



TRABAJO FIN DE GRADO

Terapia Gestalt y

Terapia de Aceptación y Compromiso

Gestalt Therapy and

Acceptance and Commitment Therapy

Raquel Ayala Romera

Tutora: Dra. María del Carmen Rodríguez Naranjo

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico

Facultad de Psicología

Universidad de Málaga

Junio 2018

“Probablemente, una verdad muy general en la historia del pensamiento humano la constituya el hecho de que los más fructíferos descubrimientos tienen lugar en aquellos puntos en los que se encuentran dos líneas de pensamiento distintas. Estas líneas pueden tener sus raíces en sectores muy diferentes de la cultura humana, en diferentes épocas, en diferentes entornos culturales o en diferentes tradiciones religiosas. Por ello, si tal encuentro sucede, es decir, si entre dichas líneas de pensamiento se da, al menos, una relación que posibilite cualquier interacción verdadera, podemos estar seguros de que allí surgirán nuevos e interesantes descubrimientos”.

Werner Heisenberg

“Conozca todas las teorías. Domine todas las técnicas, pero al tocar un alma humana sea apenas otra alma humana”.

Carl Gustav Jung

A mis padres, a mis compis de TCI y a Mavi

Índice

Resumen.....	3
Abstract.....	3
1. Introducción	4
2. Terapia Gestalt y Terapia de Aceptación y Compromiso	5
2.1. Terapia Gestalt	5
2.2. Terapia de Aceptación y Compromiso	9
2.3. Conceptos clave que contribuyen a un acercamiento entre ambos enfoques	12
2.3.1. Salud y enfermedad.....	12
2.3.2. Teoría de Campo, Contextualismo Funcional y el concepto de verdad.....	13
2.3.3. El yo.	14
2.3.4. El por qué y el contexto de búsqueda de razones.	15
2.3.5. Evitación experiencial y neurosis.....	16
2.3.6. El impasse, la implosión, y la desesperanza creativa.	17
2.3.7. Técnicas	18
2.3.8. Relación terapéutica.	20
2.4. Eficacia	21
3. Conclusiones	23
4. Referencias.....	25
5. Fuentes bibliográficas de referencia	27
6. Figuras	28
6.1. Ciclo de satisfacción de necesidades y mecanismos neuróticos	28
6.2. Modelo de Flexibilidad Psicológica (Hexaflex) adaptado de Hayes et al. (2014)	28

Resumen

El objetivo de esta revisión es exponer las características principales y las afinidades de dos enfoques terapéuticos aparentemente dispares, la Terapia Gestalt y la Terapia de Aceptación y Compromiso. Tras una exposición de los fundamentos de ambas corrientes, se identifican y analizan los conceptos más relevantes en los que ambos modelos terapéuticos coinciden, aunque cada uno haya seguido un recorrido diferente para llegar a ellos. En tanto que la Terapia de Aceptación y Compromiso consta del soporte científico y experimental de la Teoría de los Marcos Relacionales para refrendar su modelo teórico y aplicado, la Terapia Gestalt se basa en las influencias que recibió su creador, Fritz Perls, a lo largo de su vida. Cabe destacar la concordancia en aspectos clave como la identificación de la evitación experiencial como factor común de los problemas psicológicos y el encuadre holístico. Por último, se revisa la eficacia de ambos enfoques, y se concluye que el conocimiento de las analogías existentes puede facilitar un reconocimiento y enriquecimiento mutuo entre los profesionales de ambas tradiciones que redundaría en una mejora de la misma.

Palabras clave: Factores Comunes, Terapia Gestalt, Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), Psicoterapia.

Abstract

The objective of this review is to present the main characteristics and affinities of two apparently disparate therapeutic approaches, Gestalt Therapy and Acceptance and Commitment Therapy. After an exposition of the foundations of both currents, the concepts in which both approaches are similar are pointed out and analyzed, although the route to reach them has been different. While the Acceptance and Commitment Therapy consists of the experimental and scientific support of the Relational Frame Theory to validate its theoretical and applied model, Gestalt Therapy is based on the influences received by its creator, Fritz Perls, throughout his lifetime. It should be noted the agreement in aspects such as the identification of experiential avoidance as a main factor of psychologic issues and the holistic setting. Finally, the effectiveness of the two approaches is reviewed and it is concluded that the knowledge of the common aspects can favor an approach between the professionals of both models thereby enabling mutual enrichment and an improvement of the efficacy as a consequence.

Key words: Common Factors, Gestalt Therapy, Acceptance and Commitment Therapy (ACT), Psychotherapy.

1. Introducción

El propósito de este trabajo es revisar las características principales de dos enfoques terapéuticos aparentemente dispares: la Terapia Gestalt (TG en adelante), encuadrada dentro de la Psicología Humanista, y la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT¹ en adelante) como representante de las Terapias de Tercera Generación, con el fin de comparar las bases conceptuales y la aplicación clínica de estas dos corrientes. Así, en este estudio, se pretende concretar en estos dos métodos terapéuticos la afirmación de Hayes (2012) que cuestiona la lejanía histórica existente entre la Psicología Humanista, dentro del movimiento de la Tercera Fuerza de Terapias (llamadas así por su oposición a las dos corrientes imperantes en la época, el Psicoanálisis y el Conductismo), y el enfoque contextual de las Terapias de Tercera Generación. La Teoría de Marcos Relacionales (TMR en adelante) es una teoría analítico-abstractiva sobre el lenguaje y la cognición humana que ha proporcionado a la Ciencia Conductual una base científica facilitadora de una aproximación entre las Terapias de Tercera Generación y las Humanistas, propiciando así que “existan ahora las condiciones para una reconsideración fundamental de la relación entre estas dos tradiciones” (Hayes, 2012).

El nacimiento de la TG se data en 1951, con la publicación del libro “Gestalt Therapy: Excitement and Growth in Human Personality”, de Fritz Perls, Paul Goodman y Ralf Hefferline, donde se recogen las bases teóricas de esta tradición terapéutica. Puede parecer contradictorio que Ralf Hefferline fuese miembro de la Facultad de Psicología Experimental de Columbia y conocido conductista radical dentro de la tradición skinneriana (Knapp, 1986). Sin embargo, este hecho manifiesta un punto de encuentro entre la Fenomenología gestáltica y el Conductismo Radical ya en los orígenes de la TG.

Surgirían, con posterioridad, dos corrientes en la TG: la de la Costa Este (New York, Cleveland), representada por Laura Perls, esposa de Fritz, y más interesada en la sistematización teórica, y la de la Costa Oeste (Esalen, California), más experiencial y ateórica, liderada por Fritz Perls. Es esta última, por ser la más extendida en España, y cuyo principal representante a nivel mundial es Claudio Naranjo, en la que nos vamos a centrar para esta exposición. Dada la escasa literatura científica sobre la TG, que por definición es contraria a la sistematización teórica, para documentar este trabajo se ha decidido acudir esencialmente a la fuente original, en este caso, los libros de Fritz Perls y Claudio Naranjo, junto con otros materiales de referencia de ambas corrientes listados en el apartado 5.

¹ Se mantienen las siglas en inglés para la Terapia de Aceptación y Compromiso por el significado de la palabra *act*, actuar, como recordatorio de que este enfoque anima a la participación activa en la vida.

La ACT surge a finales del siglo pasado de la mano de Steven C. Hayes como una heredera del Conductismo Radical de Skinner y bajo el marco teórico del análisis funcional del lenguaje y la cognición humana aportado por la TMR. Posteriormente, es encuadrada dentro de las Terapias de Tercera Generación o Tercera Ola junto con la Psicoterapia Analítica Funcional, la Terapia Dialéctico Comportamental, la Terapia Integral de Pareja y la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness, entre otras (Hayes, 2004).

A continuación, en primer lugar, se exponen los fundamentos de la TG y de la ACT, en segundo lugar, se cotejan algunos de los conceptos más representativos de la afinidad entre ambas y, por último, se considera la eficacia de las intervenciones terapéuticas de ambos enfoques. Se ha decidido tratar en primer lugar la TG por respetar el orden cronológico de aparición de los modelos terapéuticos.

2. Terapia Gestalt y Terapia de Aceptación y Compromiso

2.1. Terapia Gestalt

Claudio Naranjo, evitando una definición conceptual de la TG, se refiere a ella como la forma de hacer terapia de Fritz Perls, y no la entiende como la aplicación de un cuerpo de teoría, sino más bien como una “actitud, una manera de estar en el mundo”, o un “intuicionismo que se reconoce como tal” (Naranjo, 2017, p. 17, 34 y 35). Las influencias que recibió Perls a lo largo de su vida y que trasladó a este enfoque terapéutico son múltiples y heterogéneas: el Psicoanálisis, el teatro de Reinhardt, la filosofía del Tao, la Teoría del Punto Cero o Indiferencia Creativa de Friedlander, la Teoría de Campo de Wiermeyer, la meditación budista, la Fenomenología, la Psicología de la Gestalt, el Psicodrama de Moreno y el Existencialismo, entre otras. Perls (1998) reconoció la TG como existencialista, y uno de los nombres que barajó para su enfoque terapéutico fue el de psicoanálisis existencial. El aporte fundamental de la TG fue la integración creativa y armónica del conocimiento existente en un enfoque terapéutico en el que, como dicen los gestaltistas, el todo es mayor que la suma de sus partes.

Si algo define a la TG es que es un enfoque preponderantemente experiencial, hasta tal punto que reniega de las intelectualizaciones por ser consideradas como una forma de evitar el contacto real de las personas con su experiencia. Perls (1998) distingue tres tipos de producción mental: *chickenshit* (frases vacías como “buenos días” o “estoy bien”), *bullshit* (búsqueda de porqués, racionalizaciones, excusas) y *elephanshit* (teorizar, filosofar).

Los tres pilares en los que se basa la TG son el darse cuenta, el aquí y ahora y la responsabilidad, los cuales son el hilo conductor de cualquier intervención terapéutica de este enfoque. En primer lugar, el darse cuenta o percatarse (*awareness*) es el objetivo principal de la terapia y en él se distinguen tres zonas: la interna, la externa y la zona intermedia o de fantasía. La zona interna es todo lo que ocurre de piel para adentro, son las sensaciones físicas y emociones. La zona externa es el mundo que nos rodea, lo obvio. Aquello que cualquier otra persona que esté con uno describiría de la misma manera. Y la zona intermedia, que es donde se produce la actividad mental que transcurre más allá del presente: explicar, imaginar, adivinar, pensar, planificar, recordar el pasado, anticiparse al futuro, etc. Esta zona impide el contacto de la persona consigo misma y con la realidad externa y es el caldo de cultivo de la neurosis (Perls, 1998).

Segundo, en TG se valora el aquí y ahora o actualización como única realidad frente al pasado, que ya no existe, y el futuro, que aún no ha llegado. Solo en el presente se puede producir la integración², por lo que si el conflicto que aparece hace referencia a alguna experiencia del pasado o situación futura, se actualiza en el momento y la situación actual. Y, en tercer lugar, la responsabilidad se entiende en el sentido existencialista: somos responsables de nosotros mismos a pesar nuestro. Si bien la herencia y el ambiente determinan lo que uno es, siempre se tiene la capacidad de responder: responsabilidad (Perls, 1998).

Otro concepto clave de la TG es el ciclo gestáltico. Éste describe paso a paso el proceso que acontece cuando una necesidad orgánica emerge pugnando por su satisfacción, esto es, la formación de la figura o gestalt. También se puede considerar como una “disección detallada de lo que sucede con el ritmo contacto/retirada, es decir, un análisis de la fluidez o bloqueo de la autorregulación” (Peñarrubia, 2008, p. 164). Así, cuando una necesidad queda satisfecha, la figura se desvanece, pasando a un segundo plano y dejando espacio para que pueda surgir otra, dentro del ciclo de contacto-retirada, satisfacción de necesidades o ciclo gestáltico. Es un proceso dinámico, en el que, en cada momento puede existir más de una gestalt dentro de un organismo, y la figura que surge es la que representa a la necesidad más importante.

² La integración de los opuestos o polaridades es uno de los objetivos terapéuticos de la TG. En la medida en que las personas tienden a identificarse solo con un polo, alienando al otro como extraño en sí mismo, con la consecuente limitación que implica la rigidez comportamental asociada, pierden la capacidad de responder a las exigencias del aquí y ahora. Solo la instalación en un punto cero de indiferencia permitiría identificarse hacia uno u otro lado en función de la situación (Perls, 2007).

El ciclo gestáltico también es conocido como ciclo de autorregulación orgánica. Este concepto se define como la firme convicción de que cada ser humano cuenta con los recursos necesarios para desarrollar su potencial, confiando en la sabiduría del organismo (Perls, 1998), y es común al Enfoque Humanista. El ciclo de satisfacción de necesidades cuenta con seis fases diferenciadas que se describen a continuación, y que se representan en la Figura 1 junto con los mecanismos que lo interrumpen. Partiendo de una situación de *reposo*, aparece la *sensación*. Es difusa y se registra en el organismo a través de señales sensoriales más o menos concretas, como incomodidad corporal o sequedad de boca, que señalan un déficit en el organismo. El paso siguiente es *darse cuenta* o la toma de *conciencia*, donde se le da nombre a la sensación: “tengo sed o ganas de llamar a una persona”. A continuación, viene la *energetización* como estado de excitación corporal, una preparación para entrar en *acción*. Se visualiza el agua si lo que se tiene es sed, o se siente el impulso de llamar por teléfono. Le sigue el *contacto* donde la necesidad del organismo se resuelve intercambiando con el entorno, y, por último, la *retirada* o vuelta al estado de reposo (Peñarrubia, 2008).

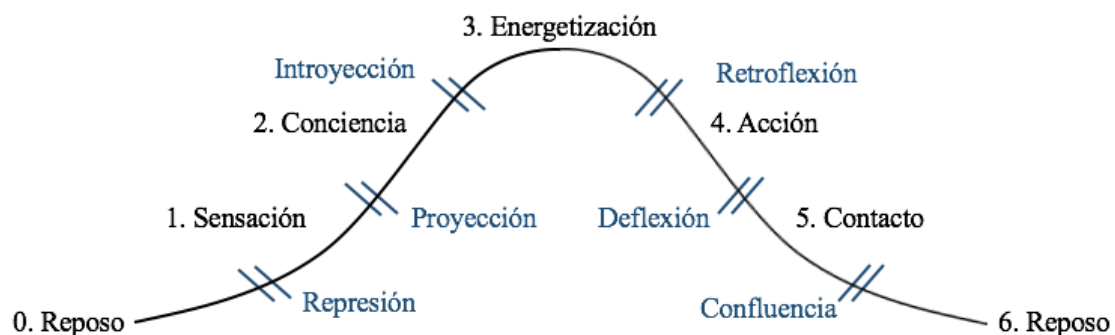


Figura 1. Ciclo de satisfacción de necesidades y mecanismos neuróticos.

Así, la neurosis es la interrupción del ciclo gestáltico que denota un retraso en la maduración (Perls, 2008) y se manifiesta en la acumulación de gestalts inacabadas como consecuencia de un mal contacto con la necesidad orgánica, creando un conflicto interno entre ésta y un patrón de respuestas fijas, que no atienden al entorno cambiante, y responsables de que la gestalt inconclusa aparezca una y otra vez. Naranjo (1996) la define como *oscurecimiento óptico* o alejamiento del ser, interrumpiendo el contacto auténtico con la experiencia presente.

Los mecanismos neuróticos, llamados originalmente mecanismos de evitación, son los responsables de la interrupción del ciclo. En la Figura 1 se puede observar en qué fase del mismo actúa cada uno. A continuación, se describe brevemente cada uno de ellos.

La *represión* impide que la sensación de la necesidad se registre en el organismo. La *proyección* coloca en los demás lo que no aceptamos de nosotros mismos. Se proyectan intenciones, sentimientos o acciones de los que uno no se hace cargo. La *introyección*, por el contrario, se da cuando el organismo se traga partes que no son suyas sin digerir. Es el mecanismo opuesto a la proyección. Por ejemplo, si una persona tiene introyectado que debe ser buen trabajador, proyectará fuera la pereza, viéndola fácilmente en los otros, pero incapaz de reconocerla en sí mismo. La *retroflexión* se produce cuando una acción, en lugar de contactar con el mundo, se gira y vuelve hacia su originador. Se da sobre todo con sentimientos de agresividad, pero también en el narcisista, que en lugar de poner su amor fuera, lo revierte hacia él mismo de forma patológica. La *deflexión* es la evitación del contacto directo con la necesidad: cambiar de tema, irse por las ramas, distraerse. En el contacto con el otro se manifiesta mediante la verborrea, la ironía, la risa, o ser diplomático en lugar de franco. Y, por último, la *confluencia*. Esta se define como la incapacidad de retirarse una vez establecido el contacto. Existe una confusión de los límites propios, de tal manera que el confluente se queda pegado al otro, evitando la diferenciación (Peñarrubia, 2008).

Otro de los aspectos importantes de la TG es el trabajo corporal, que se puede llevar a cabo desde dos enfoques: orgánico y sistemático. En el primero, lo corporal se observa fenomenológicamente, atendiendo a los mensajes que transmite la respiración, la postura, la voz, los gestos... El terapeuta solo señala lo que ve, lo obvio, con el objetivo de ampliar la conciencia corporal del cliente, dándose cuenta de la zona externa frente a las percepciones de la mente o zona intermedia. En el segundo, se pueden emplear técnicas corporales de cualquier enfoque, guiadas por el terapeuta, quien después elabora gestálticamente lo que se movilizó. La TG mantiene que la expresión corporal está explícitamente conectada a la expresión verbal, de tal forma que la postura, la contención muscular y las perturbaciones somáticas son expresiones significativas de la persona. Así, la expresión de la neurosis, y, por consiguiente, de su expresión en la personalidad o carácter, también tiene un correlato en la coraza muscular y viceversa, de modo que al trabajar sobre el cuerpo se trabaja sobre la neurosis también. Sin embargo, no acepta la visión psicósomática tradicional, en la que la causa de los síntomas físicos es un conflicto psicológico, ya que el organismo es entendido como un todo, y los procesos físicos y psicológicos son parte de la persona, pero no compartimentos estancos de la misma (Peñarrubia, 2008).

2.2. Terapia de Aceptación y Compromiso

La ACT, más que un método o una técnica es un “enfoque multidimensional vinculado a un modelo básico y aplicado y un enfoque del desarrollo científico que se aplica a los terapeutas y a los clientes” (Hayes, Strosahl y Wilson, 2014, p.56). Su principal innovación respecto al enfoque Cognitivo Conductual o de Terapias de Segunda Generación está basado en la premisa de que los eventos internos (pensamientos) son considerados conducta verbal, y no como causa u origen de otras conductas, reconociendo que pueden ser irracionales y alejados de la realidad sin por ello ser patológicos. Así, el hecho de intentar controlarlos o evitarlos tiene efectos paradójicos ocasionando más sufrimiento, por lo que el enfoque terapéutico se basa en la aceptación de los mismos a pesar del malestar que puedan originar, y permitiendo y normalizando el que se puedan llevar a cabo acciones que no sean coherentes con ellos. Rompe así con el modelo de causalidad lineal inherente a las Terapias de Segunda Generación, cuya finalidad es eliminar los síntomas intentado modificar esquemas cognitivos o eliminar pensamientos como causas de la conducta y, por ende, responsables del malestar psicológico (García, 2006). Si en la reestructuración cognitiva el objetivo es la confrontación con las ideas irracionales del paciente, en la ACT el objetivo no es modificarlas, sino cambiar la función de las mismas (lo que hago cuando estas ideas están en mi cabeza), es decir, las consecuencias conductuales que tiene la presencia de las ideas. Se trata de orientar las acciones en función de los valores del cliente, sin importar los pensamientos o las sensaciones incómodas que le acompañen.

La ACT se basa en el Conductismo Radical de Skinner, el Contextualismo Funcional y la TMR. El principal aporte de Conductismo Radical es el de considerar los pensamientos como conducta verbal. Por otro lado, el Contextualismo Funcional es una filosofía pragmática de la ciencia. Contextualismo como enfoque holístico en el que lo importante es la totalidad de lo que está ocurriendo, entendida más en relación al contexto que a los elementos que la forman. Y funcional, porque la función de un determinado acontecimiento es más relevante que su topografía. Así, “en el contextualismo funcional los acontecimientos psicológicos son considerados como interacciones de organismos completos en y con un contexto histórico situacional” (Hayes et al., 2014, p.64). Y, en último lugar, la TMR proporciona el marco explicativo y aplicado de la intervención terapéutica en ACT. Es una teoría analítico-abstractiva que se ocupa de la descripción e investigación experimental básica de las respuestas relacionales inherentes a la conducta verbal y da cuenta de la abstracción relacional y el uso paradójico y sumatorio del lenguaje. Señala cuatro contextos socio-verbales

inherentes a la cognición y el lenguaje humanos: literalidad, evaluación, búsqueda de razones y control, como responsables del sufrimiento humano (Gómez-Martín, López-Ríos y Mesa-Manjón, 2006). No es objeto de este trabajo profundizar en la TMR, aunque se irán explicando conceptos en la medida en que sean útiles para facilitar la comprensión de algunos de los fundamentos de ACT.

El modelo médico defiende que lo normal es la salud, y lo anormal es la enfermedad. Así, entiende que el sufrimiento, como alteración de la salud psicológica debe ser tratado para eliminarlo de la vida de las personas, buscando sus causas para encontrar una solución que lo haga desaparecer. En contraste, el objetivo de la ACT no es suprimir el sufrimiento en sí mismo, sino que diferencia dos tipos de sufrimiento psicológico: el dolor sucio y el limpio. El limpio es el sufrimiento inherente a los avatares de la vida y está ligado a la existencia humana. El dolor sucio es el que se origina cuando se intenta evitar el limpio (Hayes et al., 2014). Es lo que en budismo se conoce como dolor y sufrimiento. De tal forma que el modelo psicopatológico de la ACT no intenta evitar el dolor limpio, invalidando objetivos terapéuticos irreales como dejar de sufrir, sino que pone el foco en las conductas con las que se intenta eliminar este dolor limpio, que son las que terminan generando problemas mayores al intentar controlar o suprimir los eventos privados aversivos (pensamientos, sensaciones y emociones) y los contextos que los ocasionan como supuestos responsables del malestar (Gómez-Martín et al., 2006). Los intentos de control tienen un efecto paradójico, de tal forma que en lugar de hacer desaparecer o disminuir los síntomas que se desean evitar, estos aumentan en intensidad, frecuencia y contexto, abarcando cada vez un número mayor de situaciones y dando lugar al Trastorno de Evitación Experiencial (TEE en adelante) (Hayes et al., 2014; Wilson y Luciano, 2002).

El objetivo de la ACT es ampliar el repertorio conductual del cliente, de tal manera que, siendo consciente de sus eventos privados, sea capaz de actuar de forma valiosa para él. Es lo que llama *flexibilidad psicológica*. La flexibilidad psicológica se basa en seis procesos nucleares relacionados entre sí, como queda reflejado en el Hexaflex (ver Figura 2): aceptación, la atención flexible al momento presente, la defusión, el yo-contexto, los valores y la acción comprometida. En esta figura, se pueden agrupar los procesos de dos en dos, de tal manera que la parte izquierda del Hexaflex reflejaría un comportamiento *abierto* a la aceptación de la experiencia sin identificarse con las emociones, sentimientos o pensamientos que puedan surgir, recogiendo así los procesos de aceptación y defusión. Los dos procesos centrales, la atención flexible al momento presente y el yo como contexto reflejan un

comportamiento *centrado* en el aquí y el ahora, con la capacidad de observar lo que está pasando en el presente desde una perspectiva dada por una conciencia plena y desidentificada. Por último, la parte derecha del Hexaflex, cuyos procesos son los valores y la acción comprometida, muestra el comportamiento *comprometido*, esto es, con la conducta orientada hacia los valores personales.

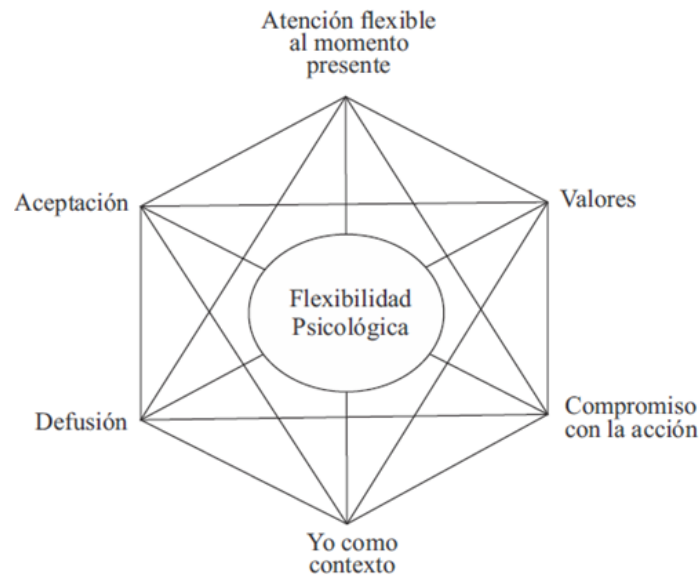


Figura 2. Modelo de Flexibilidad Psicológica (Hexaflex) adaptado de Hayes et al. (2014).

Para aumentar la flexibilidad psicológica en el cliente fomentando el desarrollo de los procesos del Hexaflex, la ACT tiene 5 objetivos terapéuticos que se organizan según el caso (Pérez, 2001; Hayes et al., 2014):

1. *Desesperanza creativa*. Se trata de que el cliente se dé cuenta de que nada de lo que ha hecho hasta ahora para lidiar con la situación ha funcionado, como primer paso a considerar otras posibilidades de repuesta.
2. Que vea el cliente que *el problema es el control*, es decir, hasta qué punto los esfuerzos por controlar los eventos privados que le generan malestar se han convertido en la causa principal del mismo. El querer controlar los eventos privados puede tener un efecto paradójico (explicado por la TMR). Por ejemplo, el no pensar deliberadamente en algo, no funciona, porque la regla en sí misma contiene el objeto a evitar.
3. *Aceptación* de lo que no se puede cambiar/evitar o se quiere mantener porque es valioso para el cliente, a pesar de que pueda generar sensaciones desagradables. La

aceptación no es una actitud pasiva sino activa, ya que implica una disposición a entregarse a lo que hay con lo que surja, estando en contacto con la experiencia real con apertura y curiosidad, abandonando así la lucha contra los síntomas.

4. *Distinguir entre yo-contexto y yo-contenido.* El objetivo de esta fase es que el cliente diferencie entre la imagen que tiene de sí mismo (yo-concepto) y la experiencia del yo como una conciencia presente a lo largo de su vida, como un contexto seguro, único, intransferible y permanente en el que experimentar el distanciamiento de los eventos privados. Así, al no identificarse con determinados atributos estáticos ni con sus sensaciones, la persona puede responder a las situaciones vitales con mayor flexibilidad y de forma adaptada al contexto, aumentando así su repertorio conductual. Este concepto se explica de forma más detallada en el apartado 2.3.3.
5. *Los valores del cliente como motor y aceptación de la conducta.* Los valores son reforzadores secundarios verbales construidos socialmente a lo largo de la vida, responsables de que una persona siga una trayectoria u otra. Basándose en los valores y asumiendo que no se tiene control sobre los eventos privados, se pueden aceptar sensaciones a priori desagradables. No se trata de enfrentarse a las experiencias disfóricas por el mero hecho de no evitar, sino solo a aquellas situaciones que resulten valiosas para el cliente, y poner la voluntad al servicio de los valores.

2.3. Conceptos clave que contribuyen a un acercamiento entre ambos enfoques

2.3.1. Salud y enfermedad.

Al igual que en la Corriente Humanista, el concepto de salud para la TG implica desarrollar las potencialidades de la persona, y la neurosis no se entiende en términos clínicos, sino como un mayor o menor grado de conciencia, que puede ser síntoma de una maduración incompleta. Por tanto, la persona que acude a terapia no es considerada como enferma, sino como alguien que necesita ayuda para conseguir el autoapoyo. En este sentido Fritz Perls decía que “la terapia es demasiado beneficiosa para reducirla a los neuróticos” (Rams, 2013, p. 24).

Por otro lado, la ACT afirma y asume que el sufrimiento forma parte de la vida y es intrínseco a la condición humana, ya que surge de procesos en los que está implicado el lenguaje.

De modo que ninguna de las dos corrientes terapéuticas da por supuesto que las personas, cuando acuden a terapia, están enfermas o hay algo en ellos que funcione mal, ni tampoco tienen como objetivo terapéutico la reducción de los síntomas, aunque a veces sea una consecuencia de la terapia. Más bien, el propósito es que el cliente sea capaz de tener una vida buena (ACT), o que llegue a la maduración, entendida ésta como el auto-apoyo resultante de una clara conciencia de sus propias necesidades y la satisfacción de las mismas (TG).

Así como las Terapias de Tercera Generación son críticas con el modelo médico y abogan por un sistema transdiagnóstico (Pérez, 2013), la TG tampoco patologiza al individuo, sino que cree que dentro de él están los recursos suficientes para una óptima realización (autorregulación orgánica), a los que puede acceder mediante el darse cuenta (conciencia) desde el aquí y ahora. O, como dicen Hayes et al. (2014), “la ACT asume que cada cliente dispone de cuanto necesita para vivir una vida rica y significativa” (p. 432).

2.3.2. Teoría de Campo, Contextualismo Funcional y el concepto de verdad.

La TG define la Teoría de Campo como la manera en la que la persona percibe el entorno, no como la totalidad caótica de estímulos inmersos en él (fondo), sino como la interacción entre estos y los intereses o necesidades particulares en ese momento, resultando un conjunto de estímulos significativos (gestalt o figura). Es esta inclusión del entorno frente a un modelo de pensamiento individualista con la psique como objeto primordial de estudio, lo que hace de la TG un enfoque holístico no solo en la integración cuerpo-mente, sino también organismo-entorno, en el que prima la experiencia global del sujeto inmerso en un contexto y que lo que importa son las relaciones entre las partes, negando la causalidad lineal (Peñarrubia, 2008).

La Teoría de Campo de la TG niega la existencia de una realidad objetiva independiente de la percepción de cada persona y habla de realidades subjetivas determinadas por la aparición de la figura condicionada por la necesidad orgánica imperante en cada momento. Así, un campo de maíz es equivalente a la ganancia que puede obtener con la venta de la cosecha para un agricultor, mientras que para una pareja de enamorados significa un lugar donde apartarse del mundo; para un pintor, las armonías de luz y sombra en lento movimiento y para un piloto que planea un aterrizaje, el movimiento del maíz le sirve solamente como un indicador del viento (Perls, 2007).

El Contextualismo Funcional o Funcionalismo Pragmático defiende un concepto de verdad que depende del contexto, en el que la realidad de un objeto está determinada por la función que cumple. Si tenemos dos representaciones de un edificio, una, en un plano detallado a

escala, y otra, en una lámina artística de la fachada, ¿cuál es la verdadera? La que determina el contexto y los propósitos concretos en que se aplica. Así, si estamos caminando por la calle y queremos identificar el edificio, la ilustración del edificio será más útil, pero si lo que queremos es hacer una remodelación de las estructuras del mismo, nos interesa tener el plano. ACT se define a-ontológica en el sentido de que no le interesa la realidad de las cosas más allá de la función que cumplen, insertas en el contexto que incluye al observador y sus intenciones, y al entorno, rechazando la idea de una verdad objetiva (Hayes et al., 2014).

Por tanto, el Contextualismo Funcional y la Teoría de Campo de la Gestalt coinciden en la importancia del contexto, no como una realidad objetiva e independiente, sino desde la experiencia de la persona que lo está vivenciando y las relaciones que establece con él desde sus circunstancias. Mientras que en la TG estas relaciones vienen determinadas por la formación de la figura en el ciclo de necesidades, esto es, la necesidad orgánsmica más relevante en un momento concreto, desde la TMR como marco teórico de la ACT, es el conjunto de redes relacionales derivadas entre estímulos verbales, fruto de la experiencia y la historia personal, lo que define la realidad vivida (Gómez-Martín et al., 2006).

2.3.3. El yo.

La ACT distingue tres tipos de experiencia del yo: el yo-concepto, el yo-proceso y el yo-contexto. El yo-concepto engloba las descripciones que hacemos de nosotros mismos. Es problemático en la medida en que, por ajustarnos a nuestra autoimagen, perdemos la capacidad de adaptación a las circunstancias o, reinterpretamos la realidad si no es congruente con ella. Tanto si la evaluación que hacemos de nosotros mismos es *positiva* o *negativa*, restringe la capacidad de actuar de una forma flexible, ya que, por ejemplo, no en todas las circunstancias es conveniente ser amable ni alegre. El yo-proceso es la capacidad de darnos cuenta de lo que estamos haciendo. Hayes et al. (2014) lo define como un “continuo de conciencia”. Y el yo-contexto es el yo observador de las tradiciones orientales. Es la “conciencia del proceso flexible y continuo de la actividad verbal en la que se esté implicado”. (Wilson et al., 2002, p. 209). Sin evaluar los pensamientos, ni añadir ni quitar nada, sería la conciencia del yo-proceso. En la medida en que las personas están apegadas a su yo-concepto, aparece la rigidez comportamental que restringe la capacidad de reacción al contexto para hacer frente a los requerimientos de la experiencia presente.

Desde el punto de vista gestáltico, el yo-concepto sería equivalente al *autoconcepto*. “El autoconcepto consiste en seleccionar interesadamente algunos aspectos de nuestra

personalidad, identificarnos con ellos y mostrarnos así de limitados y previsibles ante el mundo” (Peñarrubia, 2008, p. 127). Y la fusión con el yo-concepto de la ACT se explicaría mediante el mecanismo neurótico de la *introyección*, previamente mencionado. Los introyectos están plagados de juicios morales o *debeísmos* (“debería ser amable”, “no se debe llorar”), con los que perdemos de vista lo que somos (Peñarrubia, 2008). Perls (2007) describe el yo patológico compuesto de introyecciones, mientras que en el yo sano existen identificaciones que cambian en función de la necesidad del organismo, en la que influye el contexto. En el yo neurótico, estas identificaciones coartan y encorsetan la manera de actuar del individuo. Son permanentes en lugar de desaparecer con el establecimiento del equilibrio orgánico.

Las afinidades conceptuales entre el autoconcepto gestáltico y el yo-contenido de la ACT son evidentes, así como sus implicaciones en la generación de malestar psicológico y, por tanto, están estrechamente ligadas a los objetivos terapéuticos de ambas corrientes. Mientras que en ACT, para conseguir la flexibilidad psicológica en el cliente se promueve la conciencia del yo-contexto y la acción comprometida en dirección a valores, desde la TG se busca alcanzar la *autenticidad*³. El terapeuta gestáltico no tiene interés en que se produzca ningún cambio, sino un “genuino interés en lograr que el paciente sea lo que es” (Naranjo, 2017, p. 45). Es la teoría paradójica del cambio de la TG: “el cambio se produce cuando uno se convierte en lo que es, no cuando trata de convertirse en lo que no es” (Fagan y Sheperd, 2005, p. 15). Al abandonar el deseo de ser otra cosa, hace que la necesidad orgánica se satisfaga, permitiendo así que se complete la gestalt interrumpida mediante la alienación de partes propias de la personalidad.

Así, la TG afirma que para que se produzca un cambio no se necesita más que presencia, conciencia y responsabilidad, ya que si se incurre en querer forzar un cambio, se está cayendo en lo mismo: intentar ajustarnos a un patrón de conducta que refleje una imagen idealizada de uno mismo o de la realidad (o fusión con el yo-concepto en terminología ACT) en lugar de responder a la experiencia presente.

2.3.4. El por qué y el contexto de búsqueda de razones.

La TG rechaza la causalidad lineal y desprecia las explicaciones, interpretaciones, justificaciones y la actividad conceptual en general como una manera de evitación de la experiencia presente, y reconduce el foco de atención desde el contenido conceptual hacia el

³ Pedro de Caso (2003) tituló su libro sobre la vida y obra de Fritz Perls “Gestalt, terapia de autenticidad”.

para qué y el *cómo*. Según Perls (1998, p. 56) el porqué es el modo infantil de explicación, que no lleva a la comprensión y “solo conduce a interminables investigaciones acerca de la causa de la causa de la causa”.

La TMR, como base teórica de la ACT, señala el contexto de dar razones y la búsqueda de la coherencia como una de las características del lenguaje que nos lleva al sufrimiento. La razón siempre tiene razón, luego siempre encontrará un motivo para justificar una conducta o, para crear relaciones simbólicas causa efecto entre dos eventos arbitrarios con asombrosa facilidad. De hecho, uno de los ejercicios que se utiliza en ACT para demostrar esta capacidad de la mente consiste en pedir al cliente que piense en dos objetos concretos cualesquiera, y después decirle que su futuro depende de responder la siguiente pregunta: ¿Cómo es [nombre del primer objeto] el padre de [nombre del segundo objeto]? Y dados unos minutos, siempre aparece una relación plausible (Villate, Villate y Hayes, 2016). El inconveniente surge cuando se aplica de forma automática este modelo causal a los estados internos, para explicar la conducta, y, al darles veracidad, estas explicaciones pueden ser parte del problema más que de la solución (Gómez-Martín et al., 2006). Este fundamento queda reflejado en ACT en uno de sus objetivos de intervención, la desesperanza creativa, en la que se trata de que el cliente experimente que no existen reglas verbales⁴ que expliquen la realidad.

2.3.5. Evitación experiencial y neurosis.

Desde el sistema transdiagnóstico propuesto por las Terapias Contextuales, el TEE es un elemento común en la mayoría de las formas de psicopatología recogidas en los sistemas de clasificación sindrómicos clásicos DMS y CIE (Wilson y Luciano, 2002). De hecho, la propuesta de intervención de la ACT se basa en potenciar la aceptación en oposición a la evitación, dentro del modelo de flexibilidad psicológica, como se expuso en el apartado 2.2. “El TEE está presente cuando una persona no está dispuesta a establecer contacto con sus experiencias privadas vividas aversivamente (sean éstos estados o sensaciones de su cuerpo, pensamientos, recuerdos o predisposiciones conductuales), y se comporta deliberadamente para alterar tanto la forma o frecuencia de dichas experiencias como las condiciones que las generan” (Wilson y Luciano, 2002, p. 74). En el TEE, las conductas cuya finalidad es la evitación de eventos internos desagradables, terminan convirtiéndose en sí mismas en un problema, ya que condicionan la vida de las personas y las alejan de la experiencia presente.

⁴ De acuerdo con Skinner, el comportamiento gobernado por reglas verbales es aquel dirigido por la especificación de contingencias más que por el contacto real con ellas (Hayes et al, 2014).

Para la TG, la evitación es también el síntoma central los trastornos nerviosos. De hecho, Perls (2007) habla de la TG como *terapia de concentración*, en oposición a comportamientos de evitación, y los mecanismos neuróticos fueron llamados originalmente de evitación. Perls describe hasta 22 medios de evitación, concluyendo que la evitación es un factor general que se encuentra en todo mecanismo neurótico (Perls, 2007). Así, “Perls entiende la neurosis (...) como una estrategia de evitación del dolor psíquico que lo transforma, paradójicamente, en sufrimiento crónico. La enfermedad mental empieza cuando uno decide “...esto no lo pensaré, esto no lo sentiré o no lo haré... porque produce dolor, desagrado o disforia... y esto o así no soy yo”” (Rams, 2013, p. 30). La salud pasa por la *conciencia de ser*, que se manifiesta como un estar presente, en el aquí y ahora, dando la oportunidad a la experiencia de ser vivida sin quedar anulada por ajustarla a nuestro repertorio automático de conducta, que relaciona situaciones actuales con las pasadas y nos condena a repetir historias. Y el estado saludable consiste en la no identificación de ser o no ser con ningún aspecto particular de uno mismo, sino en un estar consciente de lo que somos (Rams, 2013).

Podríamos decir que ambas corrientes no solo coinciden en definir la neurosis como una estrategia de evitación, sino que, además, el camino que señalan como salida coincide: el de reaccionar de forma adaptada y adaptativa a las circunstancias y no conforme a un patrón de conducta basado en cumplir unas expectativas propias o ajenas sobre lo que somos o deberíamos ser. ¿Cómo? Con *conciencia de ser*, estando presente, en el aquí y ahora y viviendo la experiencia tal y como es, según la TG, o mediante los procesos de flexibilidad psicológica de aceptación, atención al momento presente, yo-contexto y defusión de la ACT.

2.3.6. El impasse, la implosión, y la desesperanza creativa.

Perls (1998 y 2008) diferencia cinco capas en la estructura neurótica de la persona. La primera capa es la de los *clichés*. Consiste en los comportamientos que se tienen con alguien en un encuentro casual, como, por ejemplo, hablar del tiempo, dar un apretón de manos o dar los buenos días. Detrás de ésta, está la segunda capa, donde se representan *roles* y se juegan juegos: el de buena persona, de persona muy importante, de seductor. El objetivo es influenciar al otro de uno u otro modo y están relacionados con el apego del individuo a su autoconcepto. Estos dos estratos son estratos sociales o del “como si”. Al atravesar esta capa, se vivencia la nada, la vaciedad, la frustración. Ésta es la tercera capa o *impasse*. Tras ésta, surge la *capa implosiva o de muerte*, en la que la persona se contrae, se comprime, se rompe hacia adentro hasta lograr un contacto verdadero con lo muerto. Esta implosión se convierte

en *explosión*, como nexo auténtico de la persona, que es capaz de vivenciar y expresar sus emociones.

Como se mencionó en el apartado 2.2., la desesperanza creativa es uno de los objetivos terapéuticos de la ACT. Se alcanza cuando el cliente se da cuenta de que todo lo que ha hecho hasta ahora para solucionar su problema no le ha servido para nada, de modo que sea capaz de renunciar a sus estrategias incluso cuando aún no sabe si dispondrá de otros recursos para afrontar la situación ni lo que vendrá a continuación. Se trata de que abandone un comportamiento gobernado por reglas y sea capaz de confiar en su propia experiencia, que demuestra que hasta ahora estas reglas no le han funcionado. En esta fase aparecen sentimientos de estar agobiado y confusión (Wilson y Luciano, 2002).

Así, se puede establecer un paralelismo entre las fases de *impasse* e implosión de las capas de la neurosis con la desesperanza creativa, ya que ambas requieren que la persona abandone lo conocido, y sea capaz de experimentar el vacío que supone, por una parte, la desidentificación con las estrategias o roles utilizados hasta ahora y, por otra, la asunción basada en su experiencia de que ni las unas ni los otros han sido eficaces para solucionar su malestar.

2.3.7. Técnicas

Tanto la TG como la ACT coinciden en la importancia de la experiencia -aprendizaje moldeado por consecuencias- en la sesión terapéutica, y lo que ocurre durante el desarrollo de la misma, frente a las técnicas utilizadas. Ninguna de ellas cuenta con tratamientos modelo estructurados, y en ambas corrientes es el terapeuta, ya sea con su actitud de presencia, conciencia y responsabilidad en TG o como exponente de flexibilidad psicológica en ACT, el que sirve de modelo al cliente, resultando las técnicas inseparables de quien las utiliza. Es un punto común en el que se pone de manifiesto la dificultad que entraña para el terapeuta el ejercicio de su labor, ya que por encima de las técnicas utilizadas lo que se pretende es transmitir una actitud. En TG, se dice que “el terapeuta es su propio instrumento” (Polster y Polster, 1991). La técnica básica de la TG es el *continuo de conciencia*, mediante la cual se descubre y se toma conciencia de cada experiencia real. Consiste en hacer una referencia continua a la experiencia presente, de manera que surge la situación inconclusa más importante para ser atendida (Perls, 2007). Para ello, en TG se usa la primera persona del singular como una manera de *asumir la responsabilidad*, reconociéndose como sujeto de sus propios actos, emociones y sentimientos, y no como víctima pasiva frente a un lenguaje

impersonal (Perls, 1998). Esta técnica, también es usada en ACT con el mismo nombre (Hayes et al., 2014).

La ACT cuenta con la herramienta del Hexaflex (figura 2) y sus distintas variaciones para la evaluación y registro de datos del paciente: ACT Advisor, Psi-Flex, Herramienta Tortuga de formulación de hipótesis o la Herramienta Hexaflex de seguimiento de casos. En ellas se registra el estado de los rasgos centrales de esta terapia en el cliente, con el objetivo de utilizar los procesos que tiene más desarrollados para mejorar el resto dada la interrelación entre los mismos. Además, no se descarta la utilización de cualquier herramienta que sea útil, cualquiera que sea su proveniencia, incluso si es inventada por el clínico. El uso de cualquier técnica en ACT no es un fin en sí mismo, sino que siempre debe estar orientada a promover los procesos de flexibilidad psicológica en el cliente. Las técnicas más utilizadas en ACT son los ejercicios experienciales, junto con paradojas, metáforas y revisión del lenguaje, además de las técnicas clásicas conductuales (exposición, ensayo, modelado), y cualquier otra técnica que ayude (pragmatismo funcional) a promover la flexibilidad psicológica (Hayes et al., 2014).

Al coincidir ambos enfoques en la importancia de la experiencia, muchos de los ejercicios de la ACT están en “consonancia con los de tradición gestáltica” (Barraca, 2009) cuando no han sido incorporados tal cual, e incluso aparecen en algunos estudios de caso de ACT como herramientas. Sirva como ejemplo una de las técnicas más conocida de la TG, conocida como silla caliente o vacía indistintamente. Es un ejercicio que, desde el punto de vista gestáltico, tiene como objetivo la integración, ya sea entre dos partes enfrentadas de uno mismo, entre el cliente y su síntoma, con los elementos de un sueño, o para cerrar alguna gestalt inconclusa con una persona a la que no se puede acceder. El método consiste en que el cliente pasa de una silla a otra, interpretando en cada una de ellas una de las partes que están en conflicto, y una tercera posición que es capaz de integrarlas (Naranjo, 2017). Explicado desde la ACT, este ejercicio establece un marco deíctico⁵ desde el que hacer un trabajo de toma de perspectiva, sirviendo para trabajar el yo-contexto, la aceptación y la defusión, como objetivos del modelo de flexibilidad psicológica. Otro ejercicio gestáltico clásico que se incorpora en ACT para promover la defusión es el de la *Fisicalización* y consiste en dar cualidades perceptuales a las emociones o síntomas (Hayes et al., 2014).

⁵ Un marco deíctico es un concepto de la TMR. Se refiere a un tipo de relación que se establece entre marcos relacionales y que engloba tres posibilidades: yo-tu, aquí-ahí y ahora-luego.

Naranjo (2017) agrupa las técnicas gestálticas en tres tipos: supresivas, expresivas e integrativas. Las supresivas son las orientadas a detener la evitación del cliente, entre las que se encuentran experimentar la nada, evitar el *acercadeísmo*, evitar el *debeísmo*, las manipulaciones, las preguntas y expresar vivencias en vez de hacer demandas o pedir permiso. Las expresivas favorecen los contenidos de la conciencia genuina mediante la expresión de los impulsos, sentimientos y acciones auténticamente orgánicas, como iniciar la acción, completar la expresión, ser directo, repetir, exagerar, identificarse y actuar. Las integrativas facilitan la escucha y asimilación de las voces conflictivas internas (encuentro interpersonal, asimilación de proyecciones...).

Así, cualquiera de estas técnicas sería útil a la ACT siempre que estuviera enfocada a la promoción de los procesos de flexibilidad psicológica. De hecho, en Hayes et al. (2014) se dice expresamente que hay que evitar hablar “acerca de” en lugar de experimentar directamente, y también cambiar la expresión “tengo que” por “decido”, así como evitar el uso del “pero”, sustituyéndolo por “y”, siendo estas tres especificaciones características del uso del lenguaje en TG, con la salvedad de que, en TG, se sustituye “tengo” por “quiero”.

Volviendo a la clasificación de las técnicas gestálticas de Naranjo, más específicamente las técnicas supresivas estarían al servicio de la aceptación y la desesperanza creativa, las expresivas al servicio de la acción comprometida y las integrativas a favor de la defusión. Y todas enmarcadas en el aquí y ahora de la experiencia presente. Del mismo modo, casi cualquier metáfora o ejercicio experiencial de ACT es congruente con el proceso terapéutico gestáltico de presencia, conciencia y responsabilidad.

2.3.8. Relación terapéutica.

Ya se ha resaltado en el apartado anterior la importancia de la figura del terapeuta y, por tanto, de la relación terapéutica, en ambos enfoques. Sin embargo, esto no significa que éste tiene un lugar más importante o en distinto plano que el cliente. Tanto el terapeuta gestáltico como el de ACT realizan una labor de acompañamiento, sin que se establezcan roles desequilibrados. La ACT usa la metáfora de los dos escaladores (Wilson y Luciano, 2002) en la que terapeuta y cliente se encuentran cada uno escalando su propia montaña, y se explicita que el terapeuta no es mejor o más grande o fuerte que el cliente, sino que su capacidad de ayuda proviene de la perspectiva que tiene. La TG reconoce al terapeuta como otra persona, cuya diferencia con el cliente es que ha recorrido un camino de maduración, pero sin que ello signifique que está en un nivel diferente al de igual (Naranjo, 2017).

En ACT, el reto del terapeuta es practicar la flexibilidad psicológica incorporándola como persona, no como experto, siendo capaz de exponer sus sensaciones negativas (por ejemplo, si siente ansiedad ante un determinado tema) como un elemento más de la terapia, para servir de modelo al paciente y fortalecer la relación (Hayes et al., 2014). Igualmente, la TG fomenta la expresividad física y emocional del terapeuta, incluso revelando asuntos personales si cree que puede servir a la terapia (Peñarrubia, 2008).

Como hemos visto, la importancia de la figura del terapeuta en ambos enfoques se fundamenta en la transmisión experiencial del conocimiento. En ambos modelos terapéuticos, se anima a la realización de sesiones de supervisión de casos, y en las dos corrientes, estas sesiones de supervisión van más enfocadas a lo que le pasa al terapeuta con el cliente, que al problema del mismo. Sin embargo, una de las fortalezas de los terapeutas gestálticos frente a los contextuales es su aprendizaje, que consta de 600 horas de formación teórico-vivencial repartidas en tres cursos en los que, mediante talleres experienciales, los alumnos adquieren no solo los fundamentos teóricos de la TG, sino un conocimiento de sí mismos sobre el que sustentar las habilidades terapéuticas. También deben recibir 80 horas de terapia individual y 10 horas de supervisión de la práctica del alumno como complemento a su proceso formativo.

La carencia de aprendizaje práctico de los terapeutas ACT ya ha sido advertida y expresada por otros autores. Barraca (2009) concluye que es necesaria una formación práctica y supervisión para los psicólogos de tercera generación en la que se entrenen las habilidades necesarias y Hayes et al. (2014, p. 58) exponen que “los clínicos no pueden ser muy expertos a la hora de establecer la perspectiva propuesta por la ACT si no se conocen bien a sí mismos”.

2.4. Eficacia

En la corta historia de la Psicología como Ciencia, las distintas corrientes terapéuticas se han mantenido enfrentadas por las diferencias entre los principios teóricos que guiaban sus intervenciones. Frank (1974) analizó los Factores Comunes como ingredientes efectivos de la psicoterapia en un intento de explicar el éxito de los distintos modelos.

A principios de la década de 1990 surge la Medicina Basada en la Evidencia, con el fin de producir guías de tratamientos para las enfermedades basados en el estudio de la eficacia de los mismos. Extrapolando este modelo a la Psicología, aparecen los tratamientos de referencia para los distintos trastornos. Sin embargo, las limitaciones son muchas, ya que, junto con las intrínsecas a la metodología del modelo, como el uso dogmático de pruebas basadas en

ensayos clínicos y la deshumanización de la medicina, al aplicarlo a la Psicología, se suma el hecho de tratar a los trastornos psicológicos como si fueran entidades de naturaleza biológica, con la consiguiente dificultad de categorización de síntomas en categorías diagnósticas estancas, comúnmente alejadas de la realidad. Además, el mayor hándicap a la hora de valorar la eficacia de los distintos modelos de intervención, lo supone, no solamente el encontrar instrumentos de medida fiables, sino también el establecer objetivos terapéuticos comunes a los distintos enfoques, esto es, consensuar lo que se mide. De modo que en la comparación de la eficacia de los distintos enfoques terapéuticos no existe un ganador, ya que, como manifestaba el pájaro Dodó en la carrera que tuvo lugar en la novela de *Alicia en el País de las Maravillas*, cada uno tenía distintas líneas de salida, trayectorias y metas (Rodríguez-Naranjo, 2000). A pesar de esto, el modelo de la Psicología Basada en la Evidencia, ha permitido demostrar la efectividad de corrientes tradicionalmente alejadas del enfoque científico, como son la psicoterapia psicoanalítica y psicodinámica, la terapia sistémica y la humanista, con el consiguiente desconcierto de la comunidad científica (Pérez, 2013).

La evidencia empírica de la ACT ha sido probada desde sus orígenes en diferentes ámbitos como trastornos asociados al consumo de sustancias, ansiedad y del espectro obsesivo compulsivo, del estado de ánimo y psicóticos (Wilson y Luciano, 2002), concluyéndose en una reciente revisión de artículos datados entre los años 2010 y 2017 que presenta una eficacia similar o superior en estos trastornos a tratamientos de tipos psicológico o farmacológico (Marcos, 2017).

En relación a la TG, se ha realizado una búsqueda en las bases de datos “Scopus” y “Pub Med” con los términos “Gestalt Therapy” and (“Effectiveness” or “Efficacy”), obteniéndose en ambos casos un único resultado, un metaanálisis llevado a cabo en Alemania (Bretz, Heekerens and Schmitz, 1994), en el que se revisan 38 estudios que tuvieron lugar entre 1970 y 1986, concluyendo que la TG es un tratamiento psicoterapéutico tan eficaz como otros métodos. No es de extrañar la escasa literatura al respecto, puesto que el colectivo gestáltico, de marcado carácter fenomenológico y ateórico, no tiene tradición en validar su enfoque mediante estudios empíricos, por lo que la TG ha sido ignorada en los ámbitos científico y académico. Sin embargo, últimamente, se está despertando interés en este aspecto, destacando la australiana Madelaine Fogarty, quien está desarrollando una escala de fidelidad al tratamiento como un primer paso para poder hacer estudios basados en la evidencia sobre la eficacia de la TG (Fogarty, Bhar, y Theiler, 2015).

3. Conclusiones

Tanto la Gestalt como la ACT, partiendo de orígenes dispares, se definen como algo más que un enfoque terapéutico, postulan que el ser humano posee los recursos necesarios para llevar una vida plena, se centran más en los procesos que en los contenidos, en la experiencia en el aquí y ahora frente a la producción mental, en un encuadre holístico frente a la segmentación, ambas se alejan del enfoque mecanicista y la causalidad lineal, subrayan la importancia del terapeuta como modelo y de la relación terapéutica frente a las técnicas utilizadas y el objetivo terapéutico es que la persona tenga una vida más plena y acorde a sus propios valores más allá del contexto social.

Si bien, el objetivo de la TG es que la persona llegue a ser auténtica, no siguiendo más deberías que los suyos propios (Naranjo, 2017), el de ACT es que sea capaz de clarificar y actuar en dirección a sus valores personales, ampliando su repertorio conductual. Estos objetivos no son opuestos, pudiéndose entender que una persona auténtica actúa conforme a sus valores y viceversa.

En relación a la formación de los terapeutas, como se ha expuesto anteriormente, los gestálticos tienen una formación eminentemente experiencial, mientras que los de ACT adolecen de ella. Sería conveniente que se incluyera la formación práctica en el aprendizaje de los terapeutas de ACT.

Así, los puntos de convergencia entre la Gestalt y la ACT son sorprendentemente numerosos a pesar de que los caminos usados por ambos enfoques terapéuticos son diferentes. La ACT, tiene entre sus aportaciones principales las de la TMR, una teoría con respaldo científico experimental para refrendar sus intervenciones, mientras que la TG es un “sistema construido más bien sobre un conocimiento intuitivo que sobre la teoría” (Naranjo, 2017, p.42).

Y han quedado fuera de este trabajo, por cuestiones de espacio y formato, otros conceptos afines entre ambas corrientes, como el tratamiento de la espiritualidad, las polaridades gestálticas y el contexto de evaluación de la TMR, por ejemplo. Por otro lado, la TG también está en consonancia con otras Terapias Contextuales, especialmente con el *Mindfulness* y la Psicoterapia Analítica Funcional. Cabe destacar de esta última el paralelismo entre la confrontación, el apoyo y el darse cuenta en la relación terapéutica gestáltica con las conductas clínicamente relevantes tipo 1, 2 y 3, el trastorno del yo como criterio

transdiagnóstico y las fronteras del yo en TG, así como el tratamiento común de la Fenomenología.

Finalmente, resaltar que, al realizar este trabajo, mi intención es que estos puntos de convergencia faciliten un reconocimiento mutuo entre ambas corrientes, no con el objetivo de crear un marco teórico común, sino el de abrir una puerta para que, desde la curiosidad, pueda darse un entendimiento respetuoso entre los componentes de ambos enfoques terapéuticos que puede resultar enriquecedor para toda la comunidad que pertenecemos a este oficio de alguna u otra manera.

4. Referencias

- Barraca, J. (2009). Habilidades Clínicas en la Terapia Conductual de Tercera Generación. *Clínica y Salud* 20 (2), 109-117.
- Bretz, H., Heekerens, H., y Schmitz B (1994). A meta-analysis on the effectiveness of Gestalt therapy. *Zeitschrift fur Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie* 42 (3), 241-260.
- Fagan, J. y Shepherd, I. L. (2005). *Teoría y técnica de la psicoterapia gestáltica*. Madrid: Amorrortu.
- Fogarty, M., Bhar, S. y Theiler, S. (2015). Creating a Fidelity Scale for Gestalt Therapy. *Gestalt Journal of Australia and New Zealand*, 11(2), 39-54.
- Frank, J. D. (1974). Therapeutic components of psychotherapy. A 25-years progress report of research. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 159, 325-342.
- García, J. A. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT) como desarrollo de la terapia cognitivo conductual. *EduPykhé*, 5(2), 287-304.
- Gómez-Martín, S., López-Ríos, F. y Mesa-Manjón, H. (2006). Teoría de los marcos relacionales: algunas implicaciones para la psicopatología y la psicoterapia. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(2), 491-507.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior therapy*, 35, 639-665.
- Hayes, S. C. (2012). Humanistic Psychology and Contextual Behavioral Perspectives. *Psychotherapy (Chicago, Ill)*, 49, 455-60.
- Hayes, S. C., Stroschal, K. y Willson, K. G. (2014). *Terapia de Aceptación y Compromiso. Proceso y práctica del cambio consciente (Mindfulness)*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Knapp, T. J. (1986). Ralph Franklin Hefferline: The Gestalt therapist among the Skinnerians or the Skinnerian among the Gestalt therapists? *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 22, 49-60.
- Marcos, E. (2017). *Terapia de aceptación y compromiso. Revisión bibliográfica* (Trabajo Fin de Grado). Facultad de Psicología. Universidad de Málaga, Málaga.
- Naranjo, C. (1996). *Carácter y neurosis*. Zamora: La Llave.

- Naranjo, C. (2017). *Terapia Gestalt. Actitud y práctica de un experiencialismo atóxico*. Zamora: La Llave.
- Peñarrubia, F. (2008). *Fundamentos de Terapia Gestalt. La vía del vacío fértil*. Madrid: Alianza Editorial.
- Pérez, M. (2001). Afinidades entre las nuevas terapias de conducta y las terapias tradicionales con otras orientaciones. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud 1*, 15-33.
- Pérez, M. (2013). Anatomía de la Psicoterapia: El diablo no está en los detalles. *Clínica contemporánea*, 4(1), 5-28.
- Perls, F. (1998). *Sueños y existencia*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- Perls, F. (2007). *Yo, hambre, y agresión*. Madrid: Los libros del CTP.
- Perls, F. (2008). *Dentro y fuera del tarro de la basura*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- Polster, M. y Polster, E. (1991). *Terapia gestáltica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Rams, Albert (2013). *Clínica gestáltica*. Barcelona: Ediciones La Llave.
- Rodríguez-Naranjo, C. (2000). *De los principios de la psicología a la práctica clínica*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Villate, M., Villate, J. y Hayes, S. (2016). *Mastering the clinical conversation: language as intervention*. New York: The Guilford Press.
- Wilson, K. G. y Luciano, C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.

5. Fuentes bibliográficas de referencia

- Borja, G. (1995). *La locura lo cura*. Vitoria: Vitoria.
- De Caso, P. (2003). *Gestalt, terapia de autenticidad*. Barcelona: Kairós.
- Fernández, A. y Ferro, R. (2006). Psicoterapia analítico-funcional: una aproximación contextual funcional al tratamiento psicológico. *EduPykhé*, 5 (2), 203-229.
- Dhiravamsa (2008). *Meditación Vipassana y Gestalt*. Madrid: Mandala.
- Hayes, S. C. y Smith, S. (2011). *Sal de tu mente, entra en tu vida: La nueva Terapia de Aceptación y Compromiso (Serendipity)*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Luciano, C. (2016). Evolución de ACT. *Análisis y modificación de conducta* 42 (165-166), 3-14.
- Mañas, I. (2007). Nuevas terapias psicológicas: La tercera ola de terapias de conducta o terapias de tercera generación. *Gaceta de Psicología*, 40, 26-34.
- Naranjo, C. (2013). *Gestalt de Vanguardia*. Barcelona: La Llave.
- Pérez, M. (2016). Caracterización de la intervención clínica en modificación de conducta, en Vallejo Pareja, M. A. *Manual de Terapia de Conducta* (p. 1-25). Madrid: Dyckinson.
- Perls, F. (1999): *El enfoque gestáltico. Testimonios de terapia*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- Perls, F., Hefferline, R.F. y Goodman, P.(2002). *Terapia Gestalt: excitación y crecimiento de la personalidad humana*. Madrid: Los libros del CTP.
- Ruiz, M. A. (1998). Habilidades terapéuticas. En M. A. Vallejo, ed., *Manual de terapia de conducta*, (Vol 1, pp. 83-131). Madrid: Dykinson.
- Stevens, J. (2006). *El darse cuenta*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- Tønnesvang, J., Sommer, U., Hammink, J., Sonne y M. (2010). Gestalt therapy and cognitive therapy—Contrasts or complementarities? *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*. 47, 586-602.
- Vallejo, M. A. (1998). Situación actual de la terapia de conducta. En M. A. Vallejo, ed., *Manual de terapia de conducta* (vol 1; pp. 27-49). Madrid: Dykinson.

6. Figuras

6.1. Ciclo de satisfacción de necesidades y mecanismos neuróticos

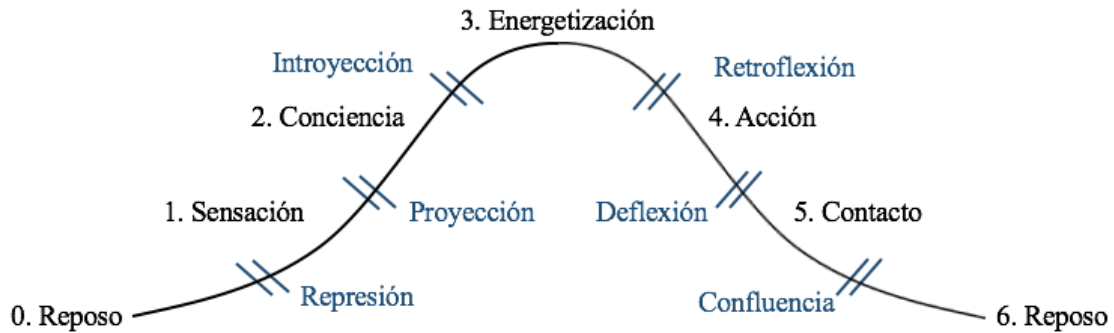


Figura 1. Ciclo de satisfacción de necesidades y mecanismos neuróticos.

6.2. Modelo de Flexibilidad Psicológica (Hexaflex) adaptado de Hayes et al. (2014)

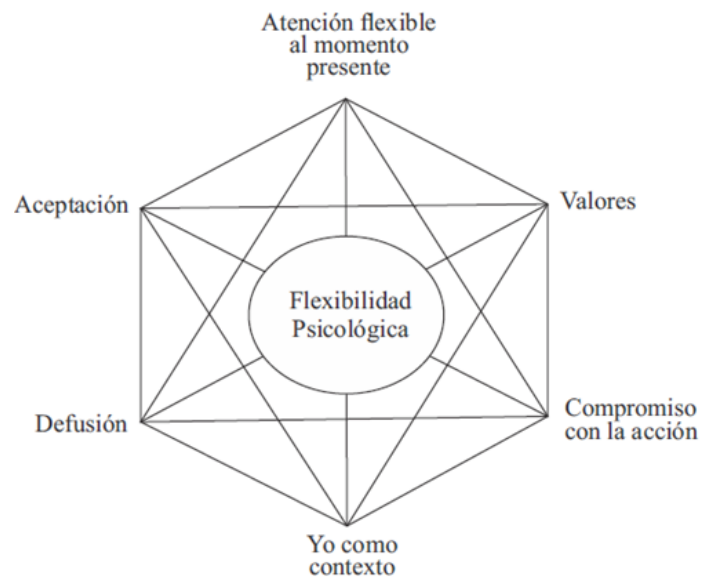


Figura 2. Modelo de Flexibilidad Psicológica (Hexaflex) adaptado de Hayes et al. (2014).