



**COMILLAS**  
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y  
SOCIALES**

**Diferencias entre ACT y terapia cognitivo conductual  
en población infanto-juvenil**

Autor/a: Rocío Manzanares Romero

Director/a: Belén Marina Gras

Madrid

2020/2021

# Índice

Resumen	3
Abstract	4
Introducción	5
Bases teóricas de ACT	7
Aplicación de ACT en población infantojuvenil	14
▪ Posibles dificultades	18
Bases teóricas de TCC	19
Aplicación de TCC en población infantojuvenil	21
Discusión	23
Referencias	26

## Resumen

La Terapia de Aceptación y compromiso (ACT) se encuentra dentro de la denominada tercera generación de terapia cognitivo conductual. Como su nombre indica es una terapia basada en la aceptación de las experiencias internas y el compromiso con la acción a partir de los valores personales. La terapia cognitivo conductual, creada por Ellis en 1957, es una de las más utilizadas debido a su alta eficacia. Su base es la intervención en las conductas y las cogniciones del paciente cuando estas son desadaptativas. Ambas, son terapias conductuales y tienen muchos aspectos en común.

Este trabajo pretende comparar la terapia cognitivo conductual con esta terapia de tercera generación. Tras una revisión teórica sobre ambas, serán objeto de investigación tanto sus beneficios como sus posibles limitaciones a la hora de aplicarlas en población infantojuvenil.

## Palabras clave

Aceptación y compromiso, flexibilidad, conducta, cognición, valores, niños, adolescentes.

## Abstract

Acceptance and Commitment Therapy (ACT) is within the so-called 3rd generation of cognitive behavioural therapies. As its name suggests, it is a therapy based on the acceptance of internal experiences and a commitment to action based on personal values. Cognitive behavioural therapy, created by Ellis in 1957, is one of the most widely used due to its high efficacy. Its basis is the intervention in the behaviours and cognitions of the patient when they are maladaptive. Both are behavioural therapies and have many aspects in common.

This work aims to compare cognitive behavioural therapy with this third generation therapy. After a theoretical review of each, both their benefits and their possible problems when applying them in the child and adolescent population will be investigated.

## Key Word

Acceptance and commitment, flexibility, behaviour, cognition, values, adolescents, teens, children

## Introducción

La terapia de aceptación y compromiso (ACT), es una terapia incluida dentro de la llamada tercera generación de la terapia cognitivo conductual. Las terapias de tercera generación tienen como base dos grandes principios que nos ayudan a comprender más adelante el funcionamiento de ACT: aceptación y activación. (Ruiz et al., 2012).

Se entiende como **aceptación** el proceso de dejar de buscar el bienestar mediante la evitación de toda experiencia negativa. En su lugar, se aceptan los síntomas y el malestar como proceso natural de todo ser humano independientemente de las circunstancias. (Ruiz et al., 2012).

La **activación** es un proceso que se da si el paciente deja de dirigir todos sus recursos y esfuerzos a la evitación de la experiencia negativa, por lo que tendrá mayor atención para promover el cambio desde la búsqueda de cumplir sus objetivos. (Ruiz et al., 2012).

ACT sugiere que el problema del ser humano ante el conflicto es que las soluciones que se proponen convierten a la mente en nuestro propio enemigo, ya que las herramientas que consideramos útiles para evitar el sufrimiento acaban provocando un sufrimiento incluso mayor. (Hayes, 2013).

Al igual que en TCC, la efectividad será evaluada mediante los logros personales del paciente, ya que al dejar de luchar contra los síntomas, éstos se reducirán llegando a desaparecer.

La diferencia básica entre esta terapia de tercera generación y los enfoques terapéuticos anteriores que se enmarcan dentro de la terapia de conducta es que ACT no asume el supuesto de normalidad saludable. Esto quiere decir que los seres humanos son naturalmente sanos en el ámbito psicológico, si se dan unas buenas condiciones ambientales y oportunidades para el desarrollo. Así, ACT no lo considera, ya que una vida feliz es complementaria al sufrimiento y malestar psíquico. (Mandil et al., 2017).

ACT entiende la salud psicológica como el mantenimiento de patrones comportamentales significativos y útiles en las diversas áreas importantes de la vida de una persona. (Páez-Blarrina et al., 2006).

El sufrimiento psicológico no es considerado resultado de procesos excepcionales, sino resultado de procesos normales, lo que explica su extensión y profundidad. A diferencia de la terapia cognitivo conductual, no se intenta cambiar el contenido del pensamiento del paciente por uno más adaptativo, sino que se trata de cambiar la forma en la que el paciente vive ese contenido cognitivo y su relación con ese pensamiento o emoción que está controlando sus acciones. (Mandil et al., 2017).

Uno de los fines y beneficios de ACT, es el aumento de la flexibilidad psicológica para una mejor adaptación, mediante el desarrollo de una serie de habilidades que guiarán al paciente hacia sus objetivos.

La eficacia de ATC ante trastornos de ansiedad, dolor crónico y prevención de conductas de riesgo; comunes en población adolescente, ha supuesto que numerosos estudios evidencien los beneficios de ACT en este grupo poblacional. Además, tanto el énfasis en el desarrollo del vínculo terapéutico como la colaboración terapéutica y el desarrollo de flexibilidad psicológica que destacan en ACT, favorecen la terapia con adolescentes.

“La flexibilidad es un modo especial de abordar la propia conducta, en términos no técnicos, se entiende como la habilidad para observar y reaccionar a los pensamientos, sensaciones, acciones y tener la oportunidad de actuar hacia metas con sentido personal”. (Luciano, 2016, p.11).

Este trabajo tiene como finalidad la comparación de esta terapia con la terapia cognitivo conductual (TCC), cuyo origen se remonta a los años 60.

Ambas terapias se centran en el presente, el aquí y ahora, teniendo en cuenta el pasado de la persona para comprender su historia de aprendizaje pero sin hacer hincapié en ella. Se caracterizan por un seguimiento terapéutico constante para poder ser consciente de los cambios y la evolución. (Gálvez, 2009).

Para TCC el cambio en la conducta se debe a cambios o alteraciones cognitivas, mediante procesos de aprendizaje, que guiarán la conducta haciéndola desadaptativa. El problema no siempre es la situación en sí, sino la interpretación de ella. En dicha interpretación, ocasionalmente, la persona tiene esquemas cognitivos negativos o desajustados, por ello el terapeuta cognitivo conductual debe hallar esas ideas o

creencias desadaptativas para poder trabajar con ellas, y cambiar de esa manera la conducta. (Gálvez, 2009).

### Bases teóricas de la terapia de aceptación y compromiso

La terapia de aceptación y compromiso (ACT) se asienta en la Teoría del marco relacional de Hayes, Barnes-Holmes y Roch (RFT) sobre el funcionamiento de la mente, teoría incluida dentro del conductismo radical, que considera la cognición como conducta, y en consecuencia bajo las mismas leyes que cualquier otro comportamiento. (Ruiz et al., 2012). Además dicha teoría (RFT), afirma que el sufrimiento forma parte necesariamente de nuestra experiencia vital, ya que este se encuentra en el repertorio natural de todo ser humano. (Mandil et al., 2017).

Ha tenido su desarrollo en los últimos 25 años, siendo el primer artículo relacionado con ella escrito por Hayes en 1984. (Ruiz et al., 2012).

Para Harris, uno de los propósitos de la ACT es conseguir que el paciente viva basándose en su propio criterio y aceptando el sufrimiento que surge de toda vida significativa (como se citó en Mandil et al. 2017).

El sufrimiento, según ACT, viene dado por procesos normales, dichos procesos están relacionados con el **lenguaje y la cognición**.

Mediante el lenguaje valoramos y evaluamos constantemente el mundo que nos rodea, tanto de manera directa como simbólica. Debido a un proceso que ACT denomina *fusión* le otorgamos mayor importancia a la representación simbólica que a la representación directa de un estímulo. (Mandil et al., 2017).

La capacidad simbólica no implica patología, ya que la solución de problemas de manera simbólica puede ser útil. La patología surge cuando el intento de resolución de los problemas, aludiendo a la representación simbólica de éstos, resulta demasiado frecuente, incluso compulsivo, va acompañado de una preocupación también constante e interrumpe el curso de acción normal de la persona. La preocupación en si es un proceso normal y no se considerara patológico, ya que el contenido no es el problema, el inconveniente está en la rigidez con la que domina la acción y si afecta a la cotidianidad de la persona. (Mandil et al., 2017).

La conducta humana está influenciada en gran parte por el ambiente, lo que se denomina *conducta basada en contingencias*, cuando el ambiente es modificado la conducta cambia también. No obstante, la conducta puede ser modificada por el lenguaje y controlarse de manera verbal, ya que los productos del lenguaje pueden afectar a la relación con el contexto. (Mandil et al., 2017).

El ejemplo más esclarecedor de control mediante el lenguaje es la capacidad de crear y acatar reglas, explicaciones verbales de contingencias. Puesto que las reglas se siguen, pero también se crean, tenemos acceso a aprendizajes y sus consecuentes reglas acumulados en la cultura. Esta regulación de la conducta se denomina *conducta gobernada por reglas*, es aprendida y podemos clasificarla en tres categorías que dependerán de la historia de aprendizaje implicada. (Mandil et al., 2017):

- Tracking: conducta gobernada por reglas que describen las consecuencias de las acciones.
- Pliance: conducta gobernada por reglas que describen las consecuencias sociales de las acciones.
- Augmental: Conducta guiada por reglas que modifican el valor de refuerzo de una consecuencia.

Gran parte del proceso de desarrollo personal y de integración en la sociedad consiste en aprender a seguir y formular dichas reglas. Es de vital importancia que la conducta pueda ser controlada no solo por el ambiente, también por reglas, ya que permitirá la abstracción de la conducta con respecto al contexto. (Mandil et al., 2017).

El problema es que en ocasiones la conducta gobernada por reglas es desadaptativa en el contexto determinado de la persona, ya que los aprendizajes basados en reglas ofrecen menos plasticidad en relación con el contexto. Para ACT la finalidad con respecto a este tipo de conductas sería cambiar la rigidez de tener que seguir estas reglas de una determinada manera ante un determinado contexto. (Mandil et al., 2017).

Hay procesos cognitivos que llevan a una rigidez conductual, para ACT el problema no son los procesos en sí mismos, sino la posibilidad de volvernos rígidos al centrarnos más en los contenidos de nuestra mente que en el mundo que nos rodea. (Mandil et al., 2017).

ACT se desarrolla en torno a dos conceptos: el concepto de evitación experiencial y el concepto de los valores personales.



### Evitación experiencial

La experiencia interna también es categorizada y evaluada mediante el lenguaje, no obstante, las experiencias internas no son ni buenas ni malas, simplemente existen. Cuando una experiencia interna es evaluada como negativa, poco deseable, perjudicial, etc., es más probable que la persona realice acciones con el fin de evitar estas experiencias internas catalogadas negativamente. (Mandil et al., 2017).

Las conductas dedicadas a la evitación de dichas experiencias son llamadas conductas de **evitación experiencial**.

La evitación experiencial no es un proceso necesariamente patológico, puede ser útil para muchas situaciones, será perjudicial en el caso en el que se utilice para lidiar con toda experiencia interna e interfiera en la acción normal de la persona. Según Hayes et al, la evitación experiencial está relacionada con un gran número de trastornos (citado en Mandil et al, 2017). Según Luciano y Hayes, se entiende la conducta de evitación como ineficaz, ya que solo agrava los síntomas en lugar de evitarlos. (Como se citó en Mandil et al., 2017).

Este intento de evitación proviene de una cultura en la que se da prioridad el intento de sentirse bien, pero al evitar el sufrimiento el beneficio es limitado durante un tiempo. Más tarde torna y se vuelve a intentar evitar, por lo que la persona entra en una especie de círculo en el que dedica su tiempo a intentos de evitación del malestar. (Ruiz et al., 2012).

Según las investigaciones de Wagner sobre procesos irónicos del pensamiento, cuanto más se intenta evitar una experiencia interna de manera intensa, con más frecuencia tiende a aparecer. Coherentemente, cuando se deja de luchar contra su aparición, estas experiencias internas pierden importancia psicológica. (Mandil et al., 2017).

### Valores personales

Los **valores personales** son reforzadores establecidos vía verbal y entendidos como la guía que debe seguir la persona para llegar a sus objetivos. Están relacionados con aquello que cada persona considera necesario para tener una vida feliz. (Ruiz et al., 2012).

Los valores pueden alcanzarse mediante la conducta, pero nunca obtenerse como un objeto. No son tareas que se alcancen por completo y de manera perfecta, siempre puede haber una mejor calidad de vida, ser mejor o crecer en algún ámbito. Al no conseguirse nunca, su presencia es constante para darle sentido y un propósito al comportamiento. (Páez-Blarrina et al., 2006).

Partiendo de estos conceptos ACT desarrolla una serie de premisas (Ruiz et al., 2012):

- El problema no está en los pensamientos o emociones negativas ya que dependerán del contexto, sino en la manera que tiene la persona de reaccionar a ellos.
- El intento de no sufrir puede ser perjudicial, ya que el sufrimiento psicológico es algo natural y circunstancial cuya evitación puede resultar pernicioso.
- La salud psicológica es entendida como el buen funcionamiento de patrones de comportamiento útiles en diferentes contextos de la vida de la persona.
- A pesar de que los pacientes buscan en terapia una solución a sus problemas, el objetivo de ACT será enseñarles que los caminos que han seguido para solucionar esos problemas no son útiles y, por tanto, lo realmente importante es cambiar los planes para poder llegar donde el paciente quiere.
- Los problemas psicológicos vienen dados por la importancia que la persona le da a los pensamientos o emociones disruptivos, no por los pensamientos en sí, ya que dejan a un lado los valores realmente importantes y permiten que dichos pensamientos o emociones inadecuados tomen el control de la conducta.
- El papel del terapeuta ACT es el de acompañante en el proceso de crecimiento personal del paciente, además también se tendrá en cuenta el proceso personal de este.

La principal propuesta de ACT consiste en el desarrollo de ciertas habilidades, mediante el peso que el lenguaje y los pensamientos tienen sobre la acción, para el aumento de la **flexibilidad psicológica**. Para Wilson dicha flexibilidad se basa en 6 habilidades o procesos, que el terapeuta ACT se centrará en reforzar (Mandil et al., 2017):

1. Aceptación

Es el proceso que da nombre a ACT, se basa en vivir los pensamientos, emociones y sensaciones abiertamente sin tratar de evitarlos. Es un proceso activo, ya que

requiere que el paciente se enfrente a sus experiencias, incluso cuando éstas suponen enfrentarse a estímulos temidos. La finalidad es que el paciente se haga consciente de lo que éstas vivencias le enseñan para llegar a sus objetivos. (Ruiz et al., 2012).

La aceptación tiene dos aspectos. En primer lugar, el exponer que los intentos de control de las experiencias internas mantienen e, incluso aumentan, el malestar. Este proceso es denominado *desesperanza creativa*. En segundo lugar, está el conseguir tener contacto con las experiencias internas evitadas, ya que estas pueden ser molestas, pero deben ser vividas por el aprendizaje que se puede obtener de ellas. (Mandil et al., 2017).

Centrándonos más en la *desesperanza creativa*: Según Hayes et al, se trata de un proceso en el que el terapeuta ACT intenta que el paciente se dé cuenta mediante un *insight* de que, ante un problema, la solución que él pone o el camino que elige para solucionarlo no sirve. De esta manera, intenta que el paciente logre generar otras vías alternativas que realmente le sirvan para solucionar problemas y llevar a cabo una vida satisfactoria. Se debe tener cuidado con que el paciente piense que no hay solución al problema o que es él mismo quien no tiene solución, hay que clarificar que el problema es la vía que se sigue para conseguirlo. (Ruiz et al., 2012).

## 2. Defusión

Según Luoma y Hayes, se trata un proceso en el que se anima al paciente a que recoloque sus vivencias internas como pensamientos y emociones. Que vea estas experiencias como algo pasajero, que viene y va. De esta manera, se promueve la aceptación y se consigue evitar la fusión del paciente con sus pensamientos y así, se desvincule de ellos. (Ruiz et al., 2012).

No es necesario considerar que los productos verbales (cogniciones, reglas, valoraciones, etc.) no son reales, o son falsos. Se trata de considerarlos como un modo más de regulación conductual, que debe acompañarse de otros aspectos como el contexto o los valores. (Mandil et al., 2017).

### 3. Momento presente

Proceso que consiste en llevar la atención desde el momento presente de la persona al contexto, tanto externo, como interno. El foco atencional estará en el contexto, las sensaciones físicas, los productos verbales (evitando que el paciente se quede enganchado en ellos) y la información sensorial. La finalidad es conseguir que la flexibilidad atencional permita atender a un estímulo de manera sostenida y poder moverse, o regresar de manera flexible. (Mandil et al., 2017).

### 4. Self (Mandil et al., 2017) o El yo como contexto (Ruiz et al., 2012).

Es un proceso que trata de formar verbalmente la construcción del yo como persona. Es decir, diferenciar el yo de los contenidos internos para que éstos no se apoderen de la persona, ya que a veces la persona se ve a sí misma como sus problemas psicológicos y nada más. (Ruiz et al., 2012).

De igual manera, promueve la capacidad de ser flexible en cuanto a la perspectiva, para que el paciente sea capaz de imaginar que percibe una experiencia desde otro punto de vista, ya sea desde el enfoque de una tercera persona, o incluso de sí mismo, en un momento temporal diferente. (Mandil et al., 2017).

### 5. Valores

En este proceso se va a tratar de guiar al paciente hacia sus objetivos importantes, lo que realmente siente parte fundamental de su vida, ya que en ocasiones, por el intento constante de evitar el sufrimiento, el paciente tiende a apartar aspectos de su vida de mucho valor. También se busca que el paciente se haga consciente de la finalidad de sus actos, y del coste personal que tienen sus acciones. (Ruiz et al., 2012).

Este repertorio de valores que se pretende crear, tiene como finalidad sustituir las reglas que están siendo inefectivas, de manera que la conducta sea guiada por estos valores, en lugar de ser guiada por las reglas. (Mandil et al., 2017).

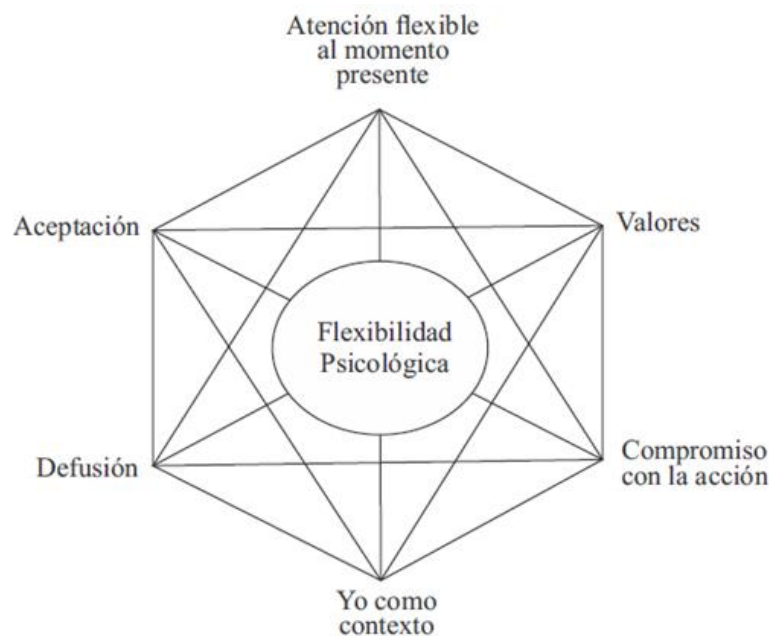
## 6. Compromiso

Proceso en el que se establecen metas con la finalidad de generar un compromiso en el paciente con respecto a su conducta. Esto no se aplicará como una orden o dirección del terapeuta, sino haciendo valoración de los objetivos a los que quiere llegar y las vías que el paciente está dispuesto a seguir para conseguirlo. (Ruiz et al., 2012).

Mediante este proceso se consigue que la acción sea algo deliberado y consciente, en lugar de actuar siguiendo impulsos y el constante intento de evitar ciertas experiencias internas. (Mandil et al., 2017).

### El hexaflex

Estas 6 habilidades o procesos han adoptado en ACT una representación gráfica denominada hexaflex, mediante la cual es más sencillo organizar los procesos en dimensiones. (Mandil et al., 2017).



Esta representación también permite agrupar las diferentes dimensiones, el lado derecho es el relacionado con la aceptación y el mindfulness, mientras que el lado izquierdo está relacionado con el compromiso y la conducta. (Mandil et al., 2017).

Hacia el centro del hexágono estaría el símbolo – y hacia afuera +, lo que significa que cuanto más desarrolladas estén estas habilidades en un paciente, más se acercará al hexágono externo que, simbólicamente se trata de una desarrollada flexibilidad cognitiva. Por el contrario, cuanto menos desarrolladas estén estas dimensiones, más se acercará al hexágono interno que simboliza la rigidez psicológica. El extremo externo no

significa salud, ya que estará en el punto en el que el paciente adquiera un nivel de flexibilidad que le permita lidiar las situaciones que se le presenten. (Mandil et al., 2017).

El desarrollo de estas seis dimensiones en ACT no requiere unas técnicas específicas, lo que la convierte en una terapia muy flexible con la que el desarrollo de habilidades puede ser muy variado (individual, grupal, con o sin ejercicios experienciales, etc.). De esta manera, no hay unas metodologías determinadas que definan ACT, ya que toda técnica que fomente el desarrollo de las habilidades destacadas puede ser utilizada. (Mandil et al., 2017).

### Aplicación de ACT en población infantojuvenil

Los estudios de ACT destacan por ser más numerosos en población adulta que infantojuvenil. De ello se deduce que se le otorga una mayor importancia a su aplicación en adultos, a pesar de que una detección y tratamiento temprano de diversos trastornos y conductas problemáticas durante las etapas infancia y adolescencia, reducirían notablemente la sintomatología y su cronificación en la edad adulta. (Mandil et al., 2017).

A pesar de que la aplicación de ACT en población infantojuvenil es aún un trabajo en progreso, ya hay numerosos estudios sugieren que los constructos en los que se basa ACT como la aceptación y la atención plena de las experiencias son de especial importancia para el bienestar psicológico de los adolescentes (Coyne et al, 2011).

Así, ACT es considerada una terapia acertada para el tratamiento en pacientes adolescentes. Son numerosos los informes que muestran su eficacia en el tratamiento de conductas ansiosas, trastornos del estado de ánimo y prevención de conductas de riesgo propias de esta etapa evolutiva. (Mandil et al., 2017).

Los investigadores que trabajan en esta línea consideran la necesidad de más estudios sobre el tema, hay evidencias que arrojan que, en un estudio de Hamcock et al sobre población infantojuvenil con sintomatología ansiosa, la reducción de la sintomatología es similar tras ACT y TCC, no obstante en cuanto a la calidad de vida, los resultados de ACT han superado a TCC. (Mandil et al., 2017).

Concretamente, en la adolescencia, uno de los desafíos evolutivos más importantes es el equilibrio entre un creciente desarrollo de la autonomía, junto con el grupo de pares y, simultáneamente, seguir dependiendo socio-económicamente de la familia y mantener el vínculo afectivo. Por ello ACT incluye diferentes tratamientos orientados al desarrollo de herramientas para poder llevar de manera satisfactoria esta etapa evolutiva. (Mandil et al., 2017).

En la etapa de la adolescencia, adquieren especial importancia las relaciones interpersonales del adolescente con los grupos de pares y con figuras de autoridad como los docentes. Debido a esta nueva necesidad a la hora de relacionarse, Hayes y Ciarrochi incorporan técnicas cuya finalidad se basa en el desarrollo de la compasión, la resolución de problemas de manera conjunta, el enriquecimiento en las relaciones sociales, y la asunción del propio rol en las relaciones junto con la toma de responsabilidad en las acciones. (Mandil et al., 2017).

En población infantojuvenil es común encontrar *conductas gobernadas por reglas*, concretamente del tipo *pliance*, ya que en esta etapa evolutiva la aceptación social juega un papel muy importante. También, podemos encontrar con frecuencia *tracking* que no son útiles, como reglas para relacionarse. En ACT la finalidad principal será cambiar la necesidad de seguir las reglas rígidamente, aunque sin obviar cambiar el contenido de alguna de estas en el caso de que fuese necesario. Se fomentará la sustitución de estas reglas inefectivas por valores que guíen la conducta. De manera específica, en población infantojuvenil se debe fomentar un sentido de autoría con respecto a las direcciones vitales que elija, además, el terapeuta debe tratar que los valores sean elegidos por sí mismo, no bajo el intento de aceptación social, ni otro tipo de ganancias. (Mandil et al., 2017).

Los contextos significativos del paciente se deben evaluar también, y si fuese necesario, intervenirlos. Solo se debe trabajar con la familia, u otras figuras del contexto del paciente, en el caso de que haya evidencias de que están influyendo en los factores mantenedores del problema. Será más evidente en los casos en que son los familiares, escuela o instituciones los que demandan la terapia y si la problemática está relacionada con conductas disruptivas. En estos casos, las demandas de los familiares u otras figuras

de autoridad se basan en la resolución de los problemas entre el adolescente y los adultos de una manera cooperativa. (Mandil et al., 2017).

Esta resolución de problemas de manera conjunta, acompañada del establecimiento de contratos conductuales, según Miller et al., serán útiles si su finalidad es el desarrollo de un repertorio de acciones adaptables y comprometidas por parte del paciente. (Mandil et al., 2017).

Tal y como es destacado por Leeming y Hayes, es importante el desarrollo de la flexibilidad, aceptación y perspectiva en la figura de los padres, para que así puedan enfrentarse con mayor facilidad al estrés que conlleva la crianza, a la vez que se disminuye la impulsividad y el rechazo ante los conflictos con el adolescente, generando repertorios más efectivos en su propia conducta. El trabajo con la familia y otros contextos, debe ir dirigido al cambio de la evitación experiencial por la aceptación, el compromiso y la flexibilidad. (Mandil et al., 2017).

La relación terapéutica será un factor muy determinante en la terapia. Esta afirmación es común a todas las terapias y a todas las poblaciones. Sin embargo, la población adolescente tiene unas características diferentes que hacen que el terapeuta ACT deba tener en cuenta diversos aspectos.

Uno de los principales focos de dificultad en esta etapa, se basa en la búsqueda del equilibrio entre el progresivo aumento de independencia y la dependencia aún presente. Se debe tener especial cuidado con permitir el libre desarrollo de la identidad del paciente, ya que en la adolescencia no existe aún una confianza plena en los propios criterios y es común buscar un referente que dé ideas. El terapeuta debe evitar dar patrones que seguir o ideas cerradas al adolescente, siendo más beneficioso para su desarrollo como individuo darle confianza para que sea libre de tomar sus decisiones y tener sus opiniones. De igual manera el terapeuta ACT debe acompañar y guiar al paciente en la búsqueda de identificación de sus valores, que vendrá acompañada de fuertes emociones, siendo la adolescencia la etapa en la que los valores se establecen. (Mandil et al., 2017).

La relación terapéutica ayudará al desarrollo de flexibilidad psicológica en el paciente, ya que las respuestas flexibles, en el caso de que existan, serán reforzadas. Si no existen pueden ser moldeadas. Al ser estas habilidades entrenadas en el marco experiencial será clave la actuación terapéutica, por lo que el profesional debe cuidar especialmente



mantenerse involucrado, activo y presente. Esta flexibilidad no solo ayudará al desarrollo del paciente, sino que es necesaria su presencia para una efectividad terapéutica. (Mandil et al., 2017).

En ACT terapeuta y paciente están en una relación de igualdad y vulnerabilidad, en la que el terapeuta reconoce tener también el impulso de tratar de evitar las experiencias difíciles. Al compartir esta información con el paciente se consigue una normalización que hace que el paciente no se sienta aislado al sufrir psicológicamente.

De igual manera, el terapeuta ACT revela experiencias personales que ayudan a que el adolescente le vea como una figura real que también tiene experiencias difíciles. Estas auto-revelaciones deben estar siempre dirigidas hacia el objetivo terapéutico, es decir, debe considerarse cuál es su objetivo y el impacto que tendrán en el paciente. (Mandil et al., 2017).

Es común que los adolescentes se sientan juzgados negativamente y recriminados por los adultos. En este contexto el terapeuta ACT debe mantener una actitud de curiosidad hacia los objetivos del paciente y las estrategias que está llevando a cabo para llegar a ellos. Valorar junto con el paciente si es el camino correcto o no, pero nunca juzgar, y por ello debe luchar contra su impulso de debatir, confrontar o discutir sobre cuál es la manera correcta. Del mismo modo, es imprescindible el respeto por parte del terapeuta hacia el contexto del paciente, sus valores, sus decisiones y su manera de solucionar los problemas. Debe presentar una actitud empática y tratar de mirar desde la perspectiva del adolescente. Para ACT el paciente dispone de todas las herramientas, la labor del terapeuta es el desarrollo de las habilidades absteniéndose de tratar de arreglar las cosas desde su experiencia o perspectiva. (Mandil et al., 2017).

En lugar de intentar arreglar las cosas tal y como el terapeuta haría según sus propios hábitos resolutivos, en ocasiones es preferible dar lugar al aprendizaje mediante la vivencia de emociones y pensamientos dificultosos o contradictorios, cuando se entiende que vivenciar esto va a ser beneficioso en el futuro. Esto puede ser especialmente difícil para los terapeutas orientados al cambio. (Mandil et al., 2017).

El enfoque ACT es más experiencial y menos directivo, por lo que la terapia se basará en la experiencia directa, la cual será promovida por el terapeuta mediante ejercicios y metáforas que proporcionan información relevante y a veces novedosa para el paciente. Durante estos ejercicios experienciales el terapeuta debe mantenerse, en la medida de

lo posible, presente física y emocionalmente, de tal manera que la vivencia de la experiencia que tenga el terapeuta será también relevante. Se presta más atención a la experiencia en sí que a la verbalización de ésta, debido a que al verbalizar se puede tratar de dar coherencia a la experiencia. El terapeuta debe tener también cuidado con su verbalización ya que si toma un tono directivo puede ser un aprendizaje para el paciente sin que este llegue a haber experimentado si le sirve o no. Una manera de focalizarse menos en la verbalización de la experiencia es tratarla con humor, pero manteniendo siempre la relación de igualdad con el adolescente. (Mandil et al., 2017).

En ACT se recupera la autenticidad propia del humanismo, ya que el terapeuta es un acompañante en el proceso terapéutico. Según Hayes, de esta manera se favorecerá la efectividad de las relaciones terapéuticas, especialmente con población adolescente. Al tratar con personas de su entorno directo, es de utilidad clarificar tanto al paciente como a los familiares, y/o figuras de autoridad del entorno, que solo se tratarán con ellos temáticas relacionadas con los conflictos que impulsan la conducta. La vida privada del paciente permanecerá bajo secreto profesional, siempre y cuando el paciente no esté teniendo conductas de riesgo o que pongan en peligro su integridad, en cuyo caso se le expondrá la necesidad de tratarlo con su familia. Generalmente, al exponerle al paciente la importancia del problema, este accede a hablarlo en compañía de las personas que el profesional crea conveniente para garantizar su seguridad. (Mandil et al., 2017).

En el caso de no aceptar, se le expone la necesidad del terapeuta de seguir sus principios éticos y hacer lo que considera para no poner en riesgo al paciente, pero siempre anticipando lo que va a hacer al paciente para no dañar la alianza terapéutica. (Mandil et al., 2017).

Por último, cabe destacar la necesidad del terapeuta de amoldarse a cada paciente, amoldar los tiempos de terapia al nivel de tolerancia y adaptarse a su nivel evolutivo y su contexto cultural. El terapeuta ACT debe cultivar su propia flexibilidad con la finalidad de no someterse a un patrón rígido. En algunos momentos deberá ser creativo o, incluso, dejar que sea el adolescente el que comience las metáforas para dar fluidez y conocerle mejor. Es importante tener en cuenta que los adolescentes presentan tiempos de atención sostenida variables y pueden necesitar ayudas como apoyos visuales, sensoriales e interactivos. Que ACT utilice la experiencia directa y las metáforas la hace

especialmente acertada a la hora de tratar con adolescentes que necesitan de una mayor interacción. (Mandil et al., 2017).

### Posibles dificultades

A pesar de que la aplicación de ACT en población infantojuvenil es viable en la mayoría de sus componentes, hay que tener en cuenta algunas peculiaridades que pueden afectar en la aplicación. (Murrell y Scherbarth, 2006).

Un ejemplo es el sentido del yo como contexto, visto anteriormente, que puede ser difícil de comprender para un niño o adolescente. Para ello se sugiere la utilización de metáforas que ayuden a comprender de una manera no tan abstracta.

Otra posible dificultad es el intento terapéutico de que el paciente valore sus intentos de aliviar el sufrimiento, que caminos sigue y por qué estos no están sirviendo. En ocasiones puede ser confuso, por lo que se puede utilizar una técnica adaptada a esta población que consiste en separar en dos cajas (una con un símbolo claramente positivo y la otra con un símbolo claramente negativo) y que el paciente valore si sus conductas se acercan o, se alejan, de sus valores de una manera más literal y sencilla. (Murrell et al, 2006).

### Bases teóricas de la terapia cognitivo conductual

La terapia cognitivo conductual tiene su origen a mediados de los años 50, aunque no tuvo su apogeo hasta los 80 coincidiendo en un momento en el que había un gran desencanto con las terapias psicoanalíticas. Los trabajos de investigación sobre aprendizaje del siglo XX son considerados aportaciones de base de TCC, y en la actualidad, siguen teniendo un importante papel en esta terapia. (Ruiz et al, 2012).

En las últimas décadas se ha convertido en una de las terapias más utilizadas debido a las evidencias de su efectividad en diversidad de problemas y trastornos psicológicos. Además, también resulta beneficioso a la hora de su aplicación el hecho de que TCC no suele tener una duración excesiva y que busca el cambio conductual de manera efectiva, por lo que el coste y el tiempo de terapia serán menores. Así, se trata de un modelo con numerosas variables y que ha sufrido cambios a lo largo de los años, teniendo como

consecuencia diversas modalidades, pero todas con el objetivo común de la detección y el cambio de la conducta desadaptativa. (Ruiz et al., 2012).

De TCC actual podemos decir que entiende que las cogniciones, respuestas físicas, emociones y conductas desadaptativas han sido aprendidas, incluso, en los casos en los que el paciente no es consciente de este aprendizaje. Por tanto, se puede ejercer control sobre estos aprendizajes para modificarlos, o en el caso de que sea necesario, modificar los procesos cognitivos que son la base del comportamiento. También podemos decir que el énfasis principal de la TCC está en el comportamiento y sus determinantes, aunque tiene en cuenta la historia de la persona en el caso de que haya sido determinante. (Ruiz et al., 2012).

Centrándonos en los valores personales, los cuales tienen una gran importancia e implicación en ACT, podemos decir que la Terapia Cognitivo Conductual tiene como uno de sus objetivos principales el cambio conductual, lo que aparentemente no está relacionados con los valores del paciente. En su lugar, están relacionados con los valores de la terapia, al igual que la disminución del malestar que es considerado un síntoma a eliminar. Esto no quiere decir que no se contemplen los valores del paciente durante la terapia, sino que no son uno de los objetivos centrales de esta. (Páez-Blarrina et al, 2006).

En cuanto a la metodología de TCC, se trata de una metodología experimental en la que hay un proceso constante de 1) evaluación del problema, 2) planteamiento al paciente, 3) intervención y 4) evaluación de los resultados. Por lo que evaluación y tratamiento se interrelacionan durante la terapia, ya que hay una constante evaluación de los cambios a corto y largo plazo en la conducta del paciente con respecto al tratamiento. (Ruiz et al., 2012).

Por otra parte, TCC es activa, lo que significa que el paciente debe participar en la terapia y realizar las tareas estimadas por el terapeuta tanto en consulta como fuera de ella. Es común en TCC el trabajo para realizar en el medio natural del paciente.

## Aplicación de TCC a población infantojuvenil

En la aplicación de la TCC a la población infanto-juvenil, cabe destacar las aportaciones de Bandura. Desde su teoría del aprendizaje social, podemos ver como los procesos cognitivos pueden afectar a las emociones y la conducta del ser humano. De igual modo, propone diversos factores que pueden afectar a la conducta humana, tales como el entorno, el sistema y el marco cultural en los que se está desarrollando la persona y, que afectaran a su cognición, conducta y emociones.

En el caso concreto de la población infanto-juvenil se tendrá especialmente en cuenta como contextos en los que el paciente se desarrolla el sistema escolar, el sistema familiar y el grupo de pares con los que se relaciona. (Kosovsky, 2018).

Otro punto a destacar en la TCC aplicada a esta población es que la terapia estará centrada en el presente y enfocada a la acción, ya que los niños y adolescentes tendrán un mejor aprendizaje desde su propia actuación. La terapia se basará en el desarrollo de recursos y fortalezas que consigan una mayor motivación en el paciente a la hora de afrontar situaciones, todo esto bajo la importante alianza terapéutica que ha de estar especialmente desarrollada y cuidada con este tipo de población. Al tratarse de TCC, será estructurada tanto en el contenido como en el tiempo, por lo que es importante el correcto diagnóstico del paciente para encontrar puntos clave en los que focalizar la terapia. (Kosovsky, 2018).

Tal y como afirma Phillip Kendall, un terapeuta cognitivo conductual, a la hora de tratar con este tipo de población debe adaptarse al rol que el paciente requiera (como se citó en Kosovsky, 2018):

- En algunos casos su función ira enfocada a evaluar y recopilar diferentes datos que le ayuden a tener una visión integral del paciente y su entorno (lugar educativo, familia, paciente).
- En otros casos su función será más centrada en aconsejar al niño ayudándole a localizar la problemática y posibles soluciones.
- Podrá tener una función focalizada hacia la educación, encontrar las fortalezas del paciente y reforzarlas con la finalidad de ayudarle a tener herramientas para su desarrollo.

Son de especial importancia la alianza terapéutica y el empirismo colaborativo, entendiéndolo éste como una forma de trabajar en terapia en la que la familia del paciente, el paciente y el terapeuta trabajarán en equipo, de tal manera, que la familia y el paciente prueben las estrategias que les da el terapeuta, expongan la realidad de la situación y encuentren así una eficaz. (Kosovsky, 2018).

Hay semejanzas en la aplicación de TCC a adolescentes y adultos, (Friedberg y McClure, 2005). La finalidad de la terapia en ambos es cumplir ciertos objetivos, hay trabajos para casa como autorregistros que resultan muy efectivos en adolescentes y adultos, ya que permiten que el paciente practique sus habilidades en un entorno diferente a la consulta.

Algunas técnicas como las que aplica el anteriormente visto empirismo colaborativo, son útiles por igual en adolescentes y adultos, ya que al formar un equipo paciente y terapeuta la alianza terapéutica se verá reforzada. Otra técnica útil con ambas poblaciones es el descubrimiento guiado. Esta técnica se basa en que el terapeuta hará preguntas y, el paciente irá respondiendo con la finalidad de que se dé cuenta de ciertos aspectos. (Friedberg et al, 2005).

De igual manera, en las terapias infantojuveniles, se debe tener en cuenta el momento evolutivo que el niño/a está viviendo, teniendo cada etapa evolutiva unas características diferentes y siendo de especial importancia el nivel madurativo del paciente. (Kosovsky, 2018).

A pesar de haber ciertas semejanzas entre adultos y adolescentes, son muchas las diferencias a tener en cuenta. En terapia con población infantojuvenil debemos tener consciencia de que generalmente el paciente no acude a terapia por voluntad propia, sino que ha sido propuesto por algún adulto de su sistema, debido seguramente a que las dificultades psicológicas del paciente afectan a alguno de los sistemas demandantes de terapia. Además, el paciente no suele tener control sobre la terapia en ningún momento, ya que serán los padres o el sistema demandante los que decidirán cuándo comienza y cuándo acaba. Se puede dar el caso de que a un paciente le sea de gran utilidad y disfrute con la terapia pero por algún motivo los padres decidan no continuar, o por el contrario, que no quiera acudir a terapia e incluso la odie y le obliguen a ir. (Friedberg et al, 2005).

Otra diferencia significativa es el hecho de que en la terapia con niños y adolescentes no solo estamos ante el paciente, ya que su entorno va a influir enormemente, por lo que debemos hacer partícipes a los sistemas que afecten las conductas problemáticas del paciente.

### Discusión

Tras la revisión sobre las bases teóricas de ambas terapias y la búsqueda de peculiaridades con respecto a su aplicación en población infantojuvenil, podemos establecer la siguiente comparación entre la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la Terapia Cognitivo Conductual (TCC).

Ambas son terapias conductuales, por lo que tienen diversos aspectos en común, no obstante difieren en diversos aspectos, uno de los más básicos se trata de la cognición. Para TCC una de las herramientas es el cambio de los contenidos cognitivos desadaptativas que están afectando en la conducta del paciente, al cambiar estos esquemas erróneos la conducta cambia. Para ACT la clave no está en cambiar el contenido cognitivo en sí, ya que este no es malo por naturaleza, sino la forma que tiene el paciente de relacionarse con esta cognición, ya que entiende que el problema surge cuando se le otorga demasiada importancia a los pensamientos y estos se interponen en la acción. Después de haber revisado las características de la población infantojuvenil, podemos decir que nos resulta más adecuado el enfoque ACT, ya que no siempre es posible evitar el contenido cognitivo o cambiarlo por otro más adaptativo. Otorgándole al paciente adolescente las herramientas adecuadas para que tenga flexibilidad psicológica y aprenda a relacionarse con todo tipo de pensamientos de una manera saludable, le estaremos entrenando para el resto de su vida.

En segundo lugar, podemos hablar de otra diferencia, el objetivo terapéutico. A pesar de tener ambas el objetivo común de la mejora psicológica del paciente mediante la reducción de síntomas, ACT busca que el paciente actúe siguiendo sus valores personales, aceptando las experiencias internas en vez de evitarlas para intentar evitar el sufrimiento psicológico. Mientras que TCC busca una mejora en el paciente mediante la reducción de síntomas modificando la conducta resultante de esquemas cognitivos erróneos y aprendizajes cognitivos erróneos.

En este aspecto, podemos decir que la búsqueda de valores personales es un punto a favor de ACT aplicado a nuestra población de estudio, infantojuvenil, ya que dicha etapa evolutiva es caracterizada por la búsqueda de la identidad propia y de los valores personales, por lo que centrarse en la búsqueda de valores puede favorecer este proceso y evitar que el paciente adolescente asuma reglas o valores por el deseo de aceptación social, que posteriormente puedan resultar ineficientes e incluso peligrosas.

Otra peculiaridad de ACT con respecto a TCC es uno de sus principios básicos: la aceptación de las experiencias internas que están relacionadas con el malestar. En lugar de evitar las experiencias internas que causan malestar, ACT promueve la aceptación de estas como uno de sus principios básicos, pudiendo aprender de ellas y teniendo en cuenta que si se aceptan y no se intentan evitar constantemente, perderán protagonismo.

En relación con la aceptación del sufrimiento podemos encontrar otra diferencia entre ambas. A diferencia de TCC, ACT no entiende como salud psicológica la ausencia de sufrimiento, ya que entiende el sufrimiento como un aspecto intrínseco del ser humano, que además de inevitable puede servir para aprender de él. Si entendemos que el sufrimiento es algo normal, la carga será mucho menor. Al no entender el sufrimiento como algo patológico, como consecuencia, la intensidad con la que el paciente teme el sufrimiento también lo será. Este aspecto en nuestra población de estudio también resulta beneficioso, ya que dicha etapa evolutiva está caracterizada por la búsqueda de equilibrio entre dependencia e independencia. Esto, en ocasiones puede originar experiencias internas que si se aceptan y se entienden como normales, harán mucho más fácil la etapa de cambios que supone la adolescencia.

TCC no trabaja con el lenguaje como aspecto significativo. Sin embargo, para ACT el lenguaje es un aspecto con especial importancia, ya que en base a él somos capaces de establecer y seguir reglas. Las reglas no son necesariamente patológicas ni negativas, ya que nos permiten en ocasiones la adaptación sin necesidad de experiencia. No obstante, algunas pueden resultar desadaptativas y perjudiciales debido a su manera de aprendizaje y a la poca flexibilidad que presentan con relación al contexto. Trabajar con estas reglas y sustituirlas por valores personales cuando sea necesario puede resultar muy positivo, especialmente en la adolescencia, donde muchas reglas son asumidas por



la aceptación social, porque son aprendidas del grupo de pares, etc. Sustituirlas por valores personales otorgará al paciente adolescente cierta autonomía a la hora de tomar decisiones.

Durante la realización de la terapia, podemos encontrar que ambas difieren en una característica del terapeuta, el terapeuta ACT no es directivo, mientras el terapeuta TCC si lo es. Dependiendo de las características del paciente, una terapia directiva resultara más o menos adecuada. Si nos centramos en los adolescentes y sus características podríamos decir que una terapia no directiva se ajusta más a su situación, ya que en gran parte de los casos el paciente es llevado a consulta por alguien de su contexto y puede no querer ir. Si la terapia es dirigida, en parte, por el paciente puede promover cierto interés en él.

Una de las preguntas planteadas al comienzo de la realización de este trabajo era si había diferencias con respecto a la edad (dentro de la franja de la población infantojuvenil). No se hallan evidencias sobre qué edades son más adecuadas para el tratamiento con ambas terapias. No obstante, podemos decir que cuanto más pequeño/a sea el niño/a, más le costara comprender el mundo abstracto de los valores, el bien y el mal, etc. Por lo que ACT puede resultar compleja en niños muy pequeños y requeriría la adaptación de algunas técnicas para su mejor comprensión.

Otra de las preguntas propuestas para la realización de este trabajo era si había diferencias entre ambas terapias dependiendo del trastorno a tratar. No se han encontrado evidencias debido a que no hay estudios suficientes de ACT en trastornos específicos en población infantojuvenil. Serían muy reveladoras más investigaciones sobre dicho tema, ya que por el momento, los estudios de ACT que tratan esta franja de la población son pocos numerosos y no permiten arrojar conclusiones claras.

## Referencias

Coyne, L., McHugh, L., Martinez, E. (2011). Acceptance and commitment therapy (ACT): advances and applications with children, adolescents, and families. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 20(2), 379-99.

Friedberg, R. y McClure, J. (2005). *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes: conceptos esenciales*. Barcelona: Paidós

Gálvez, J. (2009). Revisión de evidencias científicas de la terapia cognitivo-conductual. *Medicina naturista*, 3(1), 10-16.

Hayes, S. C. (2013). *Sal de tu mente, entra en tu vida*. Oakland, USA: Desclèe de Brouwer.

Kosovsky, R. (2018). El abordaje de las terapias cognitivas en niños, adolescentes y familias. *Revista digital de la facultad de psicología-UBA*, 27, 12-13.

Luciano, C. (2016). Evolución de ACT. *Análisis y Modificación de Conducta*, 42(165-166), 3-14.

Mandil, J., Quintero, P. J., Maero, F. (2017). *Terapia de aceptación y compromiso con adolescentes*. Buenos Aires, Argentina: Akadia.

Murrell, A. R., y Scherbarth, A. J. (2006). State of the research & literature address: ACT with children, adolescents and parents. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 2(4), 531-543.

Páez, M., Gutiérrez, O., Valdivia, S., y Luciano, M. C. (2006). La importancia de los valores en el contexto de la terapia psicológica. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6, 1-20.

Ruiz, M. A., Diaz, M. I., Villalobos, A. (2012). Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales. Bilbao, España: Desclée De Brouwer.