



CAPÍTULO II

ABORDAJE DE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO CON ADOLESCENTES



2. Abordaje de la Terapia de Aceptación y Compromiso con adolescentes¹

Diana Rocio Riaño-Hernández *
Universidad Católica de Pereira
diana.riano@ucp.edu.co

Laura Perea-Gil**
Pontificia Universidad Javeriana
lperea@javeriana.edu.co

Cómo citar esta publicación:

Riaño-Hernández, D.R & Perea-Gil, L (2019). Abordaje de la terapia de Aceptación y Compromiso con adolescentes. En Iodice, R, & H, Aguirre-Loaiza (Eds.), *Salud Mental y Física. Tendencias y Perspectivas Investigativas* (pp. 55-77). Pereira: Editorial Universidad Católica de Pereira.

1. Producto del trabajo realizado en el grupo de estudio Brújula Contigo, compuesto por diferentes profesionales interesados en promover la investigación y fortalecer los procesos terapéuticos que realizan los psicólogos.

*Doctora en psicología de la Universidad de Granada-España. Mg. en Análisis Funcional en Contextos Clínicos y de la Salud. Psicóloga de la Pontificia Universidad Javeriana. Docente Asistente de la Universidad Católica de Pereira. Miembro del grupo de investigación en Psicología Clínica y Salud Mental.

**Magíster en Psicología Clínica de la Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá. Psicóloga, Especialista en Psicología clínica de la Universidad Católica de Bogotá. Psicóloga de la Pontificia Universidad Javeriana.

Introducción

Las terapias de tercera generación han demostrado efectividad en el abordaje de problemas del campo de la salud con adultos; por ejemplo, en los relacionados con dolor crónico (Hann y Cracken, 2014), trastornos depresivos (Pérez y Uribe, 2016), ansiedad (García-Pérez y Valdivia-Salas, 2018) en población mayor (Ruiz y Callejón; 2014) y en adicciones (Davoudi Omid, Sehat y Sepehrmanesh, 2017; Hernandez-Ardieta, 2014). La revisión realizada por Ruiz (2010) da cuenta del amplio cuerpo empírico de dicha terapia para atender a esta población. La terapia de tercera generación es relativamente joven; las evidencias empíricas se centran en estudios de su efectividad con poblaciones adultas, pero es poco lo investigado en cuanto a los beneficios de la aplicación de esta terapia en población de niños y adolescentes.

Este capítulo se realiza con el objetivo de brindar información acerca del abordaje de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en población adolescente, para ayudar a futuros investigadores, estudiantes y profesionales interesados en explorar o generar investigaciones que los acerquen a las necesidades y fortalezas alrededor de la ACT con esta población. En el capítulo se expone brevemente una contextualización general del tema, seguido de un acercamiento al surgimiento de las terapias contextuales; luego, se explicarán estas terapias, específicamente abordando conceptos básicos de ACT y sus especificaciones para adolescentes. Finalmente, se realizan algunas recomendaciones y conclusiones.

Contextualización

Se ha evidenciado que en los últimos años ha aumentado el interés por la aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso en población de niños y adolescentes. Esto puede deberse a que las terapias de tercera generación evidencian un 88 % de efecto en el tratamiento principal (Zambrano, Camargo-Hernández, Gómez-Padilla, Jerez-Castiblanco y Perea-Gil, 2018). Actualmente, a nivel latinoamericano se encuentran pocas investigaciones dirigidas a población adolescente; por ejemplo, la realizada por Rodríguez y Rodríguez (2009). A nivel mundial se registran pocas en cuanto al abordaje de esta etapa del

desarrollo centradas desde el modelo terapéutico ACT; por ejemplo: Burckhardt, Manicavasagar, Batterham y Hadzi-Pavlovic (2016;); Kohtala, Lappalainen, Savonen, Timo y Tolvanen, (2013); Luciano, Ruiz, Vizcaíno-Torres y Hayes (2011); Masuda, Cohen, Wicksell, Kemani y Johnson (2011); Swain, Hancock, Dixon, Koo y Bowman (2013); Wallace, Woodford y Connelly (2016); Woidneck, Morrison y Twohig (2014). La recomendación general de estos autores es realizar mayores investigaciones desde ACT, donde se incluya un mayor seguimiento a largo plazo y analizar el efecto particular en cada componente, teniendo en cuenta que en la mayoría de las intervenciones emplean todos los componentes dentro del mismo intervalo de proceso.

Igualmente, en la revisión sistemática de ACT en adolescentes, Riaño-Hernández, Riveros-Fiallo y Villa (2017) encontraron que los componentes más aplicados de la terapia, reportados en los 32 artículos que revisaron, fueron los valores y ejercicios de defusión cognitiva. Respecto a las principales categorías abordadas, figuran: la inflexibilidad psicológica, el dolor crónico, la depresión y la ansiedad, en orden respectivo. También reportan que los estudios revisados destacan dentro de las conclusiones de forma general, que la aplicación de ACT es de gran importancia para el aumento en la flexibilidad psicológica en adolescentes y destacan una marcada disminución de indicadores de ansiedad y depresión. Por otro lado, reportan que existe una necesidad de aumento del tamaño de la muestra, para generar más estudios con grupos control y disminuir las variables particulares que puedan generar confusión. Finalmente, está la necesidad de analizar los mediadores y moderadores para identificar los componentes clave que afectan los desenlaces. Respecto al uso de protocolos, en dicha revisión se plantea el número de sesiones aplicados en los estudios varía entre 1 y 20, siendo 8 el número de sesiones promedio entre los estudios seleccionados. Esto refleja que ni los protocolos breves ni los muy extensos suelen ser aplicados con este tipo de población. Finalmente, los tipos de estudio que más se manejan son de tipo cuantitativo; llama la atención que solo haya uno cualitativo y sería interesante hacer estudios que sean de carácter mixto (Swain, Hancock, Dixon, Koo & Bowman, 2013). Todos estos datos pueden contribuir para identificar aspectos a fortalecer en el abordaje de la ACT con adolescentes y así colaborar con el fortalecimiento del campo. Igualmente, para comprender la necesidad de

fortalecer este campo se debe tener en cuenta el abordaje de síntomas clínicos y las propuestas de intervención para trabajar con adolescentes.

La población adolescente puede tener una alta prevalencia en síntomas psicopatológicos; dentro de las explicaciones alrededor de esta situación, se encuentran los cambios propios de estas edades y la relación con pares. Adicional a lo anterior, dentro de la Encuesta de Salud Mental (2015), los resultados evidenciaron que el 12.2% de los adolescentes tenían sintomatología asociada a psicosis, depresión y ansiedad. Un 80% de los adolescentes refirieron presentar entre uno a tres síntomas de ansiedad y un 15% entre cuatro y seis síntomas. En general, se podría plantear que la prevalencia de trastornos mentales y afectivos en los adolescentes es de un 8 a 10% y que a su vez se encuentran factores como el consumo de sustancias psicoactivas, intentos de suicidio y abuso de alcohol; todos estos factores complejizan el problema, por lo cual es necesario realizar intervenciones que puedan ser efectivas teniendo en cuenta las características particulares de esta población.

En cuanto a los trastornos de ansiedad, se encuentra la pobreza como un factor de vulnerabilidad en dichos trastornos, además de que generan deterioro en el área familiar y en el área escolar, generalmente asociados a deterioros a largo plazo en la adultez y con mayor riesgo de generar adicciones, falta de control o impulsividad y actividad criminal (ENSM, 2015). Por ello, es urgente intervenir sobre dichos problemas de conducta, atendiendo a sus posibles consecuencias a largo plazo. Sin embargo, recordemos que la mayoría de investigaciones de ACT con adolescentes están reportando usar en promedio 8 sesiones y pueden ir hasta 20 sesiones; por esto, es de gran importancia encontrar intervenciones que permitan trabajar con los adolescentes de forma efectiva y que requieran menos tiempo; también es interesante la posibilidad de generar protocolos breves que se puedan manejar en contextos grupales e individuales.

En respuesta a las diferentes problemáticas evidenciadas en adolescentes, muchas intervenciones se centran en la familia, en donde los adultos asumen principalmente la intervención. Sin embargo, esta podría llegar a ser una de las limitaciones en la medida de que muchas veces no se cuenta con la participación de estas figuras. Otras investigaciones se han centrado en enseñar a los adolescentes

a atender la frecuencia de pensamientos y sentimientos problemáticos y manejar sistemas de recompensas ante conductas apropiadas; aunque dichos programas han mostrado efectividad a corto plazo y reducción en algunos comportamientos problemáticos, dentro de las limitaciones se encuentran que su efectividad se reduce a largo plazo y además su generalización en otros contextos se dificulta, así como la dificultad en lograr motivación y cooperación por parte de los adolescentes (Kazdin, 1993 citado por Gómez, Luciano, Páez-Blarrina, Ruiz, Valdivia-Salas, y Gil-Luciano; 2014). En este mismo sentido, estas intervenciones generalmente empleadas con adolescentes se centran en la disminución de la sintomatología y desde ACT se centraría en cambiar la función del malestar que reportan las personas, además de realizar la clarificación de valores, es decir, que se trabaja con las personas en cuanto a la identificación de las cosas que son importantes para ellos, para que logren identificar en la cotidianidad y trabajen a favor de fortalecer esas cosas que son importantes (Kazdin, 1993, citado por Gómez, Luciano, Páez-Blarrina, Ruiz, Valdivia-Salas & Gil-Luciano, 2014).

En resumen, la prevalencia de la psicopatología en la adolescencia, los retos que se generan para las intervenciones en esta población por las características propias de dicha etapa, la dificultad en algunos programas de intervención para mantener a largo plazo los cambios generados a partir de la misma, la falta de cuerpo empírico en cuanto a ACT en dicha población y la fortaleza de ACT en centrarse en trabajar con las acciones valiosas para las personas, son aspectos centrales para destacar la relevancia de generar diferentes investigaciones con población adolescente y la aplicación de ACT. La pregunta que nos queda es: ¿Qué fortalezas y características tiene la ACT que puedan resultar interesadntes para poder trabajar con adolescentes?

Las tres generaciones de la terapia del comportamiento

Las terapias utilizadas en psicología en el marco del enfoque conductual se pueden clasificar en tres olas generacionales: la primera se encuentra basada en el conductismo, la segunda está enfocada en el tratamiento cognitivo-conductual y la tercera ola se ubica en las terapias de “tercera generación”. Las técnicas basadas en esta última son el avance de las terapias del comportamiento, las cuales se han reconstituido a través de una serie de fases que han permitido un

progreso en la manera de intervenir los problemas emocionales y psicológicos en los individuos (Hayes, 2004).

La primera ola surge alrededor de la década de 1950 y diio lugar a un nuevo abordaje de la psicología clínica, ya que implicó una rebelión frente a la psicología dominada en ese momento por el psicoanálisis y, por otro lado, brindó una terapia desde la psicología sostenida en principios científicos, influenciados por la psicología del aprendizaje con el condicionamiento clásico y el condicionamiento operante (Hayes, 2004). En la primera generación, las terapias de conducta permitieron mantener sus compromisos fundacionales debido a que los terapeutas del comportamiento tenían en cuenta el conjunto de principios extraídos de los laboratorio. Sin embargo, incluso en sus inicios los investigadores de los principios de conducta sabían que era necesario ir más allá de los principios del condicionamiento operante y clásico para explicar y comprender el comportamiento humano. A partir de esta idea se fue desarrollando la segunda generación constituida por la terapia cognitiva comportamental, fundamentada en los procesos cognitivos humanos (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979, citado en Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis, 2006).

La terapia cognitivo conductual de la segunda ola nace aproximadamente en 1970. En esta época se empieza a conceptualizar el comportamiento teniendo en cuenta sus bases en las cogniciones (creencias, pensamientos, expectativas, atribuciones), enunciando que son las causas primordiales de los problemas emocionales y conductuales. En un principio, se fundamentó en la terapia racional-emotiva de A. Ellis y la terapia cognitiva de la depresión de A. T. Beck (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979; Mahoney, 1974; Meichenbaum, 1977 citado en Hayes, 2004). Las técnicas de terapia cognitivo conductual (TCC) han producido resultados impresionantes en muchas áreas, pero no es claro cuánto se debe a lo que se añade a la terapia tradicional del comportamiento; existe un acuerdo entre los teóricos en que la terapia tradicional no era suficiente y que se necesitarían mejores métodos para abordar los pensamientos y sentimientos (Hayes, Luoma, Bond, Massuda y Lillis, 2006).

La evidencia empírica de esta terapia da cuenta de la efectividad de las técnicas de intervención, generando procesos terapéuticos muy establecidos.

También produjo la terapia psicológica más representada en el movimiento de los tratamientos psicológicos que han probado la efectividad de sus resultados, incluyendo una comparación con la parte de medicación con fármacos. No obstante, presenta dos problemas: por un lado, puede estar limitada debido a su propia tendencia a estandarizar los casos; esto se puede evidenciar en los diferentes libros que se crearon como manuales de modificación de conducta, y por otro lado, el nivel de eficacia puede deberse a lo que tiene de conductual, haciendo que sea una terapia desenfocada (Pérez, Fernández, Fernández-Rodríguez y Amigo, 2003).

Finalmente, la terapia de tercera generación surge a partir de la década de 1990, aunque se identifica su fortalecimiento hasta 2004. Esta propuesta surge debido tanto al desarrollo del análisis de la conducta y del conductismo radical como a las limitaciones de la terapia cognitivo conductual, a pesar de sus reconocidas aportaciones (Pérez, 2006). De acuerdo con Hayes (2004), las terapias de tercera generación se han fundamentado en un enfoque empírico que es sensible al contexto y las funciones de los fenómenos psicológicos, no solo de su topografía, es decir, que se centra más en las funciones de la conducta comprendiendo que esta se genera en un contexto. Desde esta forma de abordaje, se enfatiza en trabajar con las estrategias de cambio de contexto y de experiencia. Las intervenciones desde tercera generación buscan la ampliar los repertorios conductuales, haciéndolos flexibles, característica que resulta interesante para promover en la adolescencia y permitir generar adultos con repertorios más flexibles frente a las dificultades y que manejen el malestar psicológico con herramientas diferentes.

La terapia de aceptación y compromiso (ACT) es el intento de 20 años para crear una forma moderna de análisis de comportamiento que podría superar este reto mediante la adición de los principios necesarios para dar cuenta de la cognición y el lenguaje, desde un punto analítico contextual o del comportamiento de vista funcional. La convicción fundamental de este esfuerzo es que la terapia de la conducta se relacione con una teoría contextualista de la cognición; con ello, sería más probable que condujese a la realización de sus objetivos prácticos, manteniendo los compromisos de ciencias básicas originales de la tradicional terapia conductual (Hayes, Luoma, Bond, Massuda y Lillis, 2006).

Terapias contextuales y ACT

Las terapias contextuales están basadas en el contextualismo funcional, donde se destaca el abordaje de la conducta como “el acto en contexto”. Estas terapias se basan en la Teoría de Marcos Relacionales (TMR), la cual es una teoría que explica el lenguaje y la cognición desde el conductismo. Esta se encuentra enraizada en la filosofía pragmática del contextualismo funcional, que tiene como objetivo principal la predicción e influencia de los acontecimientos, con precisión, alcance y profundidad (Biglan & Hayes, 1996; Hayes, 1993; Hayes & Brownstein, 1986; Hayes, Hayes & Reese, 1988 citados por Hayes, 2004).

Desde la perspectiva de ACT y la teoría de los marcos relacionales, los problemas psicológicos pueden surgir por las diferentes relaciones establecidas en las historias de aprendizaje de las personas, donde aprenden a relacionar el bienestar y malestar con diferentes aspectos que hacen que se comporten de una manera u otra, según las relaciones funcionales establecidas por medio del lenguaje y la cognición. El problema no es la presencia de un evento (sea privado o público) en particular, sino su función contextualmente establecida y el significado. Dentro de esta terapia, es importante el carácter fundacional relacionado con las metas en el contextualismo, donde se refleja el “actuar” a favor de los valores elegidos; esto origina el componente denominado valores, el cual atraviesa toda la terapia y la caracteriza. De esta manera, los “valores” y “actuar” a favor de ellos, dirige una vida significativa y de hecho un tratamiento significativo. En este sentido, se destaca que ACT adquiere su nombre cuando se refiere al énfasis de “actuar” (Hayes, 2004).

La Teoría de los Marcos Relacionales (TMR) se ha convertido en una de las teorías básicas de comportamiento. De acuerdo con la TMR, el núcleo del lenguaje humano y la cognición es la habilidad aprendida y contextualmente controlada de relacionar arbitrariamente eventos recíprocos, para cambiar las funciones de los eventos específicos basados en sus relaciones con los demás. Las implicaciones aplicadas de la TMR se derivan de varias fuentes, con tres características fundamentales: (1) la cognición humana es un tipo específico de comportamiento aprendido, (2) la cognición altera los efectos de otros procesos de comportamiento, (3) las relaciones cognitivas y funciones cognitivas están

regulados por diferentes características contextuales de una situación (Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis, 2006).

A partir de la comprensión desde la Teoría de los Marcos Relacionales, la transformación de funciones es un producto necesario del comportamiento verbal e implica responder a un evento en términos de otro, según los marcos relacionales establecidos. Esto es, dada la historia personal correspondiente y la clave contextual pertinente en un momento dado, la persona derivará pensamientos específicos sobre lo que le rodea, sobre ella misma y sobre los demás. Sin el repertorio apropiado para tomar distancia de la propia, la persona solo podrá actuar bajo el control de las funciones de tales eventos privados, es decir, estará controlado por sus eventos privados, sin tener en cuenta sus valores personales (Luciano, Valvidia y Gutierrez 2006).

La tercera generación busca comprender cómo las acciones en curso de todo el organismo interactúan en y con los diferentes contextos. Cada comportamiento debe ser explicado en términos de variables contextuales, es decir, los pensamientos y sentimientos no podrían causar directamente las acciones, sino que predomina la interacción del individuo con sus contextos verbales (Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis, 2006). Esta perspectiva se caracteriza así dentro del contextualismo; los componentes básicos serían: (a) se centran en todo el evento, (b) el papel del contexto en la comprensión de la naturaleza y la función de un evento, (c) énfasis en un criterio de verdad pragmática, y (d) especifica objetivos científicos frente a los cuales se aplica ese criterio de verdad (Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis, 2006).

Tal como lo planteaba Luciano (2001), la preparación de los individuos, con capacidad de adaptación a la frustración y sufrimiento psicológico y que resistan las múltiples trampas debidas a los contextos verbales que van a encontrar a lo largo de su vida, supone que la sociedad habría de generar numerosas habilidades de autocontrol en el niño y adolescente para que aprendan a no quedar “pegados” a las palabras o a las reglas que se encuentran inmersas en la denominado “felicidad”. Es decir, se identifica que, en algunas ocasiones, por la característica verbal del ser humano, él puede quedar fusionado con sus eventos privados y asumirlos como reglas establecidas o propiedades físicas

inherentes. En consecuencia, es mejor generar condiciones para que la persona aprenda a estar abierta o dispuesta a las funciones verbales de lo que no se puede controlar y a responsabilizarse del cambio cuando este se elija si ambos están en la dirección de mantener los valores.

Las terapias contextuales realizan una propuesta diferente para abordar el sufrimiento. No se centran en la eliminación del malestar para buscar el bienestar, sino en asumir el sufrimiento y el placer como parte de la misma dimensión, o dicho de otro modo, no se asumen como categorías opuestas en donde si está presente una no puede estar la otra, sino que ambas pueden coexistir, en codependencia, lo que significa que es inevitable tener la posibilidad de disfrutar sin que esto lleve la posibilidad de recordar situaciones que traigan al presente sensaciones negativas. La dimensión sufrimiento-placer, que sustenta el reforzamiento positivo y el negativo, se amplía y transforma en sus posibilidades cuando los organismos llegan a ser verbales (Luciano, Valdivia & Gutierrez, 2006).

Enseñar este nuevo abordaje y afrontamiento del sufrimiento a los adolescentes es mostrarles una forma diferente de la que la cultura habitualmente promueve para enfrentar los momentos o emociones difíciles de sobrellevar. Esto cobra mayor importancia si enfatizamos en que los adolescentes de hoy en día están creciendo en una sociedad en la cual para vivir felices necesitamos estar felices, y al mismo, enfatiza en la importancia de obtener grandes logros sin mayor esfuerzo, donde lo importante es obtener placer constante. La pregunta aquí es: ¿los seres humanos podemos vivir sin las emociones negativas? Desde la ACT se entrena a los adolescentes a asumir su condición de ser humano, lo cual implica que pasamos por momentos tanto difíciles como felices, tenemos emociones positivas y emociones negativas... y podemos enfrentar ambas situaciones con repertorios conductuales flexibles que nos permiten disfrutar la vida y lograr las cosas que son importantes para cada uno, independientemente de los sentimientos, emociones y pensamientos negativos.

Para comprender mejor este acercamiento, se debe tener en cuenta la evitación experiencial. Inicialmente, Hayes (2004) planteaba que la raíz de los problemas psicológicos se encontraba en la evitación experiencial, la cual es definida por Luciano (2001, p. 336) “como un ejercicio persistente, crónico, de

un mecanismo funcional primario que consiste en la deliberada o consciente eliminación o reducción en la forma o frecuencia de los eventos privado”. Allí tendrían cabida problemas como la depresión, ansiedad, el alcoholismo y otras adicciones, que tengan como eje central la deliberada eliminación de eventos privados sin que el resultado de determinada acción sea otro que una limitación en la vida de la persona, al provocar la exacerbación del evento privado implicado y obligar a permanecer en la estrategia de evitación para reducir el potente valor aversivo. Sin embargo, al intentar evitar los eventos privados incómodos, se incrementa su importancia funcional (Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis 2005). Este funcionamiento de la evitación experiencial se puede observar en problemáticas en la adolescencia como el abuso de sustancias, ansiedad, depresión, conductas disruptivas, dificultades en proyecto de vida, intentos de suicidio y autolesiones, abandono de estudios y otros.

Objetivos y características de ACT

El objetivo de ACT después de comprobar la existencia de una regulación verbal del comportamiento ineficaz que contenga un patrón de funcionamiento de evitación experiencial destructivo será generar un repertorio extenso y flexible de acciones encaminadas a avanzar hacia objetivos suscritos en direcciones personalmente valiosas. Es importante trabajar con los adolescentes sobre esas proyecciones de valores personales que empiezan a concretar a esta edad, para identificar junto con ellos las estrategias para ayudarles a obtener la vida que ellos quieren vivir.

Cabe señalar que ACT: **(a)** es un tratamiento centrado en las acciones valiosas para el cliente; **(b)** contempla el malestar/sufrimiento como natural, producto de la condición humana en tanto que seres verbales; **(c)** define que se aprende a resistir el sufrimiento normal y es justamente esa resistencia la que genera el sufrimiento patológico; **(d)** promueve el análisis funcional de los comportamientos del paciente y, por tanto, se basa en la experiencia del paciente como la clave del tratamiento, **(e)** tiene por objetivo flexibilizar la reacción al malestar porque la experiencia del paciente le dice que resistir los eventos privados limita la vida y que centrarse en ellos es perder la dirección; **(f)** implica clarificar valores para actuar en la dirección valiosa, aceptando con

plena conciencia los eventos privados que surjan y practicar la aceptación de los mismos cuando surgen, en el aquí y ahora al actuar en una trayectoria valiosa; **(g)** llevar a cabo esta práctica cuanto antes y tantas veces como sea posible; **(h)** implica aprender a “caer y a levantarse”, o sea, a elegir nuevamente actuar hacia valores con los eventos privados que sobrevengan por las posibles recaídas. Los métodos clínicos de ACT proceden, en parte, de otras terapias (Hayes, 2004; Páez, Gutiérrez, Valdivia y Luciano, 2006; Pérez Álvarez, 2001 citado por Luciano, Valdivia y Gutierrez, 2006). En el proceso seguido en ACT se distinguen varias fases para alterar los contextos verbales que sostienen el Trastorno de Evitación Experiencial (TEE); estas son: la experiencia de la desesperanza creativa, la clarificación de valores, la identificación del problema como el control de los eventos privados, la desliteralización, el yo como contexto o perspectiva del yo, y el estar dispuesto a escoger una dirección en la vida y colocarla en práctica (Luciano, 2001). Tener en cuenta estos contextos verbales ayudará a la hora de realizar intervenciones desde ACT para promover la flexibilidad psicológica en los adolescentes y permitir acciones flexibles frente al sufrimiento.

ACT centrada en niños y adolescentes

Desde la Terapia de Aceptación y Compromiso, los problemas psicológicos tanto en adolescentes como en adultos son un esfuerzo desesperado y contraproducente para liberarse del malestar y dicho esfuerzo interfiere con sus valores. Desde la conceptualización dirigida a adolescentes se plantean el análisis funcional del caso, identificando factores mantenidos por evitación experiencial y las conductas que responden a esto. Se sugiere identificar forma, frecuencia e intensidad de las conductas, disparadores internos y externos, comportamientos que ayudan a los niños y adolescentes a evitar los eventos privados dolorosos y los reforzadores a corto plazo; acciones valoradas en el colegio, recreo, amigos, familia y el trabajo, todo articulado con los padres en las fases de la intervención (Murrell, Coyne y Wilson, 2004, citados por Ferro, Vivas y Alcanio, 2009).

En cuanto a los componentes para tener en cuenta en la intervención con niños y adolescentes, Murrell, Coyne y Wilson (2004) proponen para este tipo de población que el tratamiento se centre en estos componentes de ACT: (1) valorar, (2) promover la aceptación, (3) defusión cognitiva y (4) estar dispuesto/abierto a

lo que se teme y la construcción de patrones de acción comprometida. Los autores reconocen que hasta ahora no hay datos que indiquen el orden o la duración de los componentes y proponen que sea en función del paciente como se oriente la dirección y la forma de la terapia. La diferencia fundamental con la aplicación en adultos es que se usan menos los componentes de “contactar con el momento presente” y “el yo como contexto”, ya que hay niños y adolescentes que no están preparados por su desarrollo para estos conceptos abstractos (Ferro, Vivas & Alcanio, 2009). Por ejemplo, en el caso de ACT dirigida a población infanto-juvenil, priman los objetivos del análisis funcional de la conducta problema, patrones de conducta que favorecen la evitación de contenidos dolorosos, reforzadores a corto plazo e identificación de direcciones contextuales valiosas en la vida del niño y adolescente (colegio, amistad, familia). Para tener una mayor comprensión sobre cómo se puede abordar la terapia con esta población, se pueden revisar algunas investigaciones que exponen lo que se ha hecho y destacan lo que falta por hacer.

Evidencia empírica de ACT con adolescentes

En dos estudios realizados con adolescentes que presentaban desórdenes alimenticios (Woidneck, Morrison y Twohig, 2014; Merwin, Zucker y Timko, 2013) dirigidos a adolescentes entre 12 y 18 años, ACT demostró efectividad, con mejora en la salud psicológica, funcionamiento adaptativo y aumento en índices de masa corporal. En estos estudios se priorizaban los componentes de apertura de experiencias, acciones valiosas y desesperanza creativa.

En cuanto a programas de prevención de depresión y estrés, se ha evidenciado que elementos centrados en el contacto con el momento presente, la aceptación, identificación de valores y defusión, disminuyen las medidas en cuanto a depresión y estrés (Burckhardt, Manicavsagar, Batterham y Hadzi, 2016). De otro lado, Luciano, Ruiz y Vizcaíno-Torres (2011) realizaron un estudio para evaluar la efectividad de diferentes componentes de ACT y encontraron que son más efectivos los protocolos dirigidos a la incorporación de marcos deícticos (el aquí y el allá con el ahora y el después), más marcos de jerarquía diciendo ¿quién está por encima de qué?

Otros estudios han involucrado de forma más activa a los familiares, cómo Wallace, Woodford y Connelly (2016), quienes desarrollaron una investigación cuasi-experimental, con pruebas piloto de una intervención basada en ACT, dirigida a la flexibilidad psicológica general para los padres de adolescentes (13 a 18 años) con dolor crónico; los autores encontraron que la intervención no dio lugar a cambios estadísticamente significativos en la interferencia relacionada con el dolor durante el tratamiento; sin embargo, la interferencia del dolor evaluada por los adolescentes disminuyó significativamente a los seis meses.

Igualmente, dentro del trabajo con cuidadores de adolescentes con lesión cerebral, otro estudio buscó comprender las experiencias de los cuidadores familiares de lesión cerebral adquirida (ABI) que asistieron a una intervención de grupo basada en la aceptación, con un protocolo de intervención en ACT centrado en la consideración de los valores en relación con la atención. Dentro de las recomendaciones realizadas por los autores se encuentra la importancia de que los estudios den cuenta del efecto por separado de cada uno de los componentes, que se tengan en cuenta otras variables implicadas en el proceso y un mayor número de seguimientos, según lo reportado en cuanto a “efecto durmiente” (Williams, Vaughan, Huws y Hastings, 2014).

En cuanto a estudios dirigidos a población adolescente con características de depresión, se ha encontrado que luego de la intervención desde ACT hay un mejoramiento del funcionamiento global que se mantiene en el tiempo; igualmente, se ha mostrado que puede ser utilizada en niños y adolescentes que presentan enfermedades psicosomáticas (Wicksell, Melin, Lekander y Olsson, 2009), además de los trastornos depresivos (Hayes, Boyd, y Sewell, 2011; Moghanloo, Moghanloo y Moazeri, 2015). En el área de la salud, buscaron evaluar la eficacia de estrategias de exposición y aceptación para mejorar el funcionamiento y la calidad de vida de 16 niños y adolescentes entre los 10 y 18 años que presentaban dolor pediátrico. En este mismo sentido, Moazzezi, Moghanloo, Moghanloo y Pishvaei (2015) realizaron un estudio que buscó encontrar el impacto de ACT en el estrés percibido y la autoeficacia en 18 niños de 7 a 15 años que tenían diabetes mellitus. En cuanto a la metodología, los ejercicios utilizados respondían a todas las fases de la terapia, donde se incluían el ajedrez, el hombre en el hoyo, el granjero, entre otros. Los resultados

demonstraron la efectividad de ACT en la disminución del estrés percibido y un aumento en la autoeficacia sanitaria.

Franklin, Best, Wilson, Loew y Compton (2011), en un tratamiento piloto con 13 participantes adolescentes que presentaban el síndrome de Tourette, compararon dos tipos de tratamientos: el primero de ellos era el habitual que se realizaba y el segundo grupo incluía elementos de ACT. Dentro de los resultados se estableció que las diferencias entre ambos grupos no fueron significativas e inclusive el grupo sin intervención de ACT tuvo una mejoría mayor con respecto al grupo que fue intervenido con ACT.

Respecto a los trastornos de conducta e impulsividad, se ha evidenciado efectividad en protocolos cuando incluyen desesperanza creativa, yo como contexto y defusión cognitiva. Todos los participantes mejoraron sus comportamientos muy rápidamente, durante un lapso de dos semanas, lo que sorprendió tanto al terapeuta como a otras personas (por ejemplo, maestros, compañeros de clase y familiares) (Gómez et al., 2014).

En estudios que trabajaban con adolescente que presentaban trastornos de ansiedad y depresión, los resultados demostraron que tanto ACT como CBT fueron efectivas en el tratamiento de la ansiedad, en comparación con el grupo de la lista de espera, en cuanto a aceptación y defusión. Sin embargo, no se mostraron hallazgos significativos en la calidad de vida durante la evaluación, posiblemente debido a que fue un período de tiempo insuficiente para identificar cambios en la calidad de vida (Swain, Hancock, Hancock y Bowman, 2015).

En el trabajo realizado por Cleves (2015), cuyo objetivo fue identificar el efecto de la implementación de ACT en tres estudiantes con dificultades de regulación emocional, a través de un diseño de caso único AB con seguimiento, se emplearon instrumentos como el AAQ-II y la Escala de dificultades en la regulación emocional (DERS). El autor mostró que, tras la intervención, hubo cambios en ejes de la regulación emocional; por ejemplo, en lo relacionado con mayor aceptación de la emoción, identificación de valores y reducción de conductas que los apartaban de sus metas y valores.

En otro estudio realizado por Villanueva (2017), en el cual se examinaron los efectos de un entrenamiento en *Mindfulness* en el comportamiento de seis niños con posibles conductas disruptivas, se empleó un diseño experimental y control de forma aleatoria. No se observaron diferencias en los resultados intragrupo del grupo experimental al comparar los puntajes pre y post intervención. No obstante, los resultados de subescalas clínicas presentan decremento de respuestas relacionadas con conductas disruptivas y disregulación emocional. Igualmente, se evidenció un aumento en conductas relacionadas con habilidades *mindfulness* y flexibilidad psicológica. En general, los resultados evidenciaron que el entrenamiento en atención plena tuvo efecto en los niños grupo de intervención.

Livheim et al. (2015) realizaron un estudio en Australia en el cual examinaban la efectividad de un protocolo breve basado en ACT en 66 adolescentes con dicha sintomatología. Los resultados demostraron efectividad significativa en cuanto a la sintomatología y escalas de orden depresiva. Ambos ensayos demuestran que la utilización de intervenciones breves en ACT ayuda a mejorar la calidad de vida de los adolescentes. Dentro de las recomendaciones se encuentra realizar seguimientos a largo plazo en este tipo de estudios.

Conclusiones

En resumen, se podría plantear que el cuerpo empírico hasta el momento realizado con población adolescente centrado en Terapia de Aceptación y Compromiso ha mostrado efectividad en disminución de sintomatología depresiva, aumento en emisión de conductas valoradas por los participantes y disminución en percepción de dolor crónico. No obstante, se hace necesario ampliar el cuerpo empírico y conocer las variables y componentes de la terapia que podrían ser más efectivos en esta población. Por ejemplo, cuando se buscan artículos existentes de ACT en población adolescente en la base de datos de SCOPUS, figura un listado de 40 referencias para ser consultadas; de allí la necesidad de ampliar el número de investigaciones en este campo.

En general, se puede decir que el trabajo que se desarrolla con los adolescentes desde ACT debe centrarse en identificar cuales son los eventos privados que tienen alta función aversiva para ellos, los cuales estarían

construyendo el patrón de evitación experiencial, y así determinar cómo están reduciendo el malestar y se están alejando de las direcciones valiosas para ellos. El aporte desde esta terapia es poder trabajar con los adolescentes el componente de valores y mostrarles un funcionamiento diferente para manejar el sufrimiento. Se parte de la idea de que trabajando los componentes de esta terapia se podría promover una mejor toma de decisiones en los adolescentes, que los guíen para construir la vida que quieren vivir y que se apoye la formación de adultos con mejores estrategias de afrontamiento.

Igualmente, se destaca la importancia de alimentar este campo realizando diferentes trabajos con los adolescentes, ya sea de forma grupal e individual; que se realicen seguimientos constantes para evaluar la efectividad, eficacia y eficiencia de las intervenciones y así se puedan generar protocolos breves y más concretos que guíen el trabajo desde esta terapia; al mismo tiempo, que se pueda socializar y fortalecer el abordaje de la terapia con adolescentes. Dentro del trabajo de ACT con adolescentes se recomienda ampliar la terapia para complementar el trabajo de los adolescentes con algunas acciones que impliquen a padres, pares y contexto educativo. Estas recomendaciones se realizan teniendo en cuenta las características sociodemográficas de la población, dinámicas familiares y problemas económicos, los cuales crean la necesidad de generar intervenciones focalizadas y breves.

Referencias

- Burckhardt, R., Manicavasagar, V., Batterham, P. J. & Hadzi-Pavlovic, D. (2016). A randomized controlled trial of strong minds: A school-based mental health program combining acceptance and commitment therapy and positive psychology. *Journal of School Psychology, 57*, 41–52. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2016.05.008>
- Cleves, D. (2015). *Efecto de la terapia de aceptación y compromiso sobre dificultades en regulación emocional (Reconocimiento y expresión emocional) en adolescentes*. Tesis de Maestría, Universidad Javeriana.
- Davoudi, M., Omidi, A., Sehat, M. & Sepehrmanesh, Z. (2017). The Effects of Acceptance and Commitment Therapy on Man Smokers' Comorbid Depression and Anxiety Symptoms and Smoking Cessation: A Randomized Controlled Trial. *Addict Health, 9*(3), 129-138.
- ENSM (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental*. Bogotá: Ministerio de Salud.
- Ferro, R., Vivas, C. y Alcanio, L. (2009). *Novedades en el tratamiento conductual de niños y adolescentes*. <http://www.copmadrid.org/webcopm/resource.do?recurso=4000>
- Franklin, M. E., Best, S. H., Wilson, M. A., Loew, B. & Compton, S. N. (2011). Habit reversal training and acceptance and commitment therapy for tourette syndrome: a pilot project. *Journal of Developmental and Physical Disabilities, 23*(1), 49-60.
- García-Pérez, L. y Valdivia-Salas, S. (2018). Intervención en el trastorno de ansiedad social a través de la terapia de aceptación y compromiso: una revisión sistemática. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual, 26*(2), 379-392.
- Gómez, M., Luciano, C., Páez-Blarrina, M., Ruiz, F., Valdivia-Salas, S. & Gil-Luciano, B., (2014). Brief ACT protocol in at-risk adolescents with conduct disorder and impulsivity. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica, 14*(3), 307-332.

- Hann, K. & Cracken, L. (2014). A systematic review of randomized controlled trials of Acceptance and Commitment Therapy for adults with chronic pain: Outcome domains, design quality, and efficacy. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(4), 217-227.
- Hayes, S. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 639–665.
- Hayes, S., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A. y Lillis, J. (2005). Terapia de aceptación y compromiso. Modelo, procesos y resultado. *Behavior Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Hayes, L., Boyd, C. P. & Sewell, J. (2011). Acceptance and Commitment Therapy for the Treatment of Adolescent Depression: A Pilot Study in a Psychiatric Outpatient Setting. *Mindfulness*, 2(2), 86–94. <https://doi.org/10.1007/s12671-011-0046-5>
- Hernandez- Ardieta, M. (2014). Estado actual de la terapia de Aceptación y Compromiso en adicciones. *Health and addiction*, 14(2), 99-108.
- Kohtala, A., Lappalainen, R., Savonen, L., Timo, E. & Tolvanen, A. (2013). A Four-Session Acceptance and Commitment Therapy Based Intervention for Depressive Symptoms Delivered by Master’s Degree Level Psychology Students: A Preliminary Study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 1–14. <https://doi.org/10.1017/S1352465813000969>
- Livheim, F., Hayes, L., Ghaderi, A., Magnusdottir, T., Hogfeldt, A., Rowse, T., Hayes, S. & Tengstrom, A., (2015). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy for Adolescent Mental Health: Swedish and Australian Pilot Outcomes. *J Child Fam Stud*, 24, 1016–1030. DOI 10.1007/s10826-014-9912-9
- Luciano, C. (2001) Sobre el trastorno de evitación experiencial (TEE) y la terapia de aceptación y compromiso (ACT). *Análisis y modificación de conducta*, 27(113), 317-332.

- Luciano, C., Valdivia, M., Gutierrez, O. Y Paez-Blarrina, M., (2006) Avances desde la terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). *eduPsykhé*, 5(2), 173-201.
- Luciano, C., Ruiz, F. J. & Vizcaíno-Torres, R. (2011). A relational frame analysis of Defusion interactions in Acceptance and Commitment Therapy. A preliminary and quasi-experimental study with at-risk. *International Journal of psychology* 11(2), 165–182. [http://xa.yimg.com/kq/groups/9709744/1488932837/name/IJPPT\(RelAnaDef\)2011.pdf%5Cnpapers2://publication/uuid/60EA9079-83F3-4796-9D09-ADFAAEB7A954](http://xa.yimg.com/kq/groups/9709744/1488932837/name/IJPPT(RelAnaDef)2011.pdf%5Cnpapers2://publication/uuid/60EA9079-83F3-4796-9D09-ADFAAEB7A954)
- Masuda, A., Cohen, L. L., Wicksell, R. K., Kemani, M. K. & Johnson, A. (2011). A case study: Acceptance and commitment therapy for pediatric sickle cell disease. *Journal of Pediatric Psychology*, 36(4), 398–408. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsq118>
- Merwin, R. M., Zucker, N. L. & Timko, C. A., (2013). A Pilot Study of an Acceptance-Based Separated Family Treatment for Adolescent Anorexia Nervosa. *Cognitive and Behavioral Practice*, 20(4) 485-500.
- Moazzezi, M., Moghanloo, V. A., Moghanloo, R. A. & Pishvaei, M. (2015). Impact of Acceptance and Commitment Therapy on Perceived Stress and Special Health Self-Efficacy in Seven to Fifteen-Year-Old Children With Diabetes Mellitus. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 9(2), 956-962.
- Murrell, A. R., Coyne, L. W. y Wilson, K. G. (2004). ACT with children, Adolescent, and Their Parents. En S. C. Hayes y K. D. Strosahl (Eds.), *A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy* (pp. 249-273). New York: Springer.
- Pérez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *EduPsykhé*, 5(2), 159-172.

- Pestle, S. L., Chorpita, B. F. & Schiffman, J. (2008). Psychometric properties of the Penn State Worry Questionnaire for children in a large clinical sample. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 37(2), 465-71.
- Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J.R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vazquez, I. (Comps.) (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces. Vol. 1. Adultos*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Pérez Rivero, P. F. & Uribe Rodríguez, A. (2016). Acceptance and commitment therapy in a case of mixed depressive-anxiety disorder in a cancer patient A.F. *Psicooncología*, 13(1), 101-111.
- Riaño-Hernández, D., Riveros-Fiallo, V., Ramírez, A., Atehortúa, P., Pulido, J. E., Villa, P., Silva, L. M. (2017). Revisión sistemática de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en adolescentes. *Congreso Colombiano de Psicología*, Medellín, Colombia.
- Rodríguez, M. C. y Rodríguez, F. A., (2009). Efectos de la aplicación de la terapia de aceptación y compromiso sobre la conducta de evitación experiencial en competencia en jóvenes tenistas de la ciudad de Bogotá. *Diversitas*, 5(2), 349-360.
- Ruiz, F. J. (2010). A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(1), 125-162.
- Ruiz, L. y Callejón, Z., (2014) Terapias conductuales de tercera generación en personas mayoers: una revisión de la literatura. *Psychology, Society, & Education*, 6(2), 2171-2085.
- 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.



- Villanueva, C. (2017). *Efecto de entrenamiento mindfulness en conductas disruptivas y disreguladas en niños escolares: implementación desde el abordaje de la terapia de aceptación y compromiso*. Tesis de Maestría en Psicología Clínica, Universidad Javeriana.
- Wallace, D. P., Woodford, B. & Connelly, M. (2016). Promoting psychological flexibility in parents of adolescents with chronic pain: Pilot study of an 8-week group intervention. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 4(4), 405–416. <https://doi.org/10.1037/cpp0000160>
- Wicksell, R. K., Melin, L., Lekander, M. & Olsson, G. L. (2009). Evaluating the effectiveness of exposure and acceptance strategies to improve functioning and quality of life in longstanding pediatric pain—a randomized controlled trial. *Pain*, 141(3), 248-257.
- Williams, J., Vaughan, F., Huws, J. & Hastings, R. (2014). Brain injury spousal caregivers' experiences of an acceptance and commitment therapy (ACT) group. *Social Care and Neurodisability*, 5(1), 29-40.
- Woidneck, M. R., Morrison, K. L. & Twohig, M. P. (2014). Acceptance and commitment therapy for the treatment of posttraumatic stress among adolescents. *Behavior Therapy*, 38(4), 451–476. <https://doi.org/10.1177/0145445513510527>
- Zambrano, S., Camargo-Hernández, L., Gómez-Padilla, G., Jerez-Castiblanco, J. y Perea-Gil, L. (2018). Análisis bibliométrico de intervenciones basadas en terapia de tercera generación para niños y adolescentes en Iberoamérica y Europa. *Diversitas*, 14(1), 83-96.