

Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), aportes a la Clínica Infantojuvenil

Javier Mandil

palabras clave: ACT-niños-adolescentes

1) Introducción: ACT y la Clínica Infanto Juvenil con Base en la Evidencia.

La Terapia Cognitiva Comportamental y otros abordajes tradicionales basados en la evidencia prodigaron prolíficos aportes con sustento científico orientados a la detección, diagnóstico y tratamiento de numerosos motivos de consulta que afectan a los niños, los adolescentes y sus familias. Sin embargo, una serie de desafíos pendientes parecían difíciles de ser sorteados por algunos de los modelos más difundidos:

- Desafíos Teóricos: La Terapia Cognitiva Comportamental se desarrolló inicialmente para el tratamiento de poblaciones adultas. Sustentada en un modelo intrapsíquico basado en la teoría del procesamiento de la información, su formulación de los motivos de consulta se caracteriza por la predominante consideración del paciente en manera individual. Si bien al realizar formulaciones de casos clínicos que involucran a niños y adolescentes se incorporan las características del entorno, de los historiales de aprendizaje y estilos de apego (Friedberg y Mc Clure, 2016), el modelo considera a estos factores en manera relativa y supeditada a su incidencia en el desarrollo de los esquemas cognitivos y estilos de procesamiento de la información propios de cada trastorno psicopatológico (Clark y Beck, 1997). En pos de superar estas limitaciones, algunos expertos en el área consideran que la integración de perspectivas sistémicas, interpersonales, neuropsicológicas y centradas en el apego es una necesidad frecuente para la conceptualización precisa y el abordaje exhaustivo del sufrimiento en los jóvenes consultantes (Wilner, 2014). Numerosos motivos de consulta presentan, por poner ejemplos, alta injerencia de niveles de emoción expresada, conflictos familiares y/o

patrones inconsistentes de aprendizaje que afectan el curso y la generalización de las dificultades (Ollendick y Neville King, 2010). De acuerdo a Backen Jones y colaboradores (2016), la posibilidad de considerar la interacción de estos factores desde una perspectiva teórica que entienda el desarrollo de las cogniciones, las emociones y las acciones en función del contexto, podría proveer lentes útiles para formulaciones más precisas y flexibles de los casos clínicos que involucran a los jóvenes, las instituciones y las familias.

- Desafíos en el Desarrollo del Vínculo Terapéutico: Los consultantes adolescentes suelen ser traídos por terceros a consulta, pueden manifestar inicialmente desconfianza hacia el profesional y dados los desafíos evolutivos que transitan, frecuentemente rechazan la autoridad y los dispositivos estructurados (Bertolino, 2006). Es destacable, así mismo, que estudios realizados en nuestro contexto latinoamericano (Bunge, Maglio, Carrea. y Entenberg, 2016) hallaron que la satisfacción de los consultantes jóvenes respecto al proceso terapéutico se encontraba determinada, especialmente, por la percepción de ser escuchados y comprendidos. En este sentido, es posible que modelos terapéuticos no excesivamente estructurados, colaborativos y con énfasis en aspectos experienciales puedan favorecer el desarrollo de la alianza terapéutica y la adherencia por parte de esta población (Coyne, McHugh y Martinez, 2011).

- Desafíos Relacionados con la Complejidad, Gravedad y Cronicidad de los Motivos de Consulta: Los tratamientos manualizados y las investigaciones respecto a su eficacia aportaron un salto cualitativo a la disseminación de alternativas de tratamiento de calidad en la clínica infanto juvenil (Kendall, 2000). Sin embargo, características inherentes a los estudios controlados, como la implementación de muestras representativas y el control de variables extrañas, pueden incrementar el desfasaje respecto a la eficacia reportada y la efectividad de los procedimientos terapéuticos en la clínica cotidiana (Castonguay y

Beutler, 2005). Frecuentemente las presentaciones clínicas se enmarcan en contextos institucionales y/o familiares conflictivos y/o vulnerables. Así mismo, complejidades como las comorbilidades, la gravedad y la cronicidad son factores a considerar en los abordajes que no siempre son abarcadas por los tratamientos tradicionales. Respondiendo a estos requerimientos, en las últimas décadas se han desarrollado modelos de intervención transdiagnósticos, flexibles y orientados hacia el abordaje de procesos en la clínica infanto juvenil (Park y Chorpita, 2016). Así mismo, la diseminación de enfoques orientados hacia la toma de perspectiva y la aceptación, pueden favorecer la provisión de abordajes que contemplen la complejidad y los ritmos idiosincrásicos de los procesos de cambio (Hayes y Greco, 2008).

En concordancia con estas necesidades, la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) es un modelo de tratamiento que, en los últimos años, ha alcanzado creciente difusión debido a sus innovadores planteos respecto a la conceptualización del sufrimiento humano y a los crecientes hallazgos de la investigación que parecen demostrar su eficacia en el abordaje de un notable abanico de poblaciones y motivos de consulta. Su sustento teórico en una perspectiva contextual sobre el desarrollo de la cognición y el lenguaje, las características colaborativas de su marco de intervención, su enfoque trans-diagnóstico basado en procesos y su utilidad en el tratamiento de problemáticas complejas y crónicas, invitan a considerarla como una alternativa de tratamiento con base en la evidencia en la clínica infanto juvenil. El presente capítulo abordará una breve introducción a sus bases teóricas y metodológicas, las adaptaciones necesarias para su implementación con los jóvenes consultantes, así como los avances más notables en el tratamiento de problemáticas frecuentes en la clínica con niños y adolescentes.

2) Bases Teórico-Metodológicas: Una Introducción a la Terapia de Aceptación y Compromiso

ACT comienza a expandir su difusión a fines de los 90, con la edición del primer manual del tratamiento (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999). En el mismo los autores detallan un procedimiento terapéutico transdiagnóstico guiado por principios, que abduce intervenciones conductuales, humanístico existenciales y de las prácticas de meditación con conciencia plena al paradigma contextual funcional. Este constituye las bases de la Teoría de los Marcos Relacionales (RFT), un desarrollo contemporáneo de las conceptualizaciones de Skinner (1957) respecto al lenguaje, cuya aplicación más conocida es la Terapia de Aceptación y Compromiso.

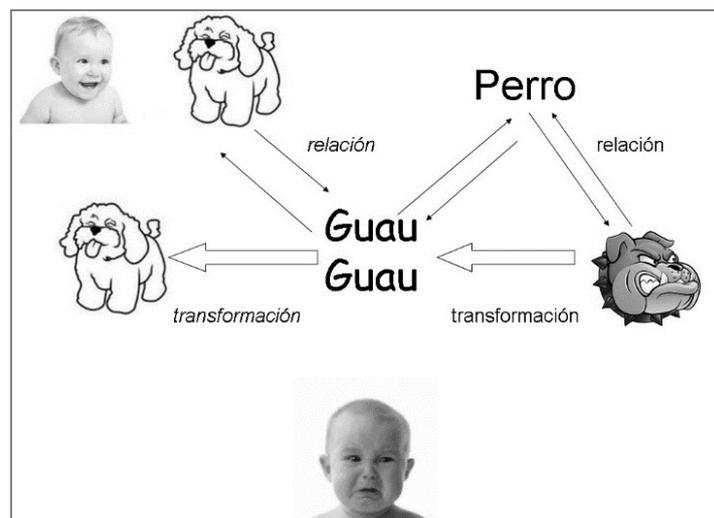
De acuerdo a Hayes, Barnes-Holmes y Roche (2001), las conductas verbales constituyen las cogniciones, es decir que estas se desarrollan a partir de las interacciones lingüísticas (Coyne y Cairns, 2016). Los autores proponen que los seres humanos tenemos la capacidad de aprender, no solo en forma directa, sino también de manera indirecta relacionando estímulos.

El “enmarcar” (frame) refiere al proceso de relacionar estímulos, en manera arbitraria y en función del contexto verbal. Todo contexto integra estímulos que suscitan en el ser humano la capacidad de aprender, en manera progresiva, a establecer relaciones y transformaciones arbitrarias en sus funciones (Torneke, 2010). Podemos ilustrarlo con una experiencia habitual en el desarrollo evolutivo:

A medida que un niño adquiere competencias lingüísticas es usual, por ejemplo, que asocie la onomatopeya “bau bau” ante la presencia de un pequeño caniche. Sin embargo, la capacidad lingüística humana puede favorecer que establezca relaciones, no solo entre la onomatopeya y ese perro en particular, sino entre “bau bau” y diversos animales entre los que progresivamente desarrollará vínculos de semejanza e inclusive de pertenencia a una misma clase. Así mismo, a medida que progresa en el desarrollo de sus competencias lingüísticas, la palabra “perro” se equiparará con la onomatopeya y habrá de sustituirla,

en pos de adecuarse a las convenciones comunicacionales de los adultos. Pero, la propia capacidad de establecer relaciones y transformaciones arbitrarias entre los miembros de la clase amplia “perros”, puede dar lugar a que un agresivo bull-dog se equipare a un caniche y que, de esta manera, la función psicológica de un animalito pequeño y cariñoso se transforme en aversiva: “Los perros son malos” (ver figura 1).

Figura 1



La capacidad de los estímulos de relacionarse y transformarse entre sí, promueve a su vez el desarrollo de reglas lingüísticas que gobiernan las conductas. Estas orientan al ser humano en la predicción anticipada de las consecuencias de sus comportamientos y en la organización de su universo de experiencia. Luciano y Wilson (2002) señalan tres tipos de regulaciones verbales que inciden en el gobierno de las conductas humanas:

Pliance: consiste en el seguimiento de reglas que especifican conductas cuya ejecución es reforzada por la comunidad lingüística. Un ejemplo usual en la clínica infanto juvenil son las acciones orientadas por reglas como “Un padre respetable no permite que su hijo sufra”.

Trackings: Son regulaciones verbales que especifican conductas dirigidas a la consecución de reforzadores o a la evitación de aversivos. Es decir, este tipo de conductas

se mantienen, más allá de la aprobación por parte de la comunidad lingüística, por su relación funcional con los reforzadores directos presentes en los contextos de la experiencia “Si mi hijo llora es bueno hablarle para que se calme”. “Si mi hijo se pone ansioso, es mejor que evite las situaciones estresantes”.

Augmentals: Son transformaciones lingüísticas en las funciones de los estímulos. Dicho en otras palabras, el augmenting es la determinación cultural de qué estímulos, en qué grado y en qué manera serán reforzantes: “El fútbol es bueno para los varones”. “Las niñas gustan del color rosado”.

Las regulaciones verbales tienen aspectos generativos y a la vez constrictivos. En cierto sentido, constituyen las bases de las inmensas posibilidades y también de las vulnerabilidades propias a la especie humana. Por una parte, facilitan al ser humano predecir y gobernar en manera compleja sus conductas en función del contexto, pero por otra su seguimiento rígido o contraproducente, le acarrea sufrimiento psicológico. La capacidad inherente al lenguaje de generar todo tipo de derivadas relacionales arbitrarias en manera poco controlable y la tendencia del ser humano a fusionarse e inclusive a definir su identidad en base a regulaciones verbales pueden, llegado el caso, limitar el desarrollo psicológico flexible en contexto. Acorde a esta perspectiva, la conceptualización básica de ACT sobre el padecimiento psicológico considera dos factores esenciales:

- *La fusión cognitiva*, es decir la tendencia de los seres humanos a considerar que nuestros eventos privados reflejan verdades ontológicas respecto al entorno y a nuestra identidad. Frecuentemente nos cuesta tomar distancia y percibir que los pensamientos, emociones y conductas con que respondemos ante los estímulos son el resultado del desarrollo de relaciones arbitrarias desarrolladas a partir de una historia de aprendizajes socio-culturalmente determinados.

- *La evitación experiencial*: en tanto vivimos a nuestras experiencias privadas como verdades ontológicas, también solemos percibir a nuestros pensamientos y emociones como estables e inmutables. Así mismo, nuestro historial de aprendizaje lingüístico nos llevó a desarrollar marcos que determinan valoraciones de nuestras experiencias internas y reglas de gestión orientadas al control excesivo y la evitación. En este sentido, los autores proponen que numerosos motivos de consulta suelen ser el resultado de distintas formas de evitación de las experiencias privadas dolorosas. Esta evitación experiencial suele tener resultados paradójicos y por otra parte nos aparta de la búsqueda de apetitivos que orientan en manera global nuestro desarrollo personal: es decir, de nuestros valores.

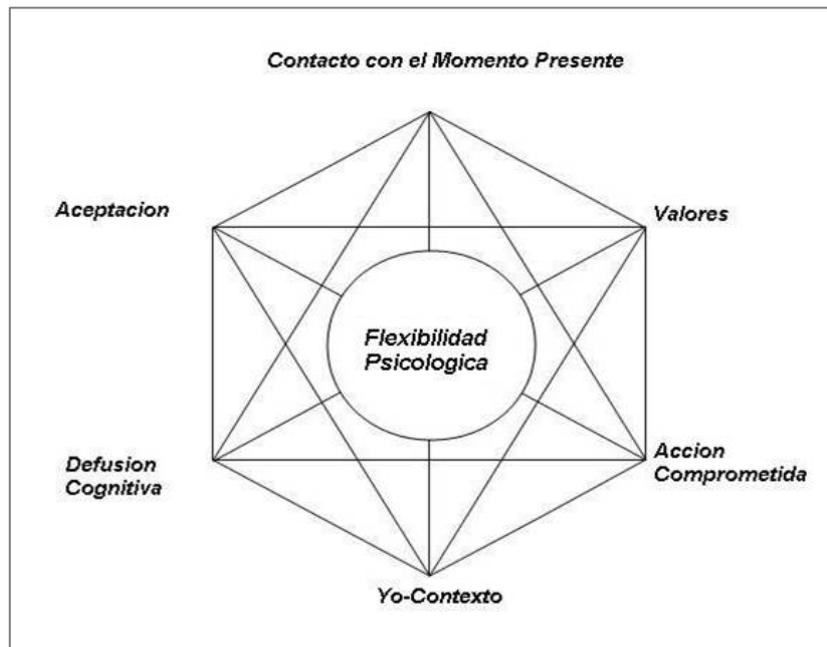
Las operatorias ACT se dirigen a favorecer la toma de distancia respecto a planes rígidos insensibles al contexto presente de las personas, a trackings inefectivos orientados a reducir el malestar u obtener satisfacciones contraproducentes a corto plazo y a augmentals que nos alienan de nuestros valores, es decir, de las cualidades idiosincrásicas que orientan el desarrollo personal.

En otras palabras, la meta general del tratamiento es promover la Flexibilidad Psicológica, definida como la habilidad de contactar el momento presente en manera más plena, como un ser humano consciente con la capacidad de persistir en repertorios de acciones útiles y con la posibilidad de cambiar comportamientos inefectivos en pos de orientarse hacia los valores personales.

La flexibilidad psicológica se desarrolla a partir de seis procesos clave, concebidos desde el modelo como competencias psicológicas útiles. Para ilustrar la interacción entre estos procesos, Bach y Moran (2008) destacan al esquema Hexaflex, como una analogía visual a la que habitualmente se recurre para facilitar su comprensión. Podemos ver en los vértices del hexágono las competencias que contrarrestan a la fusión cognitiva y a la evitación experiencial, determinantes de buena parte de los motivos de consulta. Así

mismo, a los valores y las acciones comprometidas como orientaciones del desarrollo personal. Finalmente, en el centro del hexágono, ese gran organizador nodal que es el concepto de flexibilidad psicológica, que orienta al tratamiento en el marco ACT (*ver figura 2*).

Figura 2



Siguiendo este esquema, a continuación, describiremos los principales procesos cuyo desarrollo se promueve en la Terapia de Aceptación y Compromiso en un orden determinado por la formulación del caso y las necesidades del intercambio terapéutico.

- *Aceptación*: El concepto es tomado de la tradición filosófica budista y es considerado un componente esencial de la meditación con conciencia plena. Implica posicionarse en manera curiosa, ante la experiencia del momento presente tal como es, sin valorarla ni juzgarla. Cada acontecimiento se concibe como parte natural de la relación del ser humano con el entorno e incluso, en el caso de las sensaciones físicas, emociones y pensamientos dolorosos, como valiosa información sobre nuestra relación con nuestro cuerpo, nuestras experiencias internas y el contexto (Kabat-Zinn, 1991). La aceptación

como principio favorece el abandono de los infructuosos intentos de lucha, control y evitación del sufrimiento en pos de recuperar su valor como conocimiento experiencial.

- *Defusión*: En sintonía con otros modelos de tercera generación, se evita la discusión y regulación de las experiencias internas para, favorecer en cambio la observación distanciada y la toma de perspectiva (Hayes, Masuda y De Mey, 2003). En este sentido ACT enfatiza que las intervenciones no apuntan al cuestionamiento de contenidos cognitivos puntuales, sino a desarrollar procesos de relación más flexible con los eventos privados. En otras palabras, se promueve el desarrollo de reglas flexibles en relación a la percepción de las propias cogniciones, emociones y sensaciones: procesos de Defusión que funcionen, como alternativas flexibles a la Fusión perceptiva. La palabra Defusión es un neologismo creado por Hayes, Strosahl y Wilson (1999) para nominar una serie de habilidades orientadas a reducir la potencia del lenguaje en la regulación de las conductas. Al implementarlas, la persona tiende a observar los pensamientos que generan malestar en perspectiva y en forma no amenazante (por ejemplo, que el pensamiento atemorizante lo esté diciendo un personaje infantil). El objetivo de estas prácticas es, por una parte, ejercitar la distinción entre la persona y sus pensamientos y por otra, favorecer procesos de observación distanciada de las experiencias privadas, a la manera de resultados arbitrarios y funcionales a los contextos particulares de aprendizaje socio- lingüístico.

- *Momento Presente*: ACT promueve un contacto despojado de juicios respecto a las circunstancias del entorno y a los eventos psicológicos a medida que estos suceden. La propuesta se orienta a favorecer que los consultantes experimenten el mundo en manera más directa, posibilitando que las conductas problemáticas se flexibilicen. En este sentido, se trabaja con los consultantes el criterio de “hacer lo que funciona”, en poder decidir y actuar en manera cada vez más autónoma y responsable. Así mismo, el contacto con el momento presente posibilita la utilización del lenguaje como una herramienta para

identificar y describir los eventos antes que predecirlos y/o juzgarlos. Diversas prácticas de atención flexible son propuestas por ACT para favorecer el contacto con el momento presente. La Meditación con Conciencia Plena (mindfulness) es un modo privilegiado para tal propósito. En estas prácticas de meditación basadas en los principios del Budismo Zen, se desarrolla la atención, observación y descripción respecto a los eventos privados, despojándose de juicios y valoraciones (Kabat-Zinn, 1991). Consisten en una particular forma de prestar atención, en manera gentil y dinámica al si-mismo en relación al entorno, es decir desde una perspectiva distanciada, la experiencia psicológica en el aquí y ahora.

- *Yo como Contexto*: Este proceso promueve experimentar al yo como una perspectiva segura y estable a partir de la cual se genera el conocimiento. Su ejercitación se contrapone a la visión cotidiana que solemos tener del sí mismo como contenidos lingüísticos respecto a los cuales solemos fusionarnos. Desde la perspectiva del yo como contexto, en cambio, es posible ser conciente de flujo de las experiencias sin apegarse a las mismas. En este sentido, un proceso ACT promueve relaciones de oposición entre la mente experiencial en desarrollo vital y las experiencias internas con los que la persona suele fusionarse. Hayes, Strosahl y Wilson (1999), señalan que esta es una distinción que trasciende lo meramente intelectual y que ha de ser ejercitada continuamente en terapia. Diversas metáforas y ejercicios experienciales son de suma utilidad en este proceso. En “Las piezas de ajedrez y el tablero” se traza una analogía entre las piezas de ajedrez y los pensamientos y emociones en continua lucha, con participaciones y movimientos cambiantes. Algunas salen de la partida. Otras siguen en juego. El Yo que observa y experimenta a lo largo de la vida es el tablero-contexto de múltiples partidas. Las piezas y los movimientos, es decir los contenidos, pueden cambiar y ser específicos a cada situación. El tablero-contexto, es decir la persona, es aquello constante, diferenciado y que trasciende los pensamientos y emociones que experimenta.

- *Valores*: Los valores son las cualidades que deseamos que tengan nuestras acciones. Constituyen la dirección para el desarrollo personal que elegimos y esta orientación opera como guía de las conductas. La acción comprometida es el proceso de llevar a cabo los comportamientos guiados por valores, aceptando los eventos privados dolorosos en pos de “hacer lo que importa” (Polk y Schoendorff, 2014).

En pos de identificarlos, se reflexiona junto al consultante acerca de las cualidades preferidas que orientan su desarrollo personal. Se suelen utilizar herramientas como “el ejercicio del funeral” para asistir a este proceso. El trabajo con los valores favorece la aceptación de las situaciones problemáticas y los eventos privados dolorosos. Así mismo, asiste al desarrollo de augmentals y trackings efectivos que, al funcionar como antecedentes verbales de las respuestas de los consultantes, tienen el potencial de flexibilizar las conductas y mantener a largo plazo los cambios (Backen Jones et al., 2016).

- *Acción Comprometida*: El paciente desarrolla contratos consigo mismo a partir de los que se compromete en la realización gradual de aquellas acciones que lo acercan a “aquello que verdaderamente importa” (Polk y Schoendorff, 2014). El uso de la descomposición de conductas complejas en componentes discretos y de jerarquías de exposición gradual se justifica en la conceptualización de que aquello que motiva nuestro desarrollo personal frecuentemente es evitado debido a la valoración negativa que otorgamos al malestar asociado.

Si bien a partir de sus bases conceptuales, ACT considera a la mejoría sintomática como un beneficio adicional y a mediano plazo, su priorización estratégica del desarrollo del funcionamiento global de las personas está demostrando cada vez más eficacia en el tratamiento de los trastornos psicopatológicos. Partiendo de sus iniciales éxitos con el dolor crónico, investigaciones en curso parecen probar su efectividad en diversos tipos de

pacientes afectados en manera crónica y compleja, así como se han difundido resultados notables en áreas como los trastornos de ansiedad (Craske et al., 2014). Dichos hallazgos favorecen que en la actualidad muchos la consideren como una alternativa viable respecto a tratamientos con mayor soporte empírico (Craske, op cit.).

3) Adaptaciones de ACT en la Implementación con Niños, Adolescentes y Familias.

El hecho de que un tratamiento ACT se organice en base a principios generales orientados al desarrollo de procesos transdiagnósticos, cuyo énfasis y secuencia son determinados por la formulación idiosincrásica de los casos, favorece su adaptación a diversas problemáticas y poblaciones (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999). Sin embargo, dado que la clínica infanto juvenil requiere de consideraciones evolutivas, contextuales y relativas a la intercomunicación entre familias e instituciones, resulta precisa una descripción de su implementación acorde a los diferentes tipos de consultantes con los que se desarrolla el proceso terapéutico (Turrell y Bell, 2016). Con este propósito, a continuación, focalizaremos en las adecuaciones más investigadas en este campo: la orientación a padres de niños con conductas disruptivas, la psicoterapia con adolescentes y los avances en el tratamiento directo de niños en edad escolar.

Integración de ACT en la Orientación a Padres de niños con conductas disruptivas.

La eficacia del entrenamiento a padres de niños con conductas disruptivas tiene fuerte soporte en la literatura con base en la evidencia. Sin embargo, las recaídas son frecuentes debido a que las familias no suelen mantener las estrategias en manera estable. Así mismo, en las consultas donde se registran comorbilidades, conflictos familiares y/o trastornos psicopatológicos en alguna de las figuras parentales, los efectos se ven moderados (Mandil, 2016; Ollendick y Neville King, 2010).

Atentos a estos desafíos, Coyne et al. (2011) reportan prometedores resultados respecto a la administración combinada del entrenamiento a padres y la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) dirigida a los cuidadores en las familias afectadas. De acuerdo a los autores esta forma de tratamiento combinado permitiría superar las barreras cognitivas y emocionales que impiden el ejercicio flexible de las habilidades parentales (Coyne, 2009).

En pos de trabajar la motivación y las cogniciones de las figuras parentales en los casos complejos, recientes desarrollos proponen la integración de un módulo basado en ACT (Hayes y Greco, 2008; Coyne et al., 2011) en el que se enfatizan especialmente el desarrollo de los procesos que detallamos a continuación.

Análisis Funcional de las Conductas Públicas y Privadas.

Tal como señalan Hopko y Hopko (1999) los tratamientos basados en la evidencia aportaron importantes avances en la diseminación de herramientas terapéuticas eficaces, pero debido a la falta de sensibilidad ideográfica respecto a los factores contextuales que inciden en los motivos de consulta, muchos usuarios no se ven beneficiados por los mismos. De acuerdo a los autores, recuperar la integración del análisis funcional a la práctica psicoterapéutica incrementa la efectividad de los procedimientos.

Por ejemplo, los programas de entrenamiento a padres para la gestión de la conducta disruptiva en los niños se organizan a partir de una sucesión de etapas estandarizadas que contemplan la mejoría de las relaciones familiares y la aplicación de contingencias conductuales. Sin embargo, si no se integra el análisis funcional, muchas veces la efectividad de los procedimientos puede verse afectada: el niño no necesariamente responde a determinada alabanza o a la otorgación de un privilegio. Considerando los antecedentes, la conducta específica y las consecuencias activas en el ambiente, podemos

entender la función del comportamiento del niño en relación al contexto y realizar intervenciones adecuadas para favorecer el desarrollo de alternativas flexibles.

Así mismo, a partir de los aportes de RFT podemos incorporar al análisis conductual clases funcionales de comportamientos que se generalizan en contextos diversos, en manera relativamente independiente a las contingencias naturales. En base al desarrollo de los marcos relacionales, las regulaciones lingüísticas transforman las funciones de los estímulos del ambiente para que operen, más allá de sus propiedades físicas y en manera arbitraria, como antecedentes de las conductas (Hayes et al., 2001).

De acuerdo a Coyne y Cairns (2016), integrar las conductas verbales de los padres al análisis funcional nos permite entender la incidencia del seguimiento de reglas en los comportamientos disruptivos de los niños con problemas de conducta e incluso predecir probabilísticamente el desarrollo de regulaciones verbales destructivas. Revisando la conceptualización tradicional de los patrones familiares coercitivos (Patterson, 1982), los autores consideran que las derivadas relacionales arbitrarias pueden interactuar con los patrones de aprendizaje directos.

Coyne y Cairns (2016) señalan la importancia de analizar en relación a que marcos lingüísticos los padres definen una orden: anticipando un refuerzo o un castigo. “Si no estudias no hay computadora” es un comando basado en la anticipación de un castigo. “Si estudias una hora podrás ganar tu tiempo de computadora” anticipa un reforzador, y por lo tanto posibilita el moldeado de nuevos repertorios conductuales.

Así mismo, la eficacia de las consecuencias podría depender no solo de las propiedades físicas del estímulo (su proximidad temporal, su valor apetitivo directo), sino también de las relaciones arbitrarias de comparación que el niño establece entre los reforzadores. Siguiendo con el ejemplo anterior, si un niño enmarca la relación “que mi padre me preste

atención cuando discuto es más importante que obtener el tiempo de computadora”, probablemente el reforzador prometido por el padre no tendrá la función esperada.

En esta línea de razonamiento, si los padres organizan la disciplina promoviendo en exceso el seguimiento piance y en especial en base a la anticipación de castigos, probablemente se genere dependencia de la aprobación social y se corra el riesgo de insensibilizar al niño respecto a las contingencias directas del entorno cuando la amenaza de castigo no esté presente. Desde esta perspectiva los autores señalan la posibilidad de que, al no tomar en cuenta el historial de aprendizaje de derivadas relacionales en una familia, la aplicación de un programa de refuerzos podría no tener los resultados esperados o que inclusive podría dar lugar a consecuencias paradójicas o contraproducentes (Coyne et al., 2011).

Parentalidad basada en Valores.

Frecuentemente los trastornos y/o problemas vinculares tienen un largo historial de desarrollo y podría llevar un tiempo antes de que los cambios en los comportamientos de los padres incidan en las conductas de los hijos. Debido a que las consecuencias de los repertorios parentales alternativos no siempre son reforzantes a corto plazo, asistir a los adultos significativos en la elucidación de los valores a partir de los cuales desean orientar la crianza suele ser productivo (Coyne, 2009). Con el tiempo las acciones comprometidas reguladas verbalmente tenderán a ser reforzadas por las consecuencias directas provistas por el contexto, tales como la mejoría de las dificultades, el incremento de la alegría compartida y una mayor armonía en el vínculo (Backen Jones et al., 2016).

Una modificación de los tradicionales ejercicios de elucidación de valores (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999), orientada específicamente al trabajo con figuras parentales, es la siguiente: “*En un mundo en el que fuera posible que eligieras qué tipo de vida tendría*

tu hijo ¿qué tipo de vida elegirías para él? Y si pudieses ser espectadora de esa vida ¿qué verías?” (Coyne y Cairns, 2016).

En suma, el trabajo con los valores de las figuras parentales favorece la aceptación de las situaciones problemáticas y los eventos privados dolorosos. Así mismo, el desarrollo de antecedentes y apetitivos lingüísticos útiles en relación al accionar parental, promueve su flexibilización y la manutención a largo plazo de los cambios (Backen Jones et al., 2016).

Distinción Yo como contexto - Yo conceptual

Tal como señalamos más arriba, el Yo como Contexto es un importante proceso a desarrollar en la Terapia de Aceptación y compromiso, en pos de favorecer la flexibilidad psicológica. El poder observar desde una perspectiva distanciada y a la vez establecer los pensamientos y emociones que se suscitan en situaciones difíciles, favorece el desarrollo de un sentido del self como contexto de las experiencias privadas dolorosas, distinguiendo su auto-definición del contenido puntual de las mismas. Dicha toma de perspectiva favorece el contacto con la experiencia directa y el desarrollo de repertorios conductuales novedosos y flexibles (Villatte, Villatte y Hayes, 2016).

La identidad parental está determinada por una coherencia narrativa e histórica, una serie de valoraciones y juicios y un sentido de propósito que organizan la crianza. Sin embargo, el aspecto riesgoso del yo conceptual es que conduce a una sobresimplificación de la experiencia, tendiendo a favorecer la adjudicación de juicios y valoraciones sobre nosotros mismos y nuestras relaciones, interfiriendo con la autocompasión y la empatía. La toma de perspectiva a partir del yo como contexto permite al padre moderar la injerencia de las regulaciones verbales rígidas en sus respuestas, favorece la puesta en contacto con las consecuencias directas provistas por el entorno y la observación de la situación conflictiva desde la perspectiva del niño (Backen Jones et al., 2016).

Al día de la fecha, la investigación de estos procedimientos ha reportado resultados prometedores en estudios de caso único en relación a niños opositoristas refractarios al entrenamiento a padres tradicional (Twohig, Hayes y Berlin, 2008; Coyne, et al., 2011). Así mismo, un estudio controlado (Wittingham et al., 2016), ha probado los efectos aditivos de ACT en combinación con un programa de entrenamiento a padres aplicado a 67 familias cuyos hijos presentaban parálisis cerebral y conductas disruptivas. Aunque más investigación es necesaria, estos datos prometedores parecen alentar la consideración de la Terapia de Aceptación y Compromiso como un útil aditivo en el abordaje de las conductas disruptivas complejas que no han mostrado respuesta a las intervenciones tradicionales.

Terapia de Aceptación y Compromiso con Adolescentes

Si bien el desarrollo de los procesos ubicados en el Hexaflex, orientan el recorrido general de un tratamiento ACT, podemos señalar en este espacio ciertas consideraciones que han de tomarse especialmente en cuenta al adecuar el abordaje a los consultantes jóvenes. Tal como destacan Turrell y Bell (2016), los desafíos evolutivos propios de la adolescencia se centran en el desarrollo de exploraciones autónomas con otros grupos de pertenencia, a la vez que se mantiene una relativa dependencia socio-económica y afectiva respecto a la familia de origen. Considerando estas particularidades, algunas versiones de ACT enfatizan prácticas orientadas al desarrollo de competencias para la promoción de la flexibilidad en los vínculos y las interacciones con los contextos significativos para el adolescente (Mandil, José Quintero y Maero, 2017).

Hayes y Ciarrochi (2015) desarrollan el DNA-V, un modelo comprensivo para la formulación de casos clínicos con consultantes jóvenes. En el mismo se evalúa la flexibilidad psicológica en cuatro dimensiones adaptadas al período evolutivo:

- *Descubridor*: Corresponde a la práctica de actitudes orientadas a ensayar nuevos repertorios conductuales y explorar experiencias novedosas despojándose de prejuicios.

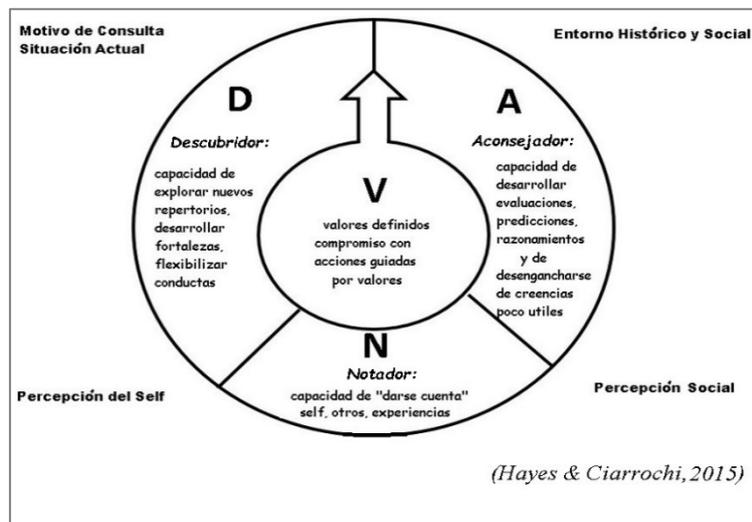
- *Notador*: Refiere al desarrollo de la atención flexible, orientado a contactar los eventos privados en relación a acontecimientos significativos del entorno, aceptándolos tal como son, despojándose de juicios y valoraciones en el aquí y ahora. Así mismo, esta área incluye la toma de perspectiva y el desarrollo de hipótesis sobre las motivaciones del prójimo en los conflictos interpersonales.

- *Aconsejador*: Señala el desarrollo y puesta en consideración de reglas útiles para la acción. Un posicionamiento flexible en esta área implica, por una parte, el tomar distancia de la tendencia al seguimiento piance poco sensible a las experiencias concretas y necesidades del adolescente. Por otra, el desarrollo de trackings efectivos que favorezcan el auto-cuidado y la toma de decisiones reflexiva. En este sentido, apunta a resolver una polaridad habitual en esta etapa evolutiva: la tendencia a seguir los preceptos “de la manada” o a reaccionar en manera individualista e impulsiva.

- *Valores*: Vector central que considera la orientación de las demás competencias en relación a las cualidades que organizan el desarrollo personal del joven, así como las metas y objetivos asociados.

Un aspecto notable del esquema es que considera el desarrollo de estas áreas en relación al entorno micro-social del joven consultante. Factores tales como los determinantes socio-históricos y culturales, la percepción de los otros, de la auto-imagen en relación a las expectativas del grupo social y las dinámicas familiares e institucionales adquieren, de acuerdo a los autores, una particular injerencia en el desarrollo de la flexibilidad psicológica en esta etapa evolutiva (*ver figura 3*).

Figura 3



Respecto a la necesidad de trabajar con los familiares y otros adultos significativos para el adolescente, existe un consenso que favorece esta indicación siempre y cuando en la formulación del caso clínico se evidencie que la dinámica familiar y/o institucional forma parte de los factores que inciden en la configuración del motivo de consulta (Mandil, José Quintero y Maero, 2017; Turrell y Bell, 2016).

Frecuentemente, en estas circunstancias, una meta principal de las entrevistas con los familiares, educadores y/o cuidadores suele ser la promoción del desarrollo de la comunicación y la resolución cooperativa de problemas, tomando como foco los desacuerdos suscitados entre el adolescente y los adultos significativos (Shelef et al., 2005).

Así mismo, Hayes y Greco (2008) destacan como criterio general, que el trabajo con la familia y otros contextos significativos, ha de favorecer un cambio cultural: el terapeuta asiste a los sistemas de referencia en un viraje desde las reglas orientadas a la evitación del malestar, hacia perspectivas orientadas a la aceptación, la atención flexible y la promoción de acciones comprometidas.

En cuanto a la eficacia reportada por la investigación de la implementación de ACT con adolescentes, Coyney et al. (2011) revisan prometedores resultados en áreas tan diversas como ansiedad, depresión, dolor crónico y prevención de conductas de riesgo. Así mismo, se han dado a conocer los reportes de un estudio controlado en el que 193 niños y adolescentes ansiosos han sido expuestos a tres condiciones durante 10 semanas: un programa ACT grupal, un grupo de tratamiento basado en TCC y un grupo de lista de espera. Los resultados, parecen demostrar efectos análogos en la reducción de la sintomatología ansiosa para las dos condiciones de tratamiento, con una leve superioridad en el desarrollo del funcionamiento global evaluado en la condición ACT (Hancock et al., 2016). Dado que dichas investigaciones incluyeron reportes referentes a la eficacia relativa de diversos componentes de ACT en relación a las diferentes etapas evolutivas de los sujetos evaluados, consideramos pertinente retomar en manera más precisa los hallazgos provistos por estos estudios en el subsiguiente apartado.

Avances en la Implementación de la Terapia de Aceptación y Compromiso con Niños en Edad Escolar.

Las Terapias Conductuales de Tercera Generación afrontan desafíos similares a los de otras Terapias Basadas en la Evidencia en pos de adaptar sus metodologías de evaluación e intervención a los consultantes jóvenes: sus herramientas han de ser atractivas, comprensibles y adecuadas a las características evolutivas y culturales de los niños y adolescentes (Hayes y Greco, 2008). La capacidad de desarrollar relaciones y transformaciones lingüísticas arbitrarias adquiere mayor complejidad y fluencia a medida que progresa el desarrollo evolutivo (Villatte et al., 2016). Dado el grado de abstracción de los conceptos y prácticas inherentes a ACT, es comprensible que los mayores avances en su implementación y estudio se hayan registrado, a la fecha, con respecto a la orientación a padres y al trabajo directo con consultantes adolescentes. Sin embargo, el

estudio controlado realizado con jóvenes ansiosos revisado más arriba ilustra notables progresos en el área: el 54% de los sujetos que participaron en la investigación registraba edades entre los 7 a 11 años (Hancock et al., 2016). De todas formas, los autores señalan ciertas salvedades a tener en cuenta en los reportes de estudios de componentes realizados con la misma población. De los procesos destacados en el Hexaflex, Momento Presente, Aceptación y Defusión se han mostrado más viables que Valores y Yo-Contexto (Swain, Hancock, Hainsworth, y Bowman, 2015). Dichos datos son comprensibles al considerar que la elucidación de Valores y el desarrollo de la Distinción Yo-Contexto/Contenidos del Yo, requerirían de capacidades de abstracción y auto-observación no habituales en niños en edad escolar.

En este sentido, resulta evidente que los estudios referentes a la implementación directa de ACT en niños en edad escolar son por demás incipientes y que aún presentan factores a perfeccionar en su desarrollo, pero es factible especular que futuras adaptaciones habrán de enfatizar la promoción de la toma de perspectiva, especialmente a partir de prácticas de defusión, atención flexible y el desarrollo de repertorios de acciones comprometidas, mayoritariamente en relación a metas y objetivos concretos preferidos por los niños. Sin lugar a dudas queda un amplio trecho por recorrer para estos desarrollos terapéuticos relativamente recientes en la clínica infanto juvenil. Pero la posibilidad de favorecer alternativas de intervención flexibles, colaborativas, experienciales y plausibles de abordar complejidades para las cuales los tratamientos tradicionales ofrecen aún escasas respuestas, podrían acrecentar nuestro compromiso respecto a estos novedosos recorridos.

4) Conclusiones.

A lo largo de este capítulo hemos revisado las principales adaptaciones y estudios de eficacia de ACT en el tratamiento de motivos de consulta diversos presentados por niños,

adolescentes y familias. Creemos que es importante considerar la relativa juventud de estos enfoques al evaluar el carácter incipiente y a la vez prometedor de sus resultados. En este sentido, coincidiendo con Craske et al. (2014), pensamos que es útil la proliferación de modelos de tratamiento diversos con evidencia considerable, en pos de adaptar nuestras herramientas a la idiosincrasia, preferencias, características y necesidades de los consultantes y sus familias. Siempre que este desarrollo diverso y múltiple se suscite en el contexto de la investigación científica y en principios humanistas que motiven el accionar clínico, podría ser provechoso darle la bienvenida.

Referencias Bibliográficas:

Bach, P., & Moran, D. (2008). *ACT in practice: Case conceptualization in Acceptance and Commitment Therapy*. Oakland: New Harbinger.

Backen Jones, L., Wittingham, C., Coyne, L. & Lightcap, L. (2016). A contextual behavioral Science Approach to Parenting Intervention and Research. En D. Zettle, S. Hayes, D. Barnett-Holmes & A. Biglan. (eds.). *The Wiley Handbook of Contextual Behavioral Science*. Oxford: John Wiley y Sons.

Bertolino, B. (2006). *Terapia Orientada al Cambio con Adolescentes y Jóvenes*. Barcelona: Paidós Ibérica.

Bunge, E. L., Maglio, A. L., Carrea, G. y Entenberg, G. (2016). Satisfacción y Tipo de Servicios de Salud Mental para Niños y Adolescentes. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 14 (1), 401-415.

Castonguay, L. & Beutler, L. (2005). *Principles of Therapeutic Change that Works*. Oxford: Oxford University Press.

Clark, D. y Beck, A. (1997). El estado de la cuestión en la teoría y la terapia cognitiva. En: I. Caro (Ed.). *Manual de Psicoterapias Cognitivas*. Barcelona: Paidós.

Coyne, L. (2009). *The Joy of Parenting: An Acceptance and Commitment Therapy Guide to Effective Parenting in the Early Years*. Oakland: New Harbinger Publications.

Coyne, L. & Cairns, D. (2016). A Relational frame Theory Analysis of Coercitive Family Process. In T. Dishion y J. Snyder (eds.). *The Oxford Handbook of Coercitive Relationship Dynamics*. Oxford: Oxford University Press.

Coyne, L., McHugh & Martinez, E. (2011). Acceptance and Commitment Therapy (ACT): Advances and Applications with Children, Adolescents, and Families. *Child and Adolescents Psychiatric Clinic of North America*, 20. 379–399.

- Coyne, L. & Wilson, K. (2004). Cognitive fusion in impaired parenting: an RFT analysis. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4, 469–86.
- Craske, M.G., Niles A.N., Burklund, L.J., Wolitzky-Taylor K.B., Vilardaga J.C., Arch, J.J., Saxbe, D.E. & Lieberman, M.D. (2014). Randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for social phobia: outcomes and moderators. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82 (6).1034-48.
- Friedberg, R. y Mc Clure, J. (2016). Conceptualización Cognitiva Comportamental del Caso Clínico con Jóvenes: Una Herramienta Útil. En: M. Gomar, J. Mandil y E. Bunge (comps.). *Manual de Terapia Cognitiva Comportamental con Niños y Adolescentes*. Buenos Aires: Polemos.
- Hancock, K., Swain, J., Hainsworth, C., Dixon, A., Koo, S. & Munro, K. (2016). Acceptance and Commitment Therapy versus Cognitive Behavior Therapy for Children With Anxiety: Outcomes of a Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical Child y Adolescent Psychology*, 21, 1-16.
- Hayes, S., Strosahl, K., & Wilson, K. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy. An Experiential Approach to Behavior Change*. New York: The Guilford Press.
- Hayes, S., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2001). *Relational Frame Theory: A Post Skinnerian Account of Human Language and Cognition*. New York: Plenum Publishers.
- Hayes, S., Masuda, A., & De Mey, H. (2003). Acceptance and commitment therapy and the third wave of behavior therapy. *Gedragstherapie (Dutch Journal of Behavior Therapy)*, 2, 69-96.
- Hayes, S., & Greco, L. (2008). Acceptance and mindfulness for youth: it's time. In S. Hayes & L. Greco (Eds.). *Acceptance & Mindfulness Treatments for Children y Adolescents. A Practitioner's Guide*. Oakland: New Harbinger Publications Inc.
- Hayes, L., & Ciarrochi, J. (2015). *The Thriving Adolescent*. Oakland: New Harbinger.
- Hopko, D. & Hopko, S. (1999). What can Functional Analytic Psychotherapy contribute to empirically validated treatments?. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 349-356.
- Kabat-Zinn, J. (1991). *Full Catastrophy Living*. New York: Delta Publishing.
- Kendall, P. (2000). *Child and Adolescent Therapy. Cognitive and Behavioral Procedures*. New York: The Guilford Press.
- Luciano, M.C. y Wilson, K. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso. Un Tratamiento Conductual Orientado a Valores*. Madrid: Pirámide.
- Mandil, J. (2016). Terapia de Aceptación y Compromiso para Padres de Niños con Conductas Disruptivas. *Revista Psyciencia*. Recuperado el 26/2/18 en <https://www.psyciencia.com/terapia-aceptacion-compromiso-act-padres-ninos-conductas-disruptivas/>
- Mandil, J., José Quintero P. y Maero, F. (2017). *Terapia de Aceptación y Compromiso con Adolescentes*. Buenos Aires: Akadia.
- Ollendick, T. & Neville King, J. (2010). Empirically supported treatments for children and adolescents. In P. Kendall (Comp.), *Child and Adolescent Therapy*. New York: Guilford Press.

- Patterson, G. R. (1982). *Coercive family process: A social learning approach (Vol. 3)*. Eugene, OR: Castalia.
- Park, A. y Chorpita, B. (2016). Terapia Cognitiva Comportamental Modular. En: M. Gomar, J. Mandil y E. Bunge (comps.). *Manual de Terapia Cognitiva Comportamental con Niños y Adolescentes*. Buenos Aires: Polemos.
- Polk, K. & Schoendorff, B. (2014). *The ACT Matrix: A new Approach to Building Psychological Flexibility Across Settings and Populations*. Oakland: New Harbinger.
- Shelef, K., Diamond, G. M., Diamond, G. S., & Liddle, H. A. (2005). Adolescent and parent alliance and treatment outcome in multidimensional family therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 689-698.
- Skinner, B. F. (1957). *Verbal Behavior*. New York: Crofts-Century-Crofts.
- Swain, J., Hancock, K., Hainsworth, C. & Bowman, J (2015). Mechanisms of change: Exploratory outcomes from a randomised controlled trial of acceptance and commitment therapy for anxious adolescents. *Journal of Contextual Behavioral Science, 4, 1*, 56-67.
- Torneke, N. (2010). *Learning RFT: An Introduction to relational frame theory and its clinical applications*. Oakland: New Harbinger.
- Turrell, S. & Bell, S. (2016). *ACT for Adolescents*. Oakland: New Harbinger.
- Twohig, M. Hayes, S. & Berlin, K. (2008). Acceptance and commitment therapy for childhood externalizing disorders. In S. Hayes y L. Greco (Comps.), *Acceptance y Mindfulness Treatments for Children y Adolescents. A Practitioner's Guide*. Oakland: New Harbinger.
- Villatte, M., Villatte V. & Hayes, S. (2016). *Mastering the Clinical Conversation. Language as Intervention*. New York: The Guilford Press
- Wilner, R. (2014). *Psicoterapia con niños: de dónde venimos y hacia dónde vamos*. Comunicación Personal. Conferencia de Apertura en la Jornada Desarrollos Actuales en la Psicoterapia con Niños y Adolescentes. Buenos Aires: Universidad de Palermo.
- Wittingham, K., Sheffield, J. & Boyd, R. (2016). Parenting acceptance and commitment therapy: a randomized controlled trial of an innovative online course for families of children with cerebral palsy. *BMJ Open, 6 (10)*.1-7.