

## **LAS TERAPIAS DE CONDUCTA DE TERCERA GENERACIÓN COMO MODELO CONTEXTUAL DE PSICOTERAPIA**

MARINO PÉREZ ÁLVAREZ.

Catedrático de Psicopatología y Técnicas de Intervención.  
Departamento de Psicología. Universidad de Oviedo



**FORMACIÓN**

*continuada a distancia*

# Contenido

DOCUMENTO BASE .....	3
Las Terapias de Conducta de Tercera Generación como Modelo Contextual de Psicoterapia	
FICHA 1 .....	10
La Terapia de Aceptación y Compromiso	
FICHA 2 .....	13
Terapia de Activación Conductual para la depresión	

# Documento base.

## LAS TERAPIAS DE CONDUCTA DE TERCERA GENERACIÓN COMO MODELO CONTEXTUAL DE PSICOTERAPIA

Las ‘terapias de conducta de tercera generación’ es una designación, y también un slogan, establecido por Steven Hayes, el autor de una de ellas, en un artículo de 2004 (Hayes, 2004). Una reexposición de esta ‘nueva ola’, como también se dice, se encuentra en Pérez Álvarez (2006), formando parte de un monográfico que la revista *eduPsykhé*, en su volumen 5, número 2, ha dedicado a estos “últimos desarrollos de la terapia de conducta”. [La revista *Psicología Conductual* en su volumen 14, número 3, de 2006 también ha dedicado un monográfico a las “nuevas terapias en el inicio del siglo XXI”.]

Se trata de una serie de terapias que surgen en la década de 1990 y emergen como toda una nueva generación ahora en la primera década del siglo XXI. Probablemente, las tres terapias de éstas hasta ahora más conocidas sean la *Terapia de Aceptación y Compromiso*, ‘ACT’, cuyo autor de referencia es el citado S. Hayes, la *Psicoterapia Analítica Funcional*, cuyos autores de referencia son Robert Kohlenberg y Mavis Tsai, y la *Terapia de Conducta Dialéctica*, cuya autora de referencia es Marsha Linehan. Las dos primeras fueron presentadas en español en 1996 como “psicoterapias desde el punto de vista conductista” (Pérez Álvarez, 1996a), cuando la ACT aún no tenía acuñado su nombre definitivo, denominándose entonces ‘terapia contextual’. Las tres fueron incluidas como ejemplos de “enfoque contextual de la terapia de conducta” en el texto *Tratamientos psicológicos* (Pérez Álvarez, 1996b, pp. 734-766).

Otras terapias pioneras de la tercera generación son la *Terapia Conductual Integrada de Pareja* y la *Terapia de Activación Conductual*, ambas fundadas por Neil Jacobson. Otras terapias incluíbles son la *Terapia cognitiva con base en Mindfulness* (J. Kabat-Zinn; Z. W. Segal, J. M. G. Williams y J. Teasdale) y la *Terapia Cognitiva con base en la persona para las Psicosis* de Paul Chadwick. Si bien la primera de estas dos ya es usual en la lista de las terapias de tercera generación, la segunda (desarrollada por Chadwick), con énfasis en la persona, bien merece ser incluida en esta serie, a pesar de que quizá todavía no haya sido ‘bendecida’ por los diseñadores de la tercera generación. El Cuadro 1 re-expone las terapias de ‘tercera generación’, con una referencia bibliográfica.

Aun cuando todas ellas son terapias con nombre propio, tienen un aire de familia que las hace ver como de una misma generación. ¿Qué tienen en común? ¿Cuál es la generación anterior y en qué se diferencia de ésta?

### Perspectiva funcional y contextual

Las nuevas terapias tienen en común una perspectiva *funcional y contextual* de los trastornos psicológicos. No en vano, esta perspectiva se ha identificado como contextualismo funcional. El contextualismo funcional estudia los eventos psicológicos, incluyendo los trastornos, como interacciones entre la persona y el contexto, entendidas de acuerdo con su historia y circunstancias actuales.

I. Por lo que respecta más en particular al aspecto funcional, se trata del *análisis funcional de la conducta* de siempre (al parecer, el secreto mejor guardado de

Cuadro 1 Enumeración de las ‘terapias de tercera generación’	
<b>Terapia de Aceptación y Compromiso, ACT</b>	K. Wilson y C. Luciano (2002), <i>Terapia de aceptación y compromiso (ACT)</i> . Un tratamiento conductual orientado a valores. Pirámide
<b>Psicoterapia Analítica Funcional</b>	A. Fernández Parra y R. Ferro (2006). <i>Psicoterapia analítico-funcional: una aproximación funcional contextual al tratamiento psicológico</i> . <i>eduPsykhé</i> , 5, 203-229.
<b>Terapia de Conducta Dialéctica</b>	M. Linehan (2003), <i>Manual de tratamiento de los trastornos límites de la personalidad</i> . Paidós.
<b>Terapia Conductual Integrada de Pareja</b>	R. Morón (2006). <i>Terapia integral de pareja</i> . <i>eduPsykhé</i> , 5, 273-286.
<b>Terapia de Activación Conductual</b>	M. Pérez Álvarez (2007). <i>La activación conductual y la desmedicalización de la depresión</i> . <i>Papeles del Psicólogo</i> , vol. 28, pp. 97-110.
<b>Terapia Cognitiva con base en Mindfulness</b>	M. Vallejo Pareja (2006). <i>Atención plena</i> . <i>eduPsykhé</i> , 5, 231-253.
<b>Terapia Cognitiva con base en la Persona para las Psicosis</b>	P. Chadwick (2006). <i>Person-based cognitive therapy for distressing psychosis</i> . Wiley.

la historia de la psicología clínica), pero con ciertos énfasis que el análisis tradicional no había desarrollado suficientemente. Estos énfasis se refieren sobre todo a la relevancia que cobra ahora el análisis de la conducta verbal y la clarificación de valores.

El análisis de la *conducta verbal* especialmente relevante aquí concierne a lo que la gente se dice a sí misma (pensamientos, 'cogniciones') y cuenta a los demás acerca de sus problemas (explicaciones, narrativas). A este respecto, lo que el cliente se dice a sí mismo y cuenta de sí a otros es analizado y entendido más en términos de la *función* que está cumpliendo en la situación actual de la persona, que de su posible *contenido* literal. Así, por ejemplo, en relación con 'cogniciones' o 'pensamientos automáticos' como 'no valgo nada', 'mi vida no merece la pena', 'esto no lo puedo soportar', no se trata de contrastar su adecuación a la realidad ni de disputar su racionalidad, sino de identificar y entender el sentido funcional que pudieran estar cumpliendo en el problema presentado. Así, podría ser el caso que tales 'cogniciones' estén funcionando más que nada como formas de evitación, de manera que paradójicamente contribuyen más al mantenimiento del problema que a su correcto análisis y solución. En otro ejemplo, si el cliente cuenta una historia de dificultades pasadas, la cuestión no sería tanto saber si la historia es ajustada a la realidad como saber al servicio de qué está esta forma de hablar, si tal narrativa está contribuyendo a mejorar mi situación o incluso si puedo seguir con estos pensamientos y la vez hacer algo interesante con mi vida.

Por su parte, la *clarificación de valores* se refiere a la identificación de direcciones significativas de la vida. Los valores son direcciones de la vida que a uno le gustaría seguir pero que, en realidad, no se pueden alcanzar, porque suponen más un horizonte o sentido (dirección) que propiamente una meta o punto de llegada. Estas terapias proponen a sus clientes dejar de luchar contra los síntomas y, en su lugar, reorientar la vida en una dirección valiosa. ¿Le gustaría tener un epitafio que dijera "ha dedicado toda su vida a salir de la ansiedad o la depresión"? Si la respuesta es no, importa clarificar los valores. ¿Qué te gustaría que dijeran de ti las personas importantes de tu vida al final de los días? ¿Qué quieres hacer de tu vida?

Los valores no son objetivos concretos que se alcancen en algún momento —como acaso pudieran ser tener tal trabajo o tal relación o acabar de estudiar algo o de pagar una hipoteca— sino direcciones que orientan la vida como, por ejemplo, ser alguien que es responsable o que cumple con su deber (familiar, laboral, de amistad) o es una 'buena persona' como compañero, amigo, padre o madre, profesional, etcétera. De hecho, se distingue entre valores, objetivos y acciones. Los objetivos serían metas alcanzables que figuran en el 'horizonte pragmático' (tener tal trabajo o tal relación) y las acciones serían las actividades prácticas puestas en juego para alcanzar los objetivos y estar en dirección a los valores.

La clarificación de valores se interesa en diferentes dominios de la vida: familiar, laboral, amistad, intimidad, formación, ocio, espiritualidad, ciudadanía, bienestar, etcétera. Para su clarificación se cuenta con una variedad de procedimientos, que incluyen formularios narrativos, ejercicios como el ¿qué quieres hacer de tu vida? o el del epitafio y el análisis de situaciones cotidianas (Wilson y Luciano, 2002, pp. 151-161).

Lo importante a señalar aquí es que la clarificación de valores supone sacar al cliente del circuito auto-reflexivo en el que probablemente ha entrado y reponerlo cara a la vida, sobre un horizonte de posibilidades. En este sentido, se podría decir que los valores dirigen la terapia. Ya no se trata de seguir analizando el problema sino de poner en camino de soluciones posibles.

II. Por lo que respecta más en particular al aspecto contextual, se refiere al contexto entendido de acuerdo con tres dimensiones: el ambiente, la persona y la relación terapéutica.

El contexto como ambiente se refiere al medio en el que se desenvuelve la vida de la persona de que se trate. En todo caso, el ambiente de interés es el medio social y cultural, incluyendo obviamente los distintos ámbitos de la vida cotidiana (familia, relaciones sociales, formación, trabajo, etcétera) con sus normas y valores. En esta línea, el contexto es prácticamente equivalente al 'mundo de la vida' de la fenomenología o a las 'circunstancias' según Ortega. De las terapias citadas, la terapia conductual integrada de pareja y la terapia de activación conductual son las que más 'explotan' esta dimensión: la primera como terapia de un problema interpersonal y la segunda como terapia consistente en activar a la persona a fin de modificar las condiciones ambientales que puedan cambiar su situación (por ejemplo, depresiva).

El contexto relativo a la persona se refiere a la propia persona como sujeto social-verbal, que incorpora todo un pasado y se caracteriza por un modo de ser. Ni que decir tiene que la persona está en relación dialéctica con el mundo, en el sentido orteguiano de 'yo soy yo y mis circunstancias'. Una especificación del contexto dado por la persona es

el contexto social-verbal de la terapia de aceptación y compromiso. El contexto social-verbal especifica las explicaciones, valoraciones y formas de control que uno ha aprendido acerca de sus sentimientos, pensamientos y demás eventos psicológicos. Se trata en general de las ideas, creencias y conocimientos (metacogniciones) que uno tiene sobre su propio funcionamiento, incluyendo los síntomas clínicos. El contexto social-verbal representa la cultura psicológica que uno tiene aprendida de acuerdo precisamente con el contexto social, lingüístico y cultural en el que ha socializado. De las terapias citadas, la terapia de aceptación y compromiso, la terapia cognitiva con base en *mindfulness* y la terapia cognitiva con base en la persona para las psicosis son las que más ‘explotan’ esta dimensión. A su manera, cada una de ellas trata de cambiar la relación que la persona mantiene con sus propios síntomas (experiencias, sentimientos, pensamientos, obsesiones, voces, etcétera).

El contexto de la relación terapéutica se refiere al contexto dado por la psicoterapia, como lugar y ocasión en el que tener experiencias que pudieran ser correctoras y así re-aprender nuevas formas de entender y tratar los problemas presentados. La consideración de la terapia como contexto experiencial y de aprendizaje está en consonancia con psicoterapias tanto de inspiración psicoanalítica (en particular, psicoterapias breves) como de inspiración analítica conductual como la psicoterapia analítica funcional. No se dejaría de referir aquí que el enfoque y marco conceptual de la terapia viene a ser también un contexto en el que se explica, replantea e interpreta el problema. Tal es la importancia de este contexto que no sólo sirve para llevar a cabo la terapia sino que a veces él mismo es terapéutico (en la medida en que el problema cobra otro sentido y perspectiva). De las terapias citadas, la psicoterapia analítica funcional y la terapia de conducta dialéctica son las que más ‘explotan’ esta dimensión. Ambas ponen en juego la *relación* terapéutica como ella misma una relación *terapéutica*. El Cuadro 2 re-expone las terapias que más ‘explotan’ o más afinidad tienen con cada uno de los aspectos del contexto señalados.

Ni que decir tiene que los tres contextos (ambiente, persona, relación terapéutica) no sólo no se excluyen sino que se suponen mutuamente. El que unas terapias ‘exploten’ más un contexto que otro, no quiere decir que no estén suponiendo y considerando los otros. Así, la relación terapéutica es fundamental para cualquier terapia que se precie, incluyendo éstas que enfatizan la dimensión ambiental como, por ejemplo, la activación conductual: sin una buena relación terapéutica sería difícil ‘activar’ a alguien que está muy deprimido. Por su parte, el cambio ambiental se espera que ocurra a partir de las nuevas experiencias, acciones y reacciones que se hayan aprendido en una relación terapéutica como la proporcionada por la psicoterapia analítica funcional o la terapia de conducta dialéctica. Asimismo, el posible cambio en la relación de uno con sus propios síntomas, depende de una buena relación terapéutica —como la requerida para que el cliente haga algo que va probablemente en contra de su sentido común, como es ‘aceptar’ los síntomas en vez de ‘eliminarlos’— y depende también de que su entorno (por ejemplo, familiares y otros clínicos) acepte sus síntomas sin las estigmatizaciones acostumbradas. A su vez, las terapias que enfatizan la relación terapéutica y el cambio ambiental cuentan también con que el cliente cambie su propia relación con los síntomas.

### Modelo contextual de terapia psicológica

La terapia de tercera generación representa un modelo contextual de terapia psicológica o de psicoterapia, alternativo al modelo médico de terapia psicológica o psicoterapia.

Caracterización del modelo médico de terapia psicológica

El modelo médico de terapia psicológica, o modelo del déficit como también se podría decir, se caracteriza en analogía con el modelo médico-psiquiátrico por los cuatro siguientes rasgos.

- 1) El modelo médico de psicoterapia propone una explicación psicológica *interna* de los trastornos mentales (psicológicos o psiquiátricos), sea en términos psicodinámicos o más frecuentemente hoy día en términos cognitivos (de procesamiento de información y demás). Allí donde el modelo médico-psiquiátrico (psiquiatría biológica) ofrece una explicación neurobiológica, el modelo médico psicológico (por ejemplo, la terapia cognitiva) ofrece

Cuadro 2 Afinidad entre los aspectos del contexto y las distintas terapias	
Aspecto del contexto	Terapia más afín
El <i>ambiente</i> como contexto social interpersonal	Terapia Conductual Integrada de Pareja. Terapia de Activación Conductual.
La <i>persona</i> como contexto social verbal	Terapia de Aceptación y Compromiso. Terapia Cognitiva con base en <i>Mindfulness</i> . Terapia Cognitiva con base en la Persona para las Psicosis.
La <i>relación terapéutica</i> como contexto experiencial y de aprendizaje	Psicoterapia Analítica Funcional. Terapia de Conducta Dialéctica.

una explicación psicológica. A pesar de los diferentes términos, neurobiológicos unos y psicológicos otros, ambos modelos se mantienen en los mismos límites internalistas.

- 2) El modelo médico de psicoterapia supone una disfunción o déficit en el funcionamiento psicológico, típicamente un esquema cognitivo (por ejemplo, un esquema depresógeno), como causa del trastorno. Allí donde el modelo médico-psiquiátrico supone una *avería* neurobiológica, típicamente un desequilibrio neuroquímico (por ejemplo, un desequilibrio de la serotonina), el modelo médico psicológico (en particular la terapia cognitiva) supone una disfunción, déficit o defecto psicológico —de ahí que este modelo también se pudiera denominar modelo del déficit o deficitario. Aparte de que un supuesto defecto sea neurobiológico o psicológico no se ha establecido como causa específica de ningún trastorno mental, semejantes modelos incurren en una visión mecanicista de los trastornos. Al fin y al cabo, un trastorno no es una enfermedad, como a menudo se sobreentiende y se da a entender.
- 3) El modelo médico de psicoterapia aplica técnicas específicas para cada trastorno, supuestamente dirigidas a reparar o reestructurar la disfunción subyacente. Allí donde el modelo médico-psiquiátrico ofrece la medicación *indicada* para cada trastorno, el modelo médico psicológico (terapia cognitiva) ofrece una técnica específica, típicamente, de reestructuración cognitiva para los esquemas, creencias o cogniciones subyacentes correspondientes (esquema de la depresión, esquema del pánico, etcétera). La cuestión es que no hay tratamientos específicos, ni psicofarmacológicos ni psicológicos, que reparen la supuesta causa del trastorno, porque como se ha dicho una tal causa no está establecida. Así, por ejemplo, los psicofármacos que van bien para un trastorno (por ejemplo, contra la depresión) también van bien para otros trastornos, distintos de aquél para el que fueron diseñados o mejor se diría comercializados. Por otro lado, cuando los psicofármacos van bien, por ejemplo, porque reduzcan la sintomatología psicótica (tal como voces o alucinaciones), no es así porque actuaran en el sitio y proceso causante de las voces, sino porque producen un rebajamiento neurocognitivo general que quizá ‘pille’ de paso las voces. Los psicofármacos, en particular antidepresivos y antipsicóticos, son en este sentido como los anti-gripales, en el mejor de los casos un tratamiento sintomático que puede aliviar los síntomas pero no un tratamiento etiológico que actuara específica o como se da a entender ‘selectivamente’ en las causas del trastorno.

Los tratamientos psicológicos tampoco son específicos en este sentido etiológico —por las mismas razones. Prueba de ello es que tratamientos relativamente distintos tienen una eficacia bastante similar. Esto no quiere decir que cualquier *procedimiento* valga para cualquier cosa —por ejemplo que el tratamiento de la enuresis valga para el trastorno de pánico— como tampoco cualquier psicofármaco se puede administrar a cualquier trastorno. En todo caso, no hay técnica psicológica por específica que se presente para un problema que pueda funcionar al margen (del contexto) de la relación terapéutica —al fin y al cabo, un psicofármaco que se precie puede ser efectivo, valga por caso, tomado en la sopa, sin especial relación terapéutica (aunque, por cierto, sin tal relación apenas son efectivos, los que lo son). En este sentido, toda técnica específica es dependiente del contexto de la terapia: relación terapéutica, explicación del problema, etcétera.

- 4) El modelo médico de psicoterapia tiene como criterio de eficacia la reducción de los síntomas que definen un cuadro clínico. Allí donde el modelo médico-psiquiátrico ‘escucha al fármaco’, preguntando al paciente en función de las mejorías sensibles a la medicación (no en función del problema presentado), el modelo médico psicológico (en particular la terapia cognitiva) parece escuchar más a un sujeto nomotético, genérico —que procesa mal la información como todos los que la procesan mal— que propiamente a un sujeto individual, único —cuyos síntomas pudieran incluso estar cumpliendo una función adaptativa en sus circunstancias (en vez de revelar un supuesto déficit cognitivo). Un enfoque clínico que cifre su eficacia en la reducción de los síntomas, como parece ser el propio de un modelo médico o del déficit, difícilmente considerará la eventualidad de que un *paciente* haya mejorado o incluso superado el problema si aun tiene *síntomas*. Pero, podría ser el caso que alguien siga teniendo síntomas de acuerdo con las listas-de-síntomas de turno y sin embargo éstos no sean ahora un problema que trastorne su vida. En este sentido, puede que haya mejorado más aquél que sigue oyendo voces y sin embargo ha retomado las cosas que importan en su vida que aquél que ya no las oye (*gracias* a la medicación) pero que tampoco está realizando su vida, otra cosa que tomar la medicación.

Caracterización del modelo contextual de terapia psicológica

Un modelo contextual de psicoterapia se caracteriza por los siguientes rasgos, en comparación con el modelo médico anteriormente expuesto.

a) El modelo contextual de psicoterapia explica el trastorno en términos interactivos, funcionales y contextuales, y no como algo que estuviera defectuoso dentro del individuo —en el cerebro o en la mente— ni tampoco fuera —en la sociedad o en la cultura— sino en la historia co-evolutiva de la persona y sus circunstancias. El trastorno o problema no estaría dentro de la persona sino sería, por así decirlo, la persona la que estaría *dentro* de unas circunstancias o situación problemática. Así, por ejemplo, la depresión no sería algo que uno tiene dentro sino una situación en la que uno está. Uno no tiene dentro la depresión ni por tanto le ha entrado como, valga por caso, tiene una infección vírica o ésta le ha entrado.

Por otro lado, las circunstancias podrían ser tan problemáticas y duraderas (por ejemplo, psicóticas) como para moldear toda una forma de ser, estilo o carácter de la persona, sea por caso, un carácter psicótico. Tal carácter psicótico no dejaría de ser una forma de interactuar adaptativa, al menos, en su día y en todo caso un estilo aprendido —adoptado o impuesto— en relación con un medio social, incluyendo el sistema familiar o sistema clínico. Como tal estilo, no dejaría de re-influir en su propio medio, generando determinadas formas de trato social (aunque sólo sea al final, los paranoicos terminan por ser mirados de manera especial). La expresión ‘persona con esquizofrenia’, a pesar de pretender evitar el estigma —sin lograrlo— sugiere que la ‘esquizofrenia’ es una cosa que uno tiene como el que tiene, por ejemplo, diabetes o Alzheimer. De hecho, ésta es una expresión más al servicio de presentar la esquizofrenia como una enfermedad que de entender a la persona cuyo modo de ser, estilo o carácter es el caracterizado como ‘esquizofrénico’. En este sentido, más apropiado que ‘persona con esquizofrenia’ sería decir ‘persona esquizofrénica’, poniendo el acento en la persona y no en la cosa.

b) El modelo contextual de psicoterapia supone que el problema tiene que ver con la persona en sus relaciones con los demás y consigo misma —con sus propias experiencias, sentimientos, pensamientos y demás ‘eventos privados’. No supone que tenga que haber un defecto, déficit o disfunción en algún supuesto mecanismo psicológico a partir del cual *sub-poner* el problema —como causa subyacente— entre otras cosas, porque los trastornos mentales (psicológicos o psiquiátricos) son *posibilidades* del ser humano, debidas más a la *condición vital* que a la *condición bio-neuro-psicológica*. Se dice que son ‘posibilidades’ humanas no por la obviedad de que si existen es porque son posibles sino por la consideración (antropológico-filosófica) del carácter *abierto* del ser humano, capaz de ser de diversas maneras, incluyendo las que podrían devenir problemáticas, pero no porque éstas sean anormales —que fallen a una norma— puesto que aún siendo problemáticas o incluso patológicas despliegan nuevas normas en el sentido de Canguilhem, véase Pérez Álvarez y García Montes (2006). De hecho, los trastornos mentales no se pueden definir a partir de un supuesto diseño natural, normal, del que fueran un defecto o un mal-funcionamiento. La tradicional postura dimensional de la psicología clínica acerca de la psicopatología se puede ver en esta misma línea.

c) El modelo contextual de psicoterapia, en la línea de la terapia de conducta de la tercera generación, se atiene a los que podríamos declarar dos grandes principios terapéuticos: *aceptación* y *activación*. Ya no se trata de técnicas específicas sino de principios a implementar de diversas maneras. La *aceptación* se entiende como un acto positivo y un tanto paradójico de querer tener las experiencias que hasta ahora se intentaba quitar en vano y hasta contraproducentemente. Frente a este ‘circuito neurótico’ en el que a menudo queda enredada la persona, se propone el abandono de la lucha contra los síntomas y, a la vez, la activación. La *activación* consiste básicamente en reorientar la vida en la dirección de los valores, en el sentido apuntado. La activación consiste, pues, en reponer a la persona cara a la vida y en *actuar* en dirección a las cosas que le importan, otras que el empeño fracasado de quitar los síntomas, lo que acaso venga por añadidura. La activación supone actuar para cambiar la situación y circunstancias (contingencias) que están manteniendo el problema.

El modelo contextual jubila el papel de paciente pasivo y da de alta el papel de cliente activo, como cliente auto-sanador. Muy a menudo la aceptación y su complementario la activación implican por parte del cliente tomar decisiones acerca de qué hacer con su vida. La cuestión de tomar decisiones es lo que suele *subyacer* realmente en el fondo de muchos problemas psicológicos, como, por cierto, otras terapias han visto —entre ellas la psicoterapia adleriana, la terapia existencial y el análisis transaccional.

d) El modelo contextual de psicoterapia mide su eficacia más por los logros personales en la dirección de los valores en los distintos dominios elegidos, que por la reducción de los síntomas de una lista. Una posible mejoría podría consistir en hacer algo valioso en uno de los dominios señalados, *a pesar de* los síntomas que todavía podrían persistir, por ejemplo, tristeza o voces. De todos modos, no se trata de tener que hacer siempre algo con la adver-

sidad y el pesar de los síntomas sino de llegar a cambiar el contexto en el que el problema ocurre —el contexto social-interpersonal y el contexto social-verbal de uno respecto de sí mismo, tomando auto-distancia. El Cuadro 3 compara el modelo médico —psiquiátrico y psicológico— con el modelo contextual de acuerdo con los términos utilizados.

### Pero, ¿cuáles son la segunda generación y la primera?

La segunda generación de la terapia de conducta no es otra que la terapia cognitivo-conductual desarrollada a partir de la década de 1970 (véase a este respecto, Pérez Álvarez, 2006, cuya exposición se va a seguir aquí). Como se recordará, en esta época se empieza a hablar de terapia o modificación de conducta cognitiva, cognitiva de la conducta, conductual-cognitiva o, en fin, cognitivo-conductual, una variedad de fórmulas indicativa de la propia confusión que estaba teniendo lugar. En un principio, se trataba de dos terapias disidentes del psicoanálisis, como lo eran en su origen la terapia racional-emotiva de A. Ellis y la terapia cognitiva de la depresión de A. T. Beck, que se avendrían con la terapia de conducta en curso. Estas terapias empezaron por ganar prestigio al evaluar sus resultados como demandaba la terapia de conducta. Después, cuando se dio el giro cognitivo de la psicología, estas terapias influyeron en la terapia de conducta, legitimando su propio giro cognitivo.

La ciencia psicológica básica ya no sería sólo la psicología del aprendizaje sino también y sobre todo el procesamiento de la información. No se dejaría de apreciar que el esquema E-R del conductismo pavloviano-watsoniano (y en realidad el de Wolpe y Eysenck) se aviene perfectamente con el esquema Input-Output (I-O) del cognitivismo. La psicología cognitiva se puso a estudiar el guión entre el Estímulo y la Respuesta, relación entendida ahora a través de la metáfora del procesamiento de la información (de ahí I-O). Siendo así las cosas, cabría decir, según el efecto crítico que se quisiera producir, o bien que el conductismo watsoniano estaba abocado al cognitivismo o bien que el cognitivismo es en realidad el heredero del conductismo watsoniano (véase Pérez Álvarez, 2004, pp. 28-31).

La cuestión es que la terapia de conducta se hizo cognitivo-conductual, lo que, sin perjuicio de su éxito, llevó a desvirtuar su sentido contextual e idiográfico, aquél que ponía el acento en las causas ambientales o contextuales y en el caso individual. La terapia cognitivo conductual entiende que las cogniciones (creencias, pensamientos, expectativas, atribuciones) son las causas de los problemas emocionales y conductuales y, aun más, que cada trastorno tiene su condición ‘cognitiva específica’. Por lo que respecta a su éxito, éste se reconocería en el desarrollo de tratamientos psicológicos eficaces. Sin duda, la terapia cognitivo-conductual es la terapia psicológica más representada en el movimiento de los tratamientos psicológicos que han probado su eficacia en relación con la medicación (Pérez Álvarez, Fernández Hermida, Fernández Rodríguez y Amigo, 2003).

La cuestión, por lo que aquí importa señalar, es que este éxito habría sido en buena medida a costa de adoptar el modelo médico de psicoterapia o modelo del déficit, en todo caso, un modelo internalista, mecanicista y así nosológico (nomotético), en vez de contextualista, holista y de caso individual (idiográfico) como parece más propio de

**Cuadro 3**  
**Comparación entre el modelo médico —psiquiátrico y psicológico— y el modelo contextual**

	Modelo médico		Modelo contextual
	Psiquiátrico (psicofarmacología)	Psicológico (terapia cognitiva)	Psicológico (terapia de conducta de 3ª generación)
<b>Explicación</b>	Explicación neurobiológica (estructuras cerebrales, mecanismos neuroquímicos)	Explicación psicológica <i>intrapsíquica</i> (estructuras y procesos cognitivos)	Explicación psicológica <i>interactiva</i> (funcional y contextual)
<b>Mecanismo causal</b>	‘Avería interna’ Desequilibrio neuroquímico (por ej. de la serotonina)	‘Avería interna’ Disfunción cognitiva (por ej. esquema depresógeno)	No mecanismo Condición humana posible
<b>Tratamiento</b>	Medicación (antidepresiva, antipsicótica)	Técnica específica (reestructuración cognitiva)	Principios generales: Aceptación y activación
<b>Criterio de eficacia</b>	Reducción de síntomas	Reducción de síntomas	Logros positivos (ampliación horizonte personal)



la perspectiva conductual y en general de la tradición de la psicología clínica (González Pardo y Pérez Álvarez, 2007). Por otro lado, la eficacia de la terapia cognitivo conductual presenta dos problemas: por un lado puede estar limitada debido a su propia tendencia a estandarizar los casos y por otro tal eficacia puede que se deba más bien a lo que tiene de conductual como así se ha mostrado en relación con la terapia de activación conductual (Pérez Álvarez, 2007).

Por su parte, la primera generación de terapia de conducta se sitúa en la década de 1950, cuando aparece su nombre y de hecho vino a fundar una nueva época de la psicología clínica (Pérez Álvarez, 2006a). Por un lado, supuso una rebelión frente a la psicología clínica establecida, dominada principalmente por el psicoanálisis, y, por otro, supuso la instauración de una terapia psicológica sustentada en principios científicos, dados sobre todo por la psicología del aprendizaje. La terapia de conducta así surgida tenía especial vocación ambientalista o contextual y a la vez ideográfica, atendida a los casos individuales a pesar de los principios generales de partida.

Como quiera que en la psicología del aprendizaje había dos paradigmas básicos: el condicionamiento clásico pavloviano y el condicionamiento operante o skinneriano. La terapia de conducta tiene dos raíces, si es que no dos troncos (a juzgar por las diferentes ramificaciones). En la línea del condicionamiento clásico, que responde al esquema Estímulo-Respuesta (E-R), se desarrollarían las conocidas técnicas de desensibilización sistemática (J. Wolpe) y de exposición (H. J. Eysenck). Estas técnicas resultaron especialmente apropiadas para los problemas clínicos relacionados con el miedo, la ansiedad y las obsesiones (la depresión no era por entonces un trastorno importante), es decir, para el campo de las 'neurosis', los problemas que más frecuentemente atendía la psicoterapia tradicional de 'pacientes ambulatorios'. Sin duda, la terapia de conducta supuso una rebelión y una revolución en el campo de la psicoterapia.

En la línea del condicionamiento operante, que en términos de Estímulo-Respuesta sería R-E (en atención a que el estímulo más relevante en términos causales es el que sigue a la respuesta o conducta), se desarrollarían las igualmente bien conocidas técnicas operantes. Estas técnicas fueran particularmente aplicadas en contextos institucionales, a problemas de 'pacientes internos'. Siendo más anecdótica su aplicación a la problemática tradicional de la psicoterapia. Esta línea, más que como terapia o modificación de conducta, se identificaría como análisis aplicado de la conducta. Así, pues, habría dos tendencias en la ahora llamada 'primera generación' de la terapia de conducta: la terapia de conducta y el análisis aplicado, cada una con sus sociedades, revistas y demás emblemas.

La terapia de conducta de tercera generación que se ha presentado al principio viene a enlazar y a desarrollar esta línea del análisis funcional de la conducta de la primera generación. En todo caso, han sido muchos los desarrollos habidos tanto experimentales como conceptuales posteriores a esta primera generación del análisis de la conducta, que son los que han permitido la emergencia de toda una nueva generación como parece ser esta tercera. En cierto sentido, se podría decir que la originalidad de la tercera generación de terapia de conducta está en la vuelta a su origen.

## Referencias

- González Pardo, H. y Pérez Álvarez, M. (2007). *La invención de trastornos mentales. ¿Escuchando al fármaco o al paciente?* Madrid: Alianza.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and third wave of behavioural and cognitive therapies. *Behaviour Therapy*, 35, 639-665.
- Pérez Álvarez, M. (1996a). *La psicoterapia desde el punto de vista conductista*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Pérez Álvarez, M. (1996b). *Tratamientos psicológicos*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Pérez Álvarez, M. (2004). *Contingencia y drama. La psicología según el conductismo*. Madrid: Minerva.
- Pérez Álvarez, M. (2006a). La terapia de conducta de tercera generación. *eduPsykhé*, 5, 159-172.
- Pérez Álvarez, M. y García Montes, J. M. (2006). Entendimiento filosófico de la esquizofrenia. *Apuntes de Psicología*, 24, 11-29.
- Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C. & Amigo, I. (Eds.). (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces* (3 vol.). Madrid: Pirámide.
- Wilson, B. E. y Luciano, M. C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a valores*. Pirámide.

# Ficha 1.

## LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) propone a los clientes de la terapia aceptar y experimentar los eventos privados sin someterlos a un 'juicio valorativo', a la vez que les propone perseguir los valores y objetivos relevantes para su vida. Consiguientemente, la ACT no se centra en el cambio de la experiencia privada ni de los síntomas presentados, sino en su aceptación y al mismo tiempo en la orientación de la persona hacia objetivos valiosos a pesar de tal experiencia y demás síntomas. Esta filosofía terapéutica es relativamente diferente de la filosofía de la terapia de conducta de la segunda generación, representada por la terapia cognitivo-conductual, en la medida en que ésta se propone el cambio de la experiencia y de los síntomas presentados. Si este cambio de la terapia cognitiva o cognitivo-conductual se concibe como un 'cambio de primer orden', el de la ACT sería un 'cambio de segundo orden', centrado en el contexto y en la función de los síntomas y no en los síntomas mismos.

Las principales aportaciones de la ACT se podrían cifrar en dos:

- la identificación de una dimensión funcional común a una diversidad de trastornos, el así llamado '*trastorno de evitación experiencial*', y
- el auto-distanciamiento comprensivo como objetivo terapéutico, consistente básicamente en *la aceptación y el compromiso* de actuar (aceptación y activación).

El *trastorno de evitación experiencial* (TEE) ocurre cuando una persona no está dispuesta a establecer contacto con sus experiencias privadas (estados o sensaciones corporales, pensamientos, recuerdos, etc.) y se comporta deliberadamente para alterar tanto la forma o frecuencia de tales experiencias, como las condiciones que las generan (Wilson y Luciano, 2002, p. 74). Aunque este patrón comportamental pueda resultar efectivo a corto plazo, en la medida en que consigue reducir o eliminar temporalmente el malestar, puede fácilmente convertirse en crónico, llegando a producir una limitación en la vida personal. Las numerosas formas de responder a experiencias de malestar y de sufrimiento, típicamente los síntomas de los diversos trastornos (tristeza, ansiedad, miedo, pensamientos intrusivos, voces, etc.), constituyen una clase funcional —un patrón de respuesta o conducta operante— reforzada negativamente, es decir, reforzada por lo que elimina no por lo que consigue. El caso es que este patrón *negativo*, lejos de solucionar el problema, está impidiendo acciones *positivas*, tendentes a la realización de la vida (valores). Así, por ejemplo, una persona que necesita estar completamente segura de que no será dañada para iniciar o mantener una relación personal puede ver mermada su vida social. Este patrón de control para sentirse segura puede estancar su vida relativa a la amistad, a la par que extiende su sensación de inseguridad y malestar. El control intentado forma más parte del problema que de la solución.

El TEE no es un trastorno más que se añade a la lista de trastornos existentes sino una dimensión funcional de muchos de ellos. Muchos trastornos *formalmente* diferentes, y que de hecho constituyen categorías diagnósticas separadas, son *funcionalmente* equivalentes, ya que el núcleo del trastorno viene a ser el mismo: una evitación experiencial o conductual que es más el problema que la solución. Así, trastornos afectivos, de ansiedad, de estrés postraumático, de abuso de sustancias y también algunos síntomas psicóticos como las alucinaciones, tienen de común esta dimensión funcional evitativa (o mejor *disfuncional*). De hecho, el TEE es de las pocas alternativas a los sistemas clasificatorios al uso, atendidos a una descripción *formal* sin atender a la dimensión *funcional* de base y que quizá sea el núcleo del trastorno. Porque el trastorno no está propiamente en los síntomas (la tristeza, la ansiedad, las voces) sino en lo que uno hace con ellos, a menudo, tratar de controlarlos en vano y aun contraproducentemente. De ahí que la ACT sea una terapia general, aplicable a una diversidad de trastornos, aquéllos que tienen una base evitativa disfuncional. Recuérdese que la evitación no sólo no es eficaz para la pretendida eliminación del malestar, envolviendo a uno cada vez más en esa lucha contra la propia sombra, sino que a la vez está impidiendo seguir el curso de la vida fuera de uno mismo, en el mundo, al consumir todos los esfuerzos contra los propios síntomas. Ciertamente, muchas psicoterapias clásicas ya han visto que éste es el núcleo de las neurosis, entre ellas la logoterapia o terapia existencial de V. E. Frankl.

El *auto-distanciamiento comprensivo* como objetivo terapéutico consiste básicamente en la *aceptación* de las experiencias que uno intenta evitar sin conseguirlo (TEE) y en el *compromiso* de actuar en la dirección de los valores relevantes para la vida de uno (en el sentido señalado anteriormente). La aceptación supone una actitud positiva y abierta de *querer* tener la experiencia que se preferiría no tener pero que no es posible evitar (si fuera posible evitarla o controlarla sin más, el problema estaría solucionado, de hecho, no habría problema y el cliente no iría a buscar ayuda). La aceptación no significa resignación, estar de acuerdo con las experiencias indeseadas, ni tampoco sumisión, sino una actitud positiva consistente en asumir una parte de sí mismo (como quiera que sea *sus* experiencias, son suyas) y pro-positiva tendente a mirar hacia adelante para no quedar estancado ni fusionado consigo mismo (al fin y al cabo el sentido de la vida no está dentro de uno mismo sino fuera de uno sobre un horizonte de valor). De ahí que la aceptación siempre ha de estar coordinada con el compromiso o activación en una dirección positiva (no la negativa de quitar síntomas).

Siendo así, la ACT resulta paradójica no sólo para la opinión común del *paciente*, que quiere quitar el síntoma, sino también para la lógica clínica convencional, centrada y a menudo ofuscada con la eliminación de los síntomas.

Es probable que una lógica clínica como ésta, derivada del modelo médico de enfermedad, haya influido en la opinión de los *pacientes psiquiátricos*, creados a imagen y semejanza del paciente médico. En este sentido, la ACT tiene que empezar por ‘romper los esquemas’ del cliente —su esperanza de que el clínico le quite los síntomas— dando lugar a una ‘desesperanza creativa’ que le resitúe de otra manera frente al problema y abra paso a salidas y soluciones hasta ahora cerradas y acaso ni siquiera contempladas dado el ofuscamiento del paciente-al-uso. A partir de esta desesperanza creativa, la ACT continúa con otros objetivos tendentes al citado auto-distanciamiento, entre ellos hacer ver que el control es el problema, no la solución, diferenciar entre el yo-como-contexto y el yo-como-contenido, entre la persona y la conducta o, términos de Ortega, entre el yo y sus circunstancias entre ellas los eventos privados y experiencias que se tienen ahora (actual y eventualmente), abandonar la lucha contra los síntomas, y establecer el compromiso de actuar, siempre en la dirección de los valores. El Cuadro 4 resume estos pasos y señala algunas técnicas para conseguirlos. Los pasos o submetas están tomados de Pérez Álvarez (1996), donde se expone la filosofía de la ACT (aquí denominada terapia contextual) y las técnicas de Wilson y Luciano (2002), donde se encontrarán decenas de ejercicios y metáforas debidamente contextualizadas según el paso o submeta.

La ACT es una terapia compleja pero, dentro de su complejidad, podría ser fácil de llevar a cabo. La complejidad de la ACT viene de su fundamentación en la investigación en conducta verbal, donde habría que estar al tanto de la obra de Skinner (en particular de *Conducta verbal*) y de la *Teoría del marco relacional*, desarrollada por los fundadores de la ACT. Una buena formación para la aplicación de la ACT supone, en la línea anterior, la capacidad para hacer un análisis funcional de la conducta y obviamente de la conducta verbal o lenguaje, incluyendo el lenguaje auto-dirigido (el pensamiento

**Cuadro 4**

**Pasos y técnicas de la ACT**

<b>Pasos y técnicas para el auto-distanciamiento comprensivo de ACT</b>	
<b>Pasos (Pérez Álvarez, 1996)</b>	Técnicas (Wilson y Luciano, 2002).
<b>Desesperanza creativa.</b>	Paradojas. Confusión. Metáforas, por ej., la del hombre en el hoyo (pp. 128-9).
<b>El control como problema, no como solución.</b>	Paradojas. Metáforas, por ej., la lucha con el monstruo o la del polígrafo (pp. 182-5).
<b>Diferencia entre yo-contexto y yo-contenido o entre persona-conducta.</b>	Distinción entre <i>ser</i> y <i>estar</i> (única en el idioma español). Toma de perspectiva. Desliteralización. Metáforas, por ej., la del tablero y la del observador (pp. 209-213). Ejercicio de ‘llevar la mente a pasear’ (p. 215), ver Cuadro 5.
<b>Abandono de la lucha contra los síntomas (estar dispuesto a tenerlos).</b>	Hacer por <i>ganas</i> . Desenmascarar las emociones como fenómenos y los pensamientos como pensamientos (pp. 220-3).
<b>Aceptación y activación.</b>	Ante todo experimentar y experimentar y estar en dirección a valores.

**Cuadro 5**

**Ejemplo de un ejercicio experiencial de la ACT**

**“Llevar la mente a pasear” (Taking your Mind for a Walk)**

El ejercicio *Llevar la mente a pasear* es una estrategia de juego de rol experiencial para ayudar a los clientes a entrar en contacto con los eventos privados (por ejemplo, pensamientos y voces o alucinaciones auditivas), *sin* tomarlos literalmente. En este ejercicio, el terapeuta actúa como la ‘mente’ del participante mientras están dando un paseo. El terapeuta camina detrás del participante verbalizando continuos comentarios acerca de las cosas y eventos que encuentran en el camino, describiendo, evaluando, analizando, prediciendo, y recomendando acciones, por ejemplo, ‘da una voz’, ‘gira a la izquierda’, ‘detente’ (similar a la corriente de pensamiento y en su caso a las voces —alucinaciones— que mandan hacer algo). El punto es que el participante se dé cuenta de lo que la ‘mente’ dice, *sin* intentar comunicar con ella ni hacer lo que le pide hacer. El ejercicio se propone para de-fusionar una pernicioso fusión pensamiento-acción que caracteriza a ciertos trastornos, entre ellos las alucinaciones auditivas. Así, el cliente encuentra que es posible oír voces hostiles o demandantes, incluso sentirse mal por ellas, y sin embargo mantenerse en su camino, haciendo lo que tiene que hacer, dejándolas pasar. Obviamente, este ejercicio u cualquier otro no es toda la terapia. Se pone aquí como ejemplo de su filosofía, en este caso *cambiar la relación* con los síntomas en vez de tratar de eliminarlos.

o habla consigo mismo en silencio, las explicaciones que uno se da de lo que le ocurre y, en fin, las maneras de relacionarse con los propios eventos privados y síntomas). Todo ello se habría de traducir en un análisis funcional de los síntomas, quejas o problemas presentados por los clientes. La 'dificultad' de este análisis funcional-contextual es que supone *entender* los trastornos psicológicos de una manera diferente a la generalmente asumida por la gente, a la normalmente establecida en las convenciones clínicas y acaso a la que usualmente uno tiene aprendida, si es un clínico 'chapado' a la manera cognitivo-conductual (cuasi médico-internista). Dentro de esta complejidad, la ACT podría ser fácil de llevar a cabo, si el clínico tiene las ideas claras acerca de la filosofía de esta terapia.

La filosofía de la ACT se podría concretar en dos principios:

- Aceptación y por tanto abandono de la lucha contra los síntomas, y
- Activación y así reorientación de la persona hacia horizontes de sentido (compromiso de actuar, dirección a valores, etc.).

Por lo demás, la ACT no es una terapia protocolizada, que tenga que seguir determinados pasos y aplicar tales técnicas. Al contrario, es abierta y adecuada a cada caso. Lo fundamental es tener claro lo que se propone y dónde quiere ir: *des-activar* al cliente de su enredamiento con los síntomas y *re-activarlo* en dirección a un horizonte de sentido, esto incluso *a pesar de* los síntomas.

### Referencias

Pérez Álvarez, M. (1996a). *La psicoterapia desde el punto de vista conductista*. Madrid: Biblioteca Nueva. Capítulo XII (La terapia contextual).

Wilson, B. E. y Luciano, M. C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a valores*. Pirámide.

# Ficha 2.

## TERAPIA DE ACTIVACIÓN CONDUCTUAL PARA LA DEPRESIÓN

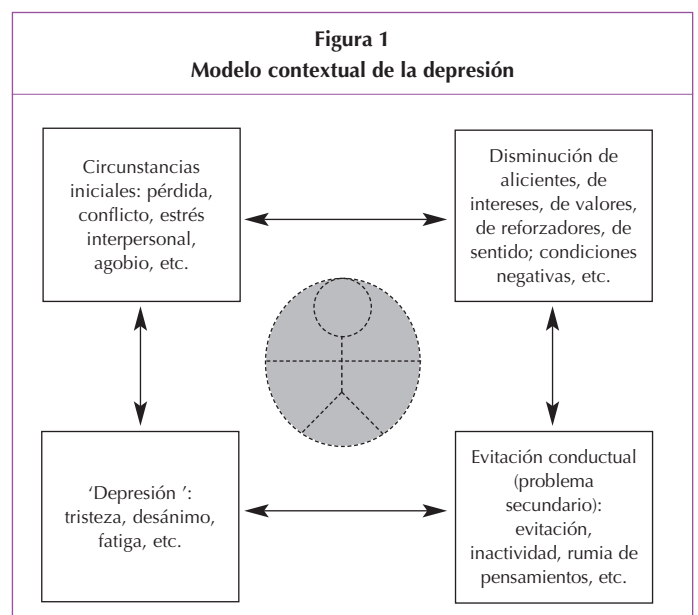
La terapia de Activación Conductual (TAC) es una nueva terapia para la depresión desarrollada sobre bases contextuales y funcionales. La AC sostiene que el contexto explica más eficientemente la depresión y es también el lugar más adecuado para llevar a cabo una terapia eficaz que los supuestos factores internos fueran éstos neurobiológicos (típicamente ‘desequilibrios químicos’) o psicológicos (por ejemplo, ‘esquemas cognitivos’). Asimismo, la TAC sostiene que las conductas que caracterizan a las personas deprimidas juegan un papel significativo en la depresión, en vez de ser meramente síntomas de un cuadro.

La AC gira sobre dos cuestiones: qué condiciones ocasionan la conducta depresiva y cuáles son las consecuencias de esta conducta para el cliente. Así, la AC se interesa tanto en los eventos que ocurren en la vida de las personas como en sus respuestas a tales eventos una vez que las personas están deprimidas. En este sentido, un aspecto básico de la AC es la consideración de que buena parte de la conducta de las personas deprimidas viene a funcionar en realidad como *evitación conductual* de importantes ámbitos de la vida, dadas las circunstancias actuales en la que no parece haber alicientes y en las que acaso también predominen las situaciones desagradables sobre las confortantes. Este contexto depresógeno o deprimente se puede concebir de varias maneras, siendo las preferidas por la AC en términos de disrupción (rotura o interrupción más o menos abrupta) de las rutinas que constituían la vida cotidiana o, más técnicamente, en términos de bajo nivel de reforzamientos positivos y/o alto de control aversivo.

La *evitación conductual* toma una variedad de formas, desde la permanencia en casa ‘retirándose’ de las actividades habituales, a los ‘pensamientos rumiativos’, pasando por los modos de interacción con los demás. En general, se podría decir que la ‘depresión’ misma es una forma de evitación. Por supuesto, no siempre es obvio que las conductas de los clientes son conductas de evitación. El cliente hace lo que *siente* natural. Únicamente cuando se analizan las consecuencias de la conducta se puede empezar a comprender su función, en este caso, la de evitación. No es tanto la forma como la función lo que realmente importa. En todo caso, la depresión se sitúa en el contexto de las circunstancias actuales de la persona y no, por ejemplo, dentro de ella, cualquiera que fuera el lugar supuesto, del cerebro o de la mente que poco más da. De hecho, la depresión no le ‘sale’ a uno de ningún sitio como le podría salir una erupción ni tampoco le ‘entra’ como acaso entre una gripe.

La concepción contextual de la depresión es completamente distinta a la concepción médica o del déficit, sea psiquiátrica o psicológica, prisioneras de una u otra manera del mecanicismo (de hecho están interesadas en los ‘mecanismos de la depresión’).

El *modelo contextual de la depresión* supone que la ‘depresión’ es más una situación dentro de la que está la persona que algo que la persona tiene dentro de sí misma. La Figura 1 representa el modelo contextual de la depresión. Puede verse que la *evitación conductual* es en realidad un ‘problema secundario’—derivado de la las circunstancias iniciales y de la consiguiente disminución de alicientes y demás— pero que juega un papel primordial en la situación depresiva, de acuerdo con esta terapia. La llamada ‘depresión’ sería un aspecto de esta situación, formando parte del circuito en el que está metida la persona.



Concebida la depresión en esta perspectiva, la AC trata de reponer a la persona cara a la vida, poniéndola en contacto con las condiciones que pudieran reordenar el *dis-order* o trastorno dado. Trata de ‘poner a funcionar’ o, como sugiere su propio nombre, ‘activar’ a la persona a pesar de estar (todavía) deprimida, como paso para dejar de estarlo. Más técnicamente, se puede decir que la AC es un procedimiento que enfatiza los intentos sistemáticos en incrementar conductas que hagan probable el contacto con las contingencias ambientales reforzantes y produzcan a su vez cambios en los pensamientos, el humor y la calidad de vida. Naturalmente, se trata de ‘activar’ a la persona en la medida de sus posibilidades actuales y de acuerdo con sus intereses y valores. A este respecto, es fundamental el *análisis funcional de la conducta*, a partir del cual poner en juego las actividades que pudieran ser relevantes. No se trata, pues, meramente de incrementar las actividades como así era en terapias anteriores en esta misma línea, sino en incrementarlas en función de su relevancia para la persona en particular. En este sentido, se trata de una terapia ideográfica. Aunque, en general, es una terapia estructurada y de corta duración (del orden de 10-15 sesiones), no está protocolizada, sino confeccionada a la medida del cliente. Más importante que la aplicación de una serie de técnicas es la filosofía contextual y el criterio funcional de base.

Como se ve, la AC no trata de cambiar primero los pensamientos negativos y el humor triste para después actuar, sino de actuar *a pesar* precisamente de tales pensamientos y estado de humor. Los pensamientos y el humor cambian como sub-efecto de los cambios conductuales y ambientales que las propias acciones producen. [Véase en Pérez Álvarez, M. (2004). *Contingencia y drama. La psicología según el conductismo*. Minerva, “Las emociones desde el punto de vista conductista”, cap. 5] En este sentido, la AC incluye también la aceptación como principio y estrategia, en la línea de la Terapia de Aceptación y Compromiso. La AC combina la aceptación y la activación.

Estos aspectos contra-intuitivos y un tanto paradójicos, como lo puedan ser actuar a pesar de ‘sentirse deprimido’ sin atajar de entrada las cogniciones ni el humor, tienen una base empírica. Estudios muy cuidadosos han mostrado que las técnicas conductuales solas son igual de eficaces que la terapia cognitiva de Beck completa. De acuerdo con este resultado, el cambio cognitivo no parece ser un componente necesario del tratamiento, de manera que la aplicación de las técnicas conductuales sería un procedimiento más parsimonioso. A partir de este resultado, se empezó a considerar las ‘técnicas conductuales’ de la Terapia Cognitiva como toda una terapia por derecho propio, lo que daría lugar al desarrollo de la AC. En todo caso la AC no desconsidera las cogniciones ni el humor sino que cuenta con que cambien a partir del cambio previo de la conducta que a su vez habría de cambiar el contexto y las circunstancias de la persona. En realidad, las cogniciones y el humor cambian como resultado de la activación conductual.

### **Procedimiento de la AC: del estancamiento en la depresión a la activación conductual.**

La clave de la AC está en entender el circuito en el que termina por ser la depresión y ver la manera de salir de él. Se trata de comprender la ‘trampa’ de la depresión y de volver a ponerse en ‘camino’ a través de la ‘acción’. A este propósito, la AC utiliza tres acrónimos resultantes de palabras inglesas que significan ‘trampa’, TRAP, ‘camino’, TRAC(K) y ‘acción’, ACTION. Permítase seguir estos acrónimos originales, aunque lo importante es en todo caso la idea del análisis funcional que subyace (véase Pérez Álvarez, 2007). El Cuadro 6 presenta estos acrónimos: TRAP (trampa), TRAC (camino) y ACTION (acción).

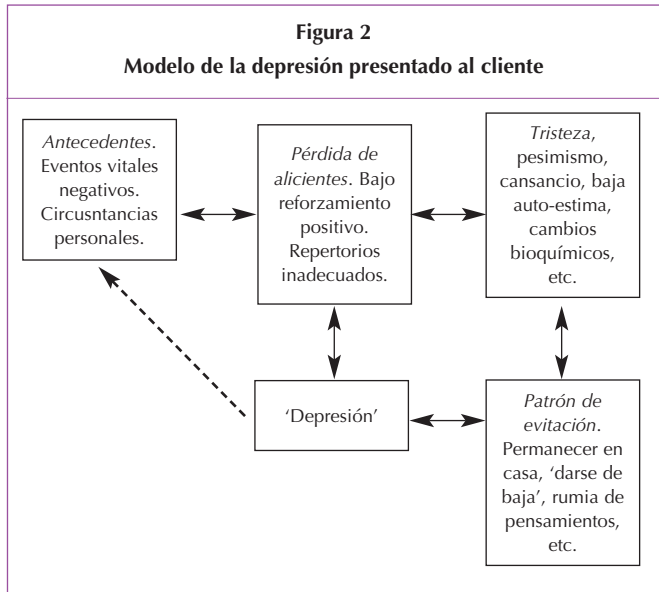
Como quiera que la mayor dificultad está en *activar* a alguien que por definición no está motivado, porque está deprimido, un aspecto crucial de la AC es precisamente motivar a la persona para empezar a hacer algo. Se ha de empezar por establecer una buena relación terapéutica (colaboradora, empática, comprensiva). Dado este contexto, se presenta el modelo de la depresión con el que se va a trabajar. De acuerdo con este modelo, la ‘depresión’ queda situada en un circuito de antecedentes y consecuentes. Este modelo incluye *antecedentes*, a veces fáciles de identificar (eventos vitales negativos, circunstancias personales) y otras veces sumidos en la historia biográfica, la *pérdida de alicientes* que hacen la vida menos interesante, la *consiguiente tristeza*, pesimismo, cansancio y demás, el *patrón de evitación* consistente en quedarse en casa, dejar de hacer tales cosas o de ir a tales sitios, rumia de pensamientos, etc., y el resultante de todo esto sería la ‘depresión’. La Figura 2 muestra un esquema de este tipo presentado al cliente. El cuadro aquí en abstracto ha de estar relleno con los contenidos del propio cliente, obtenidos de las entrevistas por parte del terapeuta. La cuestión es que el terapeuta sepa establecer relaciones funcionales que permitan esta presentación de la depresión. A este respecto, un terapeuta de AC se vale frecuentemente de esquemas de este tipo con contenidos reales de los clientes, a fin de que éstos entiendan también su depresión en términos funcionales.

De acuerdo con este modelo, la depresión cobra una nueva perspectiva y el cliente queda situado de otra manera respecto a su problema. Dada la importancia del patrón de evitación (evitación conductual) en el mantenimiento de la depresión, el cliente tiene un papel activo, tratando de cambiar las condiciones de las que depende la depresión. Aunque nada es fácil, si el terapeuta tiene claro qué es lo que hay que hacer, los clientes incluso aquéllos con depresión mayor son capaces de activarse, activar el entorno y comprobar por propia experiencia el cambio emocional, cognitivo y motivacional. Muchas técnicas y estrategias para lograr esta activación son posibles, pero quizá más importante que las técnicas —unas u otras— es la filosofía funcional-contextual de la terapia.

**Implicaciones de la AC**

- a) La AC se ofrece como una alternativa sólida a la medicación para la depresión. Como mínimo, es igual de efectiva que la medicación (y esto jugando de acuerdo con los criterios que la propia medicación tiene establecidos) y sin conllevar los efectos secundarios de ésta.
- b) La AC se ofrece igualmente como alternativa a la Terapia Cognitiva de la depresión. Por lo pronto, es más efectiva y lo es de una manera más parsimoniosa.
- c) Las AC proporciona un argumento muy potente, difícil de pasar por alto, a favor de la *desmedicalización de la depresión*. La medicalización de la depresión está sostenida no sólo por la concepción psiquiátrica que no sabe hacer otra cosa que medicar sino también por terapias psicológicas, en particular, la Terapia Cognitiva, la cual supone alguna suerte de ‘mecanismo’ o ‘déficit cognitivo’ que se habría de intervenir mediante técnicas específicas. El ‘déficit cognitivo’ y la ‘técnica cognitiva’ equivalen epistemológicamente a los ‘desequilibrios químicos’ y a la ‘medicación antidepresiva’, todo lo cual estaría como mínimo en entredicho de acuerdo la AC.
- d) La AC viene a ser uno de los ejemplos más contundentes de la nueva generación de terapia de con-

<b>Cuadro 6</b> <b>La trampa, el camino y la acción en la depresión</b>
<b>TRAP. La ‘trampa’ de la depresión</b>
<p style="text-align: center;">TRAP deriva de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Trigger, ‘precipitante’, para referirse a los eventos negativos antecedentes (por ej. estrés laboral o familiar, pérdidas, cambios, etc.).</li> <li>➤ Response, ‘respuesta’, para referirse en este caso a cómo se siente uno (por ejemplo, triste, desesperanzado, ‘deprimido’);</li> <li>➤ Avoidance-Pattern, ‘patrón de evitación’, para referirse a la pauta de evitación que uno adopta (‘quedarse en casa’, rumia de pensamientos, ‘darse de baja’, etc.).</li> <li>➤ Se entiende que el <i>patrón de evitación</i> mantiene la <i>respuesta</i> de sentirse deprimido e impide abordar los <i>eventos</i> que la han ‘precipitado’. Para salir de esta ‘trampa’, la AC propone un ‘camino’ alternativo nombrado como TRAC.</li> </ul>
<b>TRAC. El ‘camino’ para salir de la depresión</b>
<p style="text-align: center;">TRAC deriva de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Trigger, como en TRAP;</li> <li>➤ Response, como en TRAP;</li> <li>➤ Alternative Coping, ‘enfrentamiento alternativo’, para referirse ahora a una nueva pauta de acción que rompa el patrón de evitación instaurado (empezar a hacer algo, tareas, actividades, etc., en todo caso relevantes para la persona, no hacer por hacer).</li> <li>➤ Se entiende que el <i>enfrentamiento alternativo</i> bloquea la pauta de evitación, interrumpe el circuito que refuerza la respuesta depresiva y abre la posibilidad de modificar la situación ‘depresógena’. Ponerse en camino supone ACTION.</li> </ul>
<b>ACTION. La ‘acción’ para modificar las condiciones que mantienen la depresión</b>
<p style="text-align: center;">ACTION deriva de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Assess, ‘evaluar’, en este caso preguntándose uno a sí mismo si lo que hace no estará en realidad manteniendo el problema;</li> <li>➤ Choose, ‘decidir’, tomar la decisión de seguir evitando o actuar de una forma resolutiva;</li> <li>➤ Try, ‘probar’ las acciones decididas;</li> <li>➤ Integrate, ‘integrar’ las nuevas actividades en las rutinas diarias;</li> <li>➤ Observe, ‘observar’ el resultado preguntándose a sí mismo si se siente mejor o peor después de hacer esta actividad y si está en dirección a su meta a largo plazo.</li> <li>➤ Never give up, ‘nunca abandonar’, seguir intentándolo.</li> <li>➤ Se entiende que la <i>acción</i> a través de sus efectos en el ambiente, al cambiar algo de la situación de partida, puede a su vez cambiar el estado de ánimo y el pensamiento negativo.</li> </ul>



ducta. Supone pasar de la terapia cognitiva o cognitivo-conductual (que quedaría como la segunda generación) a una terapia contextual como sería la ya declarada 'terapia de conducta de tercera generación'.

e) Los próximos libros de texto, tanto de terapia de conducta como de psicología clínica en general, no sólo tendrán que dar cabida a la AC sino que tendrán que 'reparar' el 'supuesto saber' de la Terapia Cognitiva, que tanto ha inflado textos, cursos y discursos de lo que no parece ser sino psicopatología ficción y lo que es peor una contribución probablemente ingenua a la medicalización de los problemas de la vida.

**Referencia donde se encontrarán otras muchas más**

Pérez Álvarez (2007). La activación conductual y la desmedicalización de la depresión. *Papeles del Psicólogo*, vol. 28, nº 2, pp. 97-110.