeza para captar los problemas y sus soluciones. Pero no es solamente el armazón teórico lo que aporta, también abre campos nuevos que no era corriente tocar en la terapia cognitivo conductual como el concepto del YO o vivir el presente.

El concepto del YO

LL. acude a terapia porque está deprimido. El análisis funcional indica que se siente objeto de acoso en el trabajo por parte de su jefe; que empleaba la técnica de exigirle cada vez más trabajo basándose en su profesionalidad. Luego, nunca le parecía buena la tarea realizada, ni suficiente el esfuerzo extra llevado a cabo para cumplir las exigencias. Un pequeño fallo en una de las tareas que le sobrepasaban había sido la excusa para humillarlo y había desencadenado su depresión. Acude a consulta para que le enseñe a enfrentarse a su jefe.

ACT plantea como otro elemento de psicopatología la identificación excesiva el concepto que tenemos de nosotros mismos, de nuestro concepto de YO. El punto flaco de este paciente consistía en querer demostrar a toda costa su valor frente a su jefe. Es algo general en casos de acoso, el acosador menoscaba el concepto del propio YO y la única forma que ve la persona de salvarse es conseguir que aquel que le desvaloriza, en este caso el propio jefe, reconozca su valor. Entra así en un juego perverso, puesto que el acosador nunca reconocerá su valor.

Para hacérselo comprender, se le planteó un ejercicio en el que se le identificaba con algo perecedero, un vaso de plástico (Stevens, 1977).

“Como este vaso, sirves para cosas importantes, aunque no te las valoren; pasas desapercibido, eres limpio y sin suciedad, estás siempre que te necesitan, no te niegas a llevar contigo cualquier cosa que te quieren echar dentro, etc.”

Cuando se identificó con el vaso, se arrugó este y se tiró a la basura, planteándole como se había sentido. Era una metáfora de lo que su jefe estaba haciendo con su profesionalidad.

La solución estaba clara, era necesario tomar distancia del propio concepto del YO y descubrir el YO como contexto. Descubrir y sentir la permanencia de nosotros mismos por encima del rol, de la tarea que realizamos y de nuestras virtudes más importantes, permite que nos distanciamos de elementos como la profesionalidad y así fue capaz de plantearse poner límites al jefe, no alargar su jornada sin fin, preocuparse más por sus valores importantes como la salud, en definitiva, salir de la trampa en la que estaba sumido.

El pensamiento como fuente de sufrimiento. El desmantelamiento del pensamiento (defusión).

Los pacientes que hemos citado antes, como la práctica totalidad de los que tratamos, sufrían no solamente en las situaciones problemáticas. Cuando iba a salir el fin de semana A. está mal durante todo el día. Cuando a M. A. le avisaban el lunes de una reunión el viernes, pasaba la semana con un sufrimiento inenarrable, ni siquiera dormía. Sus pensamientos se disparaban, aparecía una predicción catastrófica: “te vas a poner nervioso en la reunión”, no importaba que se le notara o no, el hecho de ponerse nervioso era lo más horrible. Surgía también otra idea que le decía “intenta por todos los medios evitar la reunión, cuando estés en ella pasa desapercibido, y ahora mismo controla tu ansiedad”. Nuestros pensamientos nos sirven para adelantar el futuro y, cuando ese futuro implica sufrimiento, el lenguaje se convierte en fuente de dolor. Cuando hemos pasado por una situación difícil, por ejemplo, si las reuniones de trabajo nos han elicitado una gran ansiedad, las palabras “reunión de trabajo” nos la elicitará también siempre que el contexto le indique que tiene que asistir. A M. A. cada vez que le convocaban a una se le disparaba la ansiedad anticipatoria de forma que sufría durante muchos días antes. La teoría de los marcos relacionales da una explicación conductual a los procesos que ha llevan a M. A. a esta situación.

La Teoría de los Marcos Relacionales (RFT)

Para esta teoría (Hayes, Barnes-Holmes, y Roche; 2001), los humanos tenemos la habilidad peculiar de establecer relaciones **arbitrarias** entre cualesquiera dos elementos y en esa habilidad se basa el lenguaje. Este tipo de relaciones tiene las propiedades de implicación mutua (mutual entailment), implicación combinatoria (combinatorial entailment) y de transformación de funciones. RFT ha demostrado que si se establece una relación entre A “reunión de trabajo” y B (foto de reunión de trabajo), y luego entre B y C (reunión real) se derivan otras relaciones que no se han entrenado directamente, son relaciones derivadas entre B y A, (implicación mutua) C y A, A y C (implicación combinatoria), y C y B (ver fig. 1). Las palabras “una reunión de trabajo” elicitan respuestas, es decir, tienen determinadas funciones, que puede ser muy variadas, por ejemplo, pueden servir para ponerse a prepararla, apuntarla en la agenda para recordarla, excusar la asistencia, etc. La función que surja finalmente dependerá del contexto.

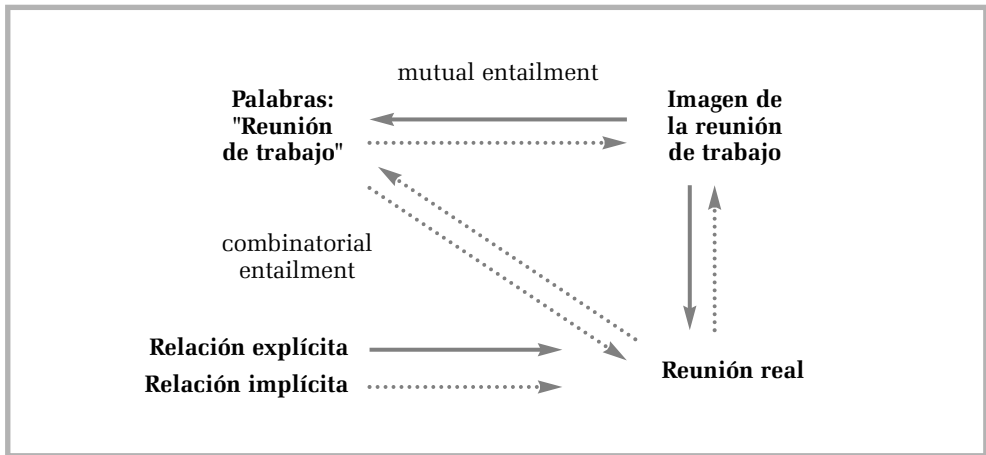


Figura 1. Derivación de funciones.

Cuando una reunión de trabajo real se da en un contexto en el que aparece una respuesta de ansiedad, ha cambiado la función de la reunión y ese cambio se transfiere también a las palabras relacionadas; se transforman sus funciones produciéndose una respuesta semejante. Esta transformación de funciones es otra componente necesaria de un marco relacional. “Tienes una reunión de trabajo” eli-

citará ahora ansiedad. Se produce un marco relacional cuando respondemos a las palabras “reunión de trabajo” por su relación con la reunión de trabajo real.

Es claro que las palabras “reunión de trabajo” no siempre tendrán la misma función. Solamente cuando el contexto señala que se ha de “asistir a una” de ellas es cuando se dispara la ansiedad. En RFT el contexto que señala la función que va a tener el lenguaje se conoce como Cfunc.

A M. A. alguien le comentó que una reunión de evaluación con el jefe era peor que las reuniones de trabajo, en lo tocante a ponerse nervioso. Sin haber asistido a ninguna reunión de evaluación, M. A. se puso muy nervioso cuando le dijeron que su jefe le iba a evaluar. M. A. había respondido al pensamiento de la reunión de evaluación de acuerdo a la relación establecida de ser peor que la de trabajo. El contexto en el que la relación entre las reuniones de evaluación y trabajo se estableció fue en el de “ponerse nervioso”, este contexto se conoce en RFT como Crel.

“Defusion”

M. A. está condicionado aversivamente a las reuniones de trabajo; y un condicionamiento aversivo produce tensión y activación, incrementa las conductas que eliminan la exposición al estímulo y suprime todas las respuestas que no van dirigidas a evitar o huir del estímulo. Las reuniones de trabajo le producen ansiedad y ahora el pensamiento de asistir a una se la elicitaba también. Se ha dado una fusión con el pensamiento, y ante él queda solamente una función que es la evitación de la ansiedad que produce. ACT propone el desmantelamiento del lenguaje (defusion), tomar conciencia de que un pensamiento es solamente un pensamiento, de que una sensación es solamente una sensación y una emoción, una emoción. Se trata de ampliar el repertorio de respuestas ante el pensamiento. Para ello, con M. A. se empleó la exposición en la imaginación que consiste en mantener indefinidamente los pensamientos, sentimientos, emociones y sensaciones ante el estímulo (el pensamiento de la reunión que tiene que asistir) sin dar respuestas de evitación y manteniendo la idea de seguir sus valores, es decir, estar activo, procurar que el trabajo que se haga sea eficiente y las relaciones entre los asistentes fluidas y agradables. Se da entonces un cambio en la función del pensamiento “asistir a una reunión de trabajo”, que se convierte exclusivamente en palabras.

Estar en el presente

Otra de las características generales en estos, y en la mayoría de nuestros pacientes, es que su vida transcurre o bien preparándose para la situación que ha de venir o repasando la que acaba de ocurrir, es decir, reevaluando como se han comportado en la situación que ya ha pasado. A todos, nuestra mente nos lleva lejos del presente, es su función, mientras que vivir en aquí y ahora ha sido garantía de salud psicológica para muchas orientaciones psicológicas. ACT también lo considera así, porque cuando no lo hacemos restringimos nuestra flexibilidad psicológica. Para lograrlo propone la aplicación de la atención plena (mindfulness) como una herramienta o medio para fomentarlo.

Kabat-Zinn (1990) define la atención plena como *Un medio de prestar atención de una manera particular: A propósito, en el momento presente, sin juzgar*. ACT plantea algo más, porque la atención plena ha de estar al servicio de nuestros valores, es decir, ha de ser un medio para permitirnos avanzar en la dirección de las consecuencias que deseamos a largo plazo y no solamente un elemento meditativo como se plantea en la meditación Zen (Fletcher y Hayes, en prensa).

Las técnicas de atención plena o conciencia plena, como también se traduce mindfulness, están teniendo un papel cada vez más relevante en la terapia cognitivo conductual (Vallejo, 2006) y se van obteniendo evidencias empíricas de su eficacia (Baer, 2003).

Para M. A., la aplicación práctica de éste, y de todos los procesos mencionados (aceptación, acción comprometida, valores, el yo como contexto, desmantelamiento del pensamiento y vivir el presente) es clara: vivir el presente, abierto y aceptando las sensaciones que aparezcan sin dejarse llevar a la lucha contra ellas, desmantelándolas, es decir, viviéndolas como sensaciones y pensamientos, con la atención dirigida a todo lo que ocurre en la reunión, para aprovechar el momento y realizar la acción comprometida con sus valores, y viviéndose a sí mismo como el contexto en el que ocurren todos estos fenómenos, lo que le permitirá asumir los riesgos necesarios para llevar a cabo la acción que más se ajuste a sus valores. De esta forma M. A. conseguirá una flexibilidad psicológica que es donde reside la salud mental.

Con los ejemplos de los casos expuestos se ha intentado dar una idea de la aplicación práctica de los procesos fundamentales que componen ACT y que aparecen resumidas en su "hexaflex" (Hayes y Stroschal, 2004).

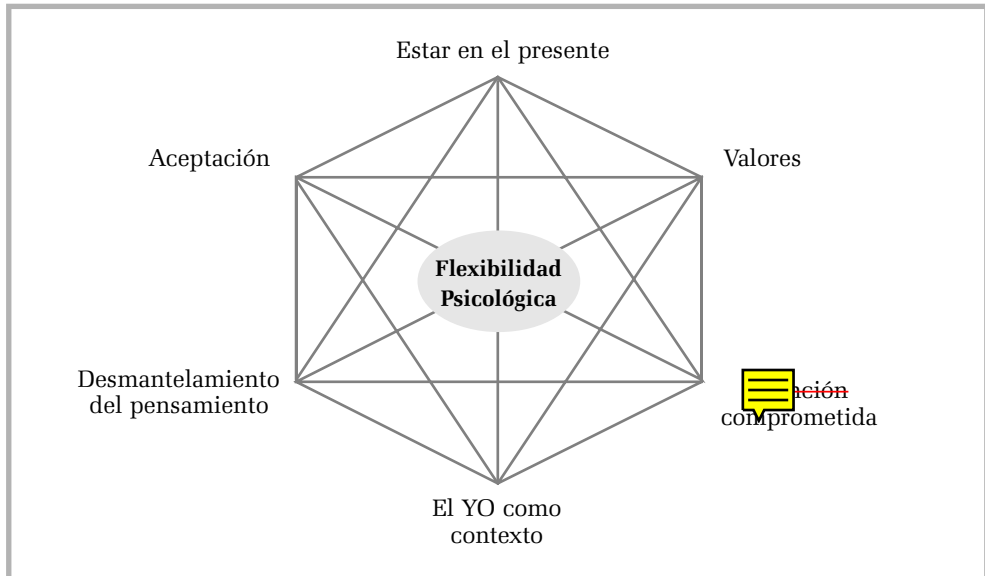


Figura 2. Hexaflex.

Todos los vértices están totalmente relacionados, cada uno de los procesos que los ocupan no se da sin los otros y los contienen totalmente. El hexaflex resume la idea de ACT de salud psicológica, que reside en la flexibilidad conductual, y el fallo alguno de los seis vértices, que conlleva fallo en el resto potenciará la psicopatología.

LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO Y LA TERAPIA COGNITIVA

La teoría de los marcos relacionales permite un abordaje del proceso de pensamiento desde una perspectiva del conductismo radical, es decir, aquel que considera los pensamientos como conductas de la persona. Hasta este momento era la terapia cognitiva quien se ocupaba de ellos y había desarrollado herramientas y métodos para modificarlos. Indudablemente lo había hecho desde otra perspectiva. En consecuencia, se plantea la cuestión de la coherencia y compatibilidad de ambas aproximaciones. Siguiendo la idea de la ciencia acumulativa se plantearía la situación ideal de que un desarrollo adecuado de la terapia cognitiva permitiera la incorporación de los avances propuestos por ACT. Algunos autores (Ciarrochi y Robb, 2005; Ciarrochi, Robb y Godsell, 2005; Ellis, 2005) ven factible la con-

vergencia, afirman que se puede dar y proponen pasos para ello. Sin embargo, otros autores (Hayes, 2005) ven problemas serios en la aproximación entre ambas. Los problemas son de diversa índole:

1. *De índole filosófica*

En la filosofía subyacente en la terapia cognitiva se considera que hay una verdad objetiva y que nuestro pensamiento se tiene que ajustar a ella para ser saludable. Además, nuestras ideas han de tener una estructura lógica, porque los problemas psicológicos provienen de un desajuste entre la realidad y la lógica, y el pensamiento de la persona. ACT tiene su base filosófica en el contextualismo funcional en el que se inscribe el pragmatismo, que considera que algo es verdad en tanto en cuanto da el resultado esperado, es decir, avanza en la dirección buscada. Como consecuencia de esta premisa ACT puede admitir que existan algunos pensamientos irracionales y alejados de la realidad, que no causarían ningún problema ni psicopatología, si no impiden o dificultan a la persona el seguimiento de sus valores.

Otro aspecto filosófico de discrepancia reside en la consideración del sufrimiento. ACT tiene entre sus bases filosóficas la inevitabilidad del sufrimiento. Esta consideración tiene una gran importancia práctica en la terapia, por ejemplo, para la elección del objetivo terapéutico. Para ambas corrientes el fin último de la intervención es conseguir la disminución del sufrimiento del paciente. Para ello, la terapia cognitiva, implícitamente, se une al paciente en sus esfuerzos para lograr la supresión total del sufrimiento. Sin embargo, ACT parte de la asunción filosófica de que existe un grado de sufrimiento inherente a la vida, que no se puede eliminar; es más, afirma que es el intento de acabar con él por completo lo que puede llegar a provocar trastornos psicológicos. En ACT se parte de la suposición de que no es posible eliminar totalmente el sufrimiento psicológico, tal y como lo pide y ha estado buscando inútilmente el paciente. En consecuencia, es necesario realizar un planteamiento inicial claro al paciente: hay que aceptar lo inevitable y acabar así con el sufrimiento adicional que supone para la persona dejar de ir en pos de sus metas y valores, y mantener una lucha inútil y sin fin contra sus pensamientos, sentimientos, sensaciones y emociones. Distingue entre el dolor inevitable, inherente en la vida, como cuando hay una pérdida importante y el trauma que causa a la persona la no aceptación de ese sufrimiento mínimo.

2. *Diferencias en la teoría científica que las sustenta*

La terapia cognitiva se sustenta de forma débil en la psicología cognitiva y en teoría de la información, mientras que la terapia de aceptación y compromiso se inspira en la teoría de los marcos relacionales. La teoría fundamental en la terapia cognitiva es que los pensamientos son causas de la conducta. Mientras que para ACT no es así, se puede pensar algo y hacer lo contrario de lo que el pensamiento nos dice. Es más, para ella romper la ligazón pensamiento-acción es uno de los medios para conseguir la salud psicológica.

Hayes (2005) considera que las diferencias son tan importantes que los procesos por los que actúan cada una de estas terapias pueden ser diferentes, aunque es un aspecto sobre el que habría que investigar profundamente para confirmarlo.

3. *En la aplicación práctica de las técnicas*

Las diferencias filosóficas y teóricas entre distintas orientaciones psicológicas se disuelven muchas veces cuando se llega a la práctica y a la aplicación concreta de las técnicas, porque si el cambio en el paciente se da, es porque se han puesto en marcha los procesos adecuados para ello, se haya hecho desde la orientación teórica que haya sido, cada orientación lo explicará a su manera.

Una de las herramientas terapéuticas más característicos de las terapias cognitivas es la reestructuración cognitiva, que incluye fundamentalmente la discusión y la puesta en cuestión franca y abierta de las ideas irracionales del paciente. Discutir y cambiar el contenido de los pensamientos del paciente es algo que no repugna a la terapia de aceptación y compromiso (Hayes, 2005); pero su objetivo fundamental se dirige a modificar la función del pensamiento, es decir, las consecuencias conductuales que tiene para la persona su presencia. Las discrepancias en este punto son más de énfasis que de fondo.

Sabemos que cuando queremos suprimir los pensamientos aumentamos su frecuencia (Wegner, 1994; Wenzlaff y Wegner, 2000) y que la supresión del pensamiento está implícita en muchos trastornos psicológicos (Purdon, 1999). También tenemos constancia empírica, que avala a la terapia cognitiva, de que la discusión y modificación de los pensamientos irracionales tiene un efecto terapéutico importante que, además, puede ser muy rápido. En la conjugación de estos dos hechos puede estar la confluencia de las dos corrientes. La pregunta a contestar es ¿cuándo hemos de dejar de discutir con el paciente y empezar a emplear otras téc-

nicas? como la aceptación o el dismantelamiento del pensamiento (defusion). Mi conclusión es que tener un cierto nivel de discusión para comprobar las ideas y creencias básicas del paciente es interesante y prácticamente inevitable, pero no puede ser el único camino, ni siquiera el más importante, para conseguir que el paciente cambie su conducta.

La aceptación está implícita en Beck que la llama distancia cognitiva y la considera necesaria para que se dé el cambio en el pensamiento. La aceptación que propone ACT se puede considerar una profundización de ese distanciamiento. La terapia de Ellis también la ha incluido entre sus técnicas y objetivos (Ellis, 2005). Estamos de nuevo ante una diferencia de énfasis: para ACT la aceptación es central e inexcusable, mientras que para las terapias cognitivas es una técnica y un paso más.

En la práctica clínica nos encontramos muy a menudo con los límites en la discusión de la irracionalidad del pensamiento. Los pacientes nos dicen “llevas razón, es ilógico e irracional, pero cuando llega no puedo reprimirme”. En esos casos sabemos que la lucha a ultranza para cambiar el pensamiento es inútil e incluso dañina. Por ejemplo, un paciente puede pensar que es irracional pensar que puede matar a su madre, que está convencido de ello; pero no puede quitarse el pensamiento de la cabeza. La terapia cognitiva nos indica que lo que hay que enseñar al paciente es que por mucho que tenga ese pensamiento no implica que lo vaya a realizar y que se atreva a comprobarlo, ACT plantearía la misma estrategia: lleva el pensamiento en tu cabeza como las llaves del coche en tu bolsillo y sigue el camino de tus valores. El camino que ambas utilizan para llegar a su propuesta es diferente, la terapia cognitiva animará al paciente a poner en cuestión la lógica implícita en su pensamiento emocional, comprobando su falsedad. Mientras ACT empleará la desesperanza creativa planteando de inicio al paciente si le ha servido para algo luchar contra el pensamiento e intentar suprimirlo, ante su respuesta negativa le animará a aceptarlo, es decir, dejarlo estar y seguir con sus valores. Para Hayes (2005) las diferencias implican que se ponen en marcha procesos diferentes en el cambio. La cuestión se reduciría a determinar cual de las dos aproximaciones es más eficaz y en que casos, lo que queda en manos de estudios empíricos.

ACT tiene también peculiaridades en las herramientas terapéuticas que emplea. Por ejemplo, para ella son fundamentales las metáforas y las paradojas, que si bien se han venido utilizando la terapia cognitivo conductual, ahora se convierten en un vehículo fundamental de cambio, en lugar de la discusión abierta y directa. Mientras que para la terapia cognitiva los experimentos conductuales para demostrar la lógica y ajuste a la realidad de los pensamientos son una herramien-

ta más, para ACT los ejercicios experienciales, en los que se incluye la aceptación, son el medio fundamental de cambio. Es de nuevo un cambio de énfasis que tiene que demostrar que es fructífero.

CONCLUSIONES

En este artículo se han abordado, desde un punto de vista de la práctica terapéutica diaria, las implicaciones que tiene para el psicólogo cognitivo conductual la incorporación de ACT. Se han repasado los aspectos fundamentales de ACT a través de su aplicación concreta a unos casos clínicos y se han mostrado sus ventajas prácticas para el psicólogo. Así se ha mostrado como ACT puede ser una guía de indudable valor para llevar a cabo el análisis funcional que requiere cada caso porque dota al clínico de un marco teórico potente y bien basado. Se ha visto como la teoría de los marcos relacionales (RFT), permite incorporar el lenguaje, el pensamiento y la cognición a la terapia más conductual y emplear técnicas dentro de la más pura tradición del análisis de la conducta para su modificación, aumentando así de forma notoria la potencia terapéutica del clínico, pudiendo afrontar con eficacia aspectos que antes han sido marginales en la terapia cognitivo conductual, como el concepto de YO, vivir aquí y ahora, la atención plena, etc. Las ventajas que para un clínico cognitivo conductual más cercano al análisis conductual no solamente no hay problemas en incorporar lo que ACT propone, sino que encontrará indudables ventajas.

La ciencia tiene que ser acumulativa, no siempre hay que desechar lo que existe para poder hacer algo nuevo y ACT se presenta como una nueva forma de hacer terapia cognitivo conductual, dando una nueva visión a lo que ya existe y ha probado ser eficaz, pero sin rechazarlo. Se trata de una evolución que partiendo de fundamentos teóricos sólidos aporta elementos importantes al quehacer diario del psicólogo clínico. No es una terapia que se aplique solamente a un determinado trastorno, sino que plantea un marco general en el que desenvolverse terapéuticamente. Las ventajas para el psicólogo son evidentes y se muestran ya en el libro básico de ACT (Hayes et al., 1999), pero el reto que está afrontando ahora es demostrar empíricamente que tiene ventajas en el tratamiento de todos, o al menos de algunos, trastornos específicos. Los estudios que se van haciendo así lo indican (Hayes, 2005), pero, aunque los indicios son muy prometedores es necesaria más investigación (Öst, 2006).

La terapia cognitivo conductual ha demostrado su eficacia en una gran cantidad de trastornos psicológicos y tiene una base empírica innegable. Si ACT

incluye algo nuevo, aunque sea un cambio de énfasis, se tendrá que reflejar en los resultados que se obtengan. La discusión final de si ACT añade algo nuevo o no se tiene que dilucidar finalmente en el campo de las pruebas empíricas y no en la discusión teórica y filosófica. La incorporación de ACT se tiene que reflejar en avances en algunas áreas en la que la psicología clínica no haya obtenido aún éxitos relevantes dando resultados que otras orientaciones no dan o bien proporcionándolos de forma más efectiva y rápida en los campos en los que ya se tienen tratamientos empíricamente validados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 125-143.
- Barlow, D. H. (Ed.). (2001). *Clinical handbook of psychological disorders (3rd ed.)*. Nueva York: Guilford Press.
- Ciarrochi, J., Robb, H. y Godsell, C. (2005). Letting a little nonverbal air into the room: Insights from Acceptance and Commitment Therapy. Part 1: Philosophical and theoretical underpinnings. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive Behavior Therapy*, 23, 79-106.
- Ciarrochi, J., y Robb, H. (2005). Letting a little nonverbal air into the room: Insights from Acceptance and Commitment Therapy. Part 2: Applications. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive Behavior Therapy*, 23, 107-130.
- Ellis, A. (2005). Can rational-emotive behavior therapy (REBT) and acceptance and commitment therapy (act) resolve their differences and be integrated? *Journal of Rational-Emotive and Cognitive Behavior Therapy*, 23, 153-168.
- Fletcher, L. y Hayes, S. C. (en prensa). Relational Frame Theory, Acceptance and Commitment Therapy, and a functional analytic definition of mindfulness. *Journal of Rational Emotive and Cognitive Behavioral Therapy*.
- Forman, M. E. (2006). Rival theories, flaming ListsServes and empirical data: the three-ACT story of whether Acceptance and Commitment Therapy is anything new or different. *WorldCon II The second world conference on ACT, RFT and Contextual Behavioural Science*. Londres.
- García Higuera, J. A. (1992). Un programa para la modificación del comportamiento con el propio cuerpo. *Clínica y Salud*. 3, 165-82.

- García Higuera, J. A. (en prensa). *Curso Terapéutico de Aceptación I y II*. Madrid. Librería Paradox.
- Hayes S. C. y Strosahl, K. D. (Eds.) (2004). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. Nueva York: Springer.
- Hayes, S. C. (2005). Stability and change in cognitive behavior therapy: Considering the implications of ACT and REBT. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 23, 131-151.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D. y Roche, B. (Eds.) (2001). *Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian account of human language and cognition*. Nueva York: Plenum Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Nueva York: Guilford Press.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. Nueva York: Delacorte.
- Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationships*. Nueva York: Plenum Press.
- Marks, I. (1991). *Miedos, fobias y rituales. T.1: los mecanismos de la ansiedad*. Madrid: Ediciones Martínez Roca, S.A.
- Öst, L-G. (2006). Efficacy of the third wave of cognitive and behavioral therapies: A review of the evidence. *WorldCon II The second world conference on ACT, RFT and Contextual Behavioural Science*. Londres.
- Purdon (1999). Thought suppression and psychopathology. *Behavior Research and Therapy*, 37, 1029-1054.
- Stevens, B. (1978). Trabajo corporal. En O. J. Stevens (Ed.), *Esto es Gestalt*. Santiago de Chile: Editorial Cuatro Vientos.
- Stevens, O. J. (1977). *El darse cuenta*. Santiago de Chile: Editorial Cuatro Vientos.
- Vallejo, M. A. (2006). Mindfulness. *Infocop online*. Recuperado de: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=969&cat=41 (Julio 2006).
- Wegner, D. M. (1994). Ironic processes of mental control. *Psychological Review*, 101, 34-52.
- Wenzlaff, R. M. y Wegner, D.M. (2000). Thought Suppression. *Annual Review of Psychology*, 51, 59-91.
- Wilson, K. J. y Luciano, M. C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)*. Madrid: Pirámide.