



UNA PERSPECTIVA DE MALESTAR DESDE EL MODELO CONTEXTUAL DE PSICOTERAPIA

Juan Felipe Velásquez Jaramillo¹

Resumen

El Modelo Contextual de psicoterapia ha marcado un cambio drástico en la concepción de la terapia. Dentro de esta propuesta, un punto importante que ha revolucionado el estudio de los trastornos mentales ha sido la concepción del malestar como la manera en la cual el paciente verbaliza sus síntomas y la representación que tenga de ellos, más que el síntoma en sí mismo – como lo propone el Modelo Médico—. A partir de allí, y basándose en el postulado del Trastorno de Evitación Experiencial, ha surgido la Terapia de Aceptación y Compromiso como una alternativa rápida y efectiva que se centra en modificar el marco relacional del paciente con sus síntomas para, así, aliviar el malestar.

Palabras clave: Malestar, Modelo Contextual, Trastorno de Evitación Experiencial (TEE), Marcos Relacionales, Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)

¹ Estudiante de Psicología, Universidad de Antioquia.

Introducción

El uso del modelo médico en psicología es ampliamente rechazado por varios autores, sobre todo por sus grandes limitaciones a la hora de tener en cuenta las circunstancias y la vida de las personas con respecto a su problema psicológico. Uno de los autores más representativos que está en contra del modelo médico es Marino Pérez Álvarez, quien critica la concepción de los trastornos psicológicos como enfermedades y el uso de manuales diagnósticos para clasificar a las personas, ambas acciones realizadas por el modelo médico de psicoterapia. El autor considera tanto la concepción como la clasificación del modelo médico como errados porque los trastornos psicológicos no tienen una categoría diagnóstica definida que tenga *validez*. Para el autor, el modelo médico rompe los tres aspectos del concepto de *validez* (2014):

- 1) *Validez discriminante o de contenido*: El exceso de comorbilidad, trastornos no especificados y la invención de nuevas categorías clínicas hace que los manuales diagnósticos tengan serios problemas teóricos. Esto demuestra que los manuales dejan por fuera mucho contenido de lo que les pasa a los pacientes.
- 2) *Validez predictiva*: Los diagnósticos no sirven para predecir la evolución ni la respuesta al tratamiento.
- 3) *Validez conceptual o de constructo*: Los diagnósticos se establecen sin saber cuáles son los fenómenos clínicos diagnosticados; además, hay una gran cantidad de subtipos que muestran el vacío conceptual para identificar los aspectos nucleares de los trastornos.

El argumento usado para aceptar llamarle *enfermedad* a los trastornos mentales, a lo largo de la historia, ha sido mostrar a los pacientes como víctimas de condiciones más allá de su control, es decir, se ha tenido el objetivo de evitar estigmas sobre estas personas; sin embargo, como lo expone Pérez-Álvarez: “la noción de enfermedad, lejos de evitar el estigma, es, en realidad, estigmatizante” (2014, p. 61). Los problemas psicológicos, lejos de ser entidades naturales (como las enfermedades médicas), son entidades interactivas o prácticas que son influidas por las diferentes concepciones e interpretaciones que cada persona tenga de aquéllos; es decir, el trastorno se modifica dependiendo de los pensamientos que tenga la persona de éste (Pérez-Álvarez & Fernández-Hermida, 2008).

Teniendo clara la naturaleza de los trastornos psicológicos, se puede inducir, entonces, que el malestar no es percibido como los síntomas que una persona presenta, sino como la relación que esa persona tenga con esos síntomas. Este planteamiento es el que se pretende abordar en los párrafos siguientes. Este texto tiene como intención ir de lo general a lo particular para facilitar el estudio de esta concepción, por lo que se iniciará la exposición con una breve conceptualización de las Terapias de Tercera Generación y del Modelo Contextual de psicoterapia y sus generalidades, comparándolas también con el Modelo Médico; seguido de un abordaje más profundo de la concepción de malestar desde esta perspectiva y de los conceptos teóricos sobre los que se sostiene; y finalizando con un pequeño esbozo de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), una terapia representativa de la concepción de malestar que se va a exponer.

Las Terapias de Tercera Generación y el Modelo Contextual de la Psicoterapia

Las terapias de tercera generación son un grupo de intervenciones psicológicas que tienen como fundamento el uso de los contextos verbales para generar un cambio en las conductas problemáticas de las personas. Estas terapias renuncian al control de los eventos privados con el fin de que el paciente esté en condiciones de responsabilizarse de lo que elige hacer (Luciano-Soriano, Gutiérrez-Martínez & Rodríguez-Valverde, 2005), por medio de dos principios terapéuticos: La aceptación y la activación (Pérez-Álvarez, 2014).

La aceptación no se refiere ni a una resignación ni a una renuncia al cambio, al contrario, la aceptación es entendida como afrontamiento, como una percepción de los síntomas como parte del yo –mas no como única parte, sino como un componente de un yo completo, un yo más grande que el síntoma– lo que produce una disminución progresiva del malestar por la pérdida de funcionalidad de los síntomas (García-Montes & Pérez-Álvarez, 2005). Por su parte, la activación consiste, básicamente, en que la persona clarifique su dirección en la vida y elija las cosas que vayan en consonancia de esto; en pocas palabras, la activación supone actuar para cambiar la situación y las circunstancias que están manteniendo el problema, con la intención de alcanzar lo que la persona quiere (Pérez-Álvarez, 2014).

Si hacemos una comparación entre las terapias verbales (características de la tercera generación) y las técnicas tradicionales de modificación de comportamiento (primera generación); podemos ver que ambas tienen el mismo objetivo: modificar la funcionalidad de una conducta problemática de la persona, pero las terapias verbales lo hacen por métodos tanto directos (como lo son las intervenciones experienciales de la primera generación) como

indirectos, es decir, por medio del lenguaje y del intercambio social-verbal entre cliente y terapeuta, manejando las contingencias de la conducta desde el mismo consultorio (ibíd.).

Esta opción de modificación de conducta indirecta abre un abanico de posibilidades de acción para distintos modelos de intervención, entre ellos la Atención Primaria. Sin embargo, es necesario puntualizar que la terapia analítico-funcional (intervenciones experienciales) y la terapia contextual (intervenciones verbales, desde el consultorio) no sólo son complementarias; son necesarias una a la otra si lo que se quiere es fortalecer la aplicación terapéutica e incrementar la eficacia de la intervención (Garavito-Ariza, 2004).

El Modelo Contextual, digamos, caracteriza a las terapias de tercera generación. Marino Pérez-Álvarez compara los modelos Contextual y Médico basándose en cuatro aspectos estructurales de las intervenciones pertenecientes a cada uno de ellos (Pérez-Álvarez, 2014). A continuación se presentará un breve resumen de estos cuatro aspectos:

1) Explicación: El modelo contextual usa términos funcionales, contextuales e interactivos para explicar el trastorno; en vez de verlo como una “avería interna” dentro del individuo –como se concibe desde el modelo médico–. “El trastorno o problema no estaría dentro de la persona sino (que) sería, por así decirlo, la persona la que estaría dentro de unas circunstancias o situación problemática.” (ibíd., p. 67). Ejemplificándolo, la ansiedad no es algo que esté dentro de uno, sino que la persona está dentro de una situación de ansiedad, por diferentes motivos y presentando conductas que cumplen distintas funciones.



2) Mecanismo: Desde el modelo médico se piensa que el trastorno mental es un defecto o una disfunción de algún mecanismo psicológico; con esta perspectiva se piensa que, así como un páncreas dañado produce diabetes, una mente averiada sería la causa del trastorno mental. El modelo contextual, por su parte, plantea que los trastornos psicológicos son conductas desviadas, no de un ideal universal de conducta o de bienestar, sino de lo que la persona quiere para sí en la vida; son conductas que hacen parte de la condición humana, posibilidades de esta condición; y el malestar estaría en relación con estas posibilidades. El malestar no sería, entonces, el síntoma en sí mismo, sino la relación –o la representación, si se quiere– que la persona tiene con sus conductas respecto a sus *valores* (término usado por la terapia de aceptación y compromiso que se refiere a esas cosas importantes para la persona, sus aspiraciones, metas y demás cosas que valora como importantes en su vida).

3) Tratamiento: Desde el modelo médico hay técnicas específicas para las intervenciones, dependiendo del trastorno. En el modelo contextual se apunta a una serie de principios que se pueden implementar de diversas maneras dependiendo del contexto, del terapeuta y, más importante, del cliente, el cual deja de tener un papel pasivo y empieza a ser más activo –más *responsable*– en la terapia y en las decisiones sobre su vida.

4) Eficacia: En el modelo contextual se mide la eficacia de un tratamiento según los logros personales de cada persona; no, como en el modelo médico, por la reducción de los síntomas de una lista.

A pesar de que los cuatro aspectos estructurales son de gran interés para ahondar, y a pesar de que todos están estrechamente interrelacionados, este artículo se centrará en el “Mecanismo”, en aras de aclarar un poco más la noción de malestar que tiene el Modelo Contextual; posteriormente se abordará el tema del Tratamiento para complementar la exposición sobre la concepción de malestar desde este modelo.

Concepción del Malestar Psicológico desde el Modelo Contextual y la Teoría de los Marcos Relacionales

Como se veía con el Modelo Médico, el malestar suele entenderse como la presencia de un síntoma, una entidad externa al sujeto que causa respuestas negativas en éste. Como consecuencia, los eventos privados de la persona se “cosifican” y se conciben como un agente causal de ese malestar. Es común que las personas usen contextos verbales donde los eventos privados negativos se conviertan en entes externos al yo, con vida propia, sobre los que la persona debe tener control; también es común, y entendible, que las estrategias de estas personas para afrontar los eventos internos consistan en evitarlos con la intención de disminuir el malestar (Luciano-Soriano et al., 2005).

Estas estrategias son completamente válidas pues tienen un efecto positivo a corto plazo: disminuir el malestar. Sin embargo, pueden volverse problemáticas cuando se generalizan y se vuelven rígidas, saliéndose del control del individuo. Si la evitación de los eventos privados negativos está orientada en contra de lo que la persona quiere a largo plazo para su vida, entonces esta evitación es una conducta destructiva. Las estrategias de control sobre los eventos internos

terminan produciendo en la persona una privación de las experiencias que deberían gratificarlo (ibíd.). En palabras de Wilson y Luciano:

El cliente está atrapado por los contextos verbales que ajustan el patrón de evitación y lo está en el contexto de una lucha por no estarlo. Lucha por acabar con lo que le molesta que produce un efecto de revuelta al mismo malestar, y así sucesivamente. El resultado es que una persona devota de tal patrón queda atrapada en lo que cree que es la solución y, que, en realidad, es el problema (2002, p. 98).

Para tener una mayor claridad en este aspecto – sobre todo desde la perspectiva del Modelo Contextual – es menester retomar la Teoría de los Marcos Relacionales. Esta teoría permite entender por qué los seres humanos exhiben las mismas respuestas ante estímulos distintos; y por qué los contextos de significado literal, de evaluación, de explicación y de control emocional involucran marcos de relación que originan problemas psicológicos (Rey, 2004). El supuesto central de esta teoría es que los seres humanos aprenden a relacionar estímulos bajo controles contextuales arbitrarios (García-Montes & Pérez-Álvarez, 2005), esto quiere decir que hay una equivalencia entre los estímulos y las relaciones de estímulos en general, es decir, un ser humano verbal puede establecer varias relaciones entre estímulos, como por ejemplo que un estímulo, con relación a otro semejante o distinto sea “igual”, “mayor”, “menor”, “opuesto”, etc. (Rey, 2004). Estas relaciones no hacen referencia a una entidad mental, a una categoría, sino a un condicionamiento operante que, por definición, es aprendido (por ser operante) y aplicable a varios estímulos arbitrariamente (por ser generalizado).

Si una persona no aprende a hacer la distinción entre actuar fusionado y actuar en perspectiva, entonces la relación de uno mismo con sus eventos internos se sitúa metafóricamente al mismo nivel, como un todo, y la persona no es capaz de diferenciar entre sí misma y una sensación experimentada momentáneamente; es decir, no se puede actuar en perspectiva, incrementando el malestar frente a la situación dolorosa (Luciano-Soriano et al., 2005). Los marcos relacionales son importantes, entonces –entre otras cosas– por hacerle entender a la persona que ésta no es funcionalmente idéntica a sus eventos privados, que ella misma es más que una conducta, que la conducta es sólo una parte de su ser, y que la presencia de una u otra conducta (problemática o no) tiene una funcionalidad relacionada con el contexto y el instante en que se produjo.

En términos de la Teoría de Marcos Relacionales, “las estrategias de control pueden entenderse como relaciones temporales de oposición entre eventos privados y acciones valiosas, mientras que las estrategias de aceptación pueden entenderse como relaciones de coordinación entre dichos eventos y acciones.” (Luciano-Soriano et al, 2005, p. 342). Es decir, si una persona trata de evitar sus eventos internos para evitar el malestar, el efecto será contraproducente, pues se incrementará el malestar porque la conducta de evitación será opuesta a las conductas dirigidas a una meta deseada; las estrategias más efectivas para reducir el malestar son aquéllas que se basan en la aceptación de los eventos internos.

El Trastorno de Evitación Experiencial y la Terapia de Aceptación y Compromiso

A pesar de que los trastornos se diferencien entre sí por los distintos síntomas que presentan; si se hiciera un análisis de las funciones de los repertorios conductuales sintomáticos



de cada trastorno, se pondría en manifiesto que gran parte de los trastornos comparten un mismo “tronco” funcional, denominado como “evitación experiencial destructiva” o “trastorno de evitación experiencial” (TEE), el cual se basa en una necesidad de la persona de eludir o evitar el malestar (Luciano-Soriano et al., 2005; Rodríguez-Valverde, 2004; García-Montes & Pérez-Álvarez, 2005; Pérez-Álvarez & Fernández-Hermida, 2008).

Para una mayor claridad explicativa se ha usado la analogía del árbol, así: Las raíces de éste serían los síntomas; cada raíz es diferente y abre su paso en la tierra de forma independiente, sin embargo, todas ellas convergen en un mismo tronco, en una misma función, la de evitar el malestar. Lo mismo ocurre con las ramas, o las consecuencias de los síntomas, a partir de una función común (evitar el malestar) se generan unas consecuencias diferenciadas que se distinguen entre sí según el contexto.

Si una persona no está dispuesta a establecer contacto con sus experiencias privadas y se comporta deliberadamente para alterar tanto la forma o frecuencia de tales experiencias, es muy probable que se presente un TEE (Luciano-Soriano et al., 2005). En palabras de Hayes, Wilson, Gifford, Follette y Strosahl (1996): “La evitación experiencial es el fenómeno que ocurre cuando una persona es incapaz de tener contacto con experiencias privadas particulares y trabaja para disminuir la frecuencia de contactos con los contextos que las ocasionan” (como se cita en García-Montes & Pérez-Álvarez, 2005, p. 382).

La terapia de aceptación y compromiso empezó a desarrollarse a mediados de los años 80 a manos del equipo del psicólogo Steven C. Hayes. La ACT ha sido considerada parte del grupo de las terapias de tercera generación del conductismo por su base contextual-funcional y su



estrecha relación con la teoría de los marcos relacionales (Gutiérrez, 2004). En sus planteamientos generales, ACT no se considera un tratamiento para un desorden específico, sino un modelo general desde el cual se pueden desarrollar protocolos centrados en problemas, poblaciones de pacientes y patrones de conducta particulares; es decir, es una terapia muy flexible que se ajusta a las características funcionales de una amplia variedad de trastornos psicológicos, además de diversos estilos de terapeutas, por lo que tiene una eficiencia alta (Wilson, G. K & Luciano, M. C, 2002; Gutiérrez, 2004; Rodríguez-Valverde, 2004; García-Montes & Pérez-Álvarez, 2005).

ACT es una intervención específicamente diseñada para ocuparse de alterar los contextos verbales característicos del TEE que aumentan el malestar y alejan al cliente de sus *valores* (Luciano-Soriano et al., 2005; Vargas-Madriz & Ramírez-Henderson, 2012); es una terapia que retoma la concepción de que “(el sufrimiento psicológico) es parte inseparable de la vida en tanto que ésta incluye circunstancias y comunidades que conforman contextos verbales a través de los cuales una persona determinada reaccionará verbalmente a numerosos eventos, incluida su propia conducta” (Wilson, G. K & Luciano, M. C, 2002, p. 73). Además, ACT es “... un modelo de salud y no de enfermedad, ya que se entiende que el sufrimiento es universal y su causa principal es la información del lenguaje en áreas en las que no es funcional o no es útil” (ibíd., p. 97).

Según Wilson y Luciano (2002), la ACT tiene cuatro premisas principales, todas relacionadas con el malestar: (1) Asume que si la persona se comporta de acuerdo a sus propios *valores*, se sentirá mejor en el futuro; (2) asume que el sufrimiento psicológico es normal en los seres humanos, siendo este una manifestación de que la persona se encuentra cerca de lo que

realmente le importa; (3) asume que hay más vida en los momentos en que se experimenta dolor que en aquellos en que se experimenta alegría; y (4) asume que todas las personas, de una y otra manera, esperan vivir de forma más plena sus vidas.

Los mismos autores (ibíd.) plantean también en su manual tres objetivos principales que sigue la ACT, todos permeados por la concepción de malestar que se está tratando: (1) clarificar los *valores* de la persona, entendiendo *valores* como los deseos, los ideales para la vida, las cosas importantes para el individuo en particular; (2) aceptar los eventos privados (pensamiento, sentimientos...) que se han estado tratando de evitar, un objetivo cuyo cumplimiento llevaría a aceptar las particularidades propias del individuo; y (3) fortalecer el “yo como contexto” para que la persona consultante sea capaz de contemplar sus eventos privados y a partir de la reflexión, sea capaz de elegir el camino más adecuado y concordante con sus *valores*.

El cambio conductual es entendido como un balance entre aceptación y cambio, es decir, el cambio no está en eliminar la ansiedad o la tristeza sino en aceptar y encarar la ansiedad y la tristeza, estableciendo un compromiso para actuar pese a ellas. No es resignarse ante lo negativo sino actuar de acuerdo con una dirección elegida por el mismo usuario. (Rey, 2004). Por eso, los criterios de mejoría en ACT son distintos a los criterios del modelo médico: La reducción del malestar no estaría en eliminar o reducir los síntomas sino en un “distanciamiento” del cliente respecto de dichos fenómenos. “El problema no estaría ya en el síntoma, sino en la relación que el paciente establece con el mismo” (García-Montes & Pérez-Álvarez, 2005, p. 289), dos personas con un síntoma particular pueden diferir en cuanto a que uno afronte bien la experiencia y no desarrolle ninguna conducta de enfermedad mientras que el otro podría presentar problemas funcionales (Rodríguez-Valverde, 2004).

Conclusiones y Crítica

Esta concepción de malestar, no como el síntoma como tal sino como la relación que tenga la persona con sus conductas desviadas, genera un efecto positivo no sólo en cuanto a la actitud del paciente frente al trastorno sino también en cuanto a la actitud del paciente frente a la terapia. Los estudios demuestran una mejoría más pronta en los pacientes que entienden su trastorno como una parte de su ser que ellos pueden controlar –sin caer en el error de ver su trastorno como un todo, como si el paciente sólo fuera el síntoma–, esto se debe a que esta postura de la persona, entre otras cosas, genera una mayor confianza en la terapia y una participación activa del paciente en la misma.

A pesar de las ventajas que hemos indicado, debemos señalar que el por qué funcionan las metáforas verbales no se ha establecido empíricamente, y que la teoría del marco relacional es una teoría muy discutida y no puede utilizarse a su vez para explicar el funcionamiento de la terapia. Además, no explicitan otros principios conductuales presentes en la terapia como los son: la exposición, la extinción, el condicionamiento de segundo orden, el reforzamiento diferencial, el castigo verbal, entre otros (Valero-Aguayo, 2004). A pesar de estas limitaciones, la Terapia de Aceptación y Compromiso es una muy buena opción a tener en cuenta cuando se busca replantear la concepción de malestar de una persona e intervenir en conductas características del TEE.

Referencias Bibliográficas

Garavito-Ariza, C. E. (2004). [Reseña del libro *La psicoterapia desde el punto de vista*



conductista, de Pérez-Álvarez, M. (1996). España: Editorial Biblioteca Nueva]. *Revista Latinoamericana de Psicología*, vol. 37(2), pp. 412-413

García-Montes, J. M. y Pérez-Álvarez, M. (2005). Fundamentación experimental y primeras aplicaciones clínicas de la terapia de aceptación y compromiso (ACT) en el campo de los síntomas psicóticos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, vol. 37(2), pp. 379-393

Gutiérrez, M. (2004). [Reseña del libro *A practical guide to acceptance and commitment therapy*, de Hayes, S.C. y Strosahl, K. D. (Eds.) (2004). Nueva York: Springer Science] *Revista Latinoamericana de Psicología*, vol.37 (2), pp. 402-403.

Luciano-Soriano, C., Gutiérrez-Martínez, O. & Rodríguez-Valverde, M. (2005). Análisis de los contextos verbales en el trastorno de evitación experiencial y en la terapia de aceptación y compromiso. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37(2), 333-358

Pérez-Álvarez, M. (2014). Modelo médico y modelo contextual de la terapia psicológica. En: *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales* (pp. 53-72). España: Editorial Síntesis.

Pérez-Álvarez, M. & Fernández-Hermida, J. R. (2008). Más allá de la salud mental: La psicología en atención primaria. *Papeles del psicólogo*, vol. 29(3), pp. 251-270.

Rey, C. (2004). La terapia de aceptación y compromiso (ACT): Sus aplicaciones y

principales fundamentos conceptuales, teóricos y metodológicos. *Revista Suma Psicológica*, vol. 11(2), pp. 267-284.

Rodríguez-Valverde, M. (2004). [Reseña del libro *Terapia de aceptación y compromiso*, de

Luciano-Soriano, C. (dir) (2001). Valencia España: Editorial Promolibro (colección Alfaplus)]. *Revista Latinoamericana de Psicología*, vol. 37(2), pp. 405-407.

Valero-Aguayo, L. (2004). [Reseña del libro *Terapia de aceptación y compromiso (ACT):*

un tratamiento conductual orientado a los valores, de Wilson, G. K. y Luciano, M. C. (2002). España: Ediciones Pirámide]. *Revista Latinoamericana de Psicología*, vol. 37(2), pp. 417-418

Vargas-Madriz, L. F. y Ramírez-Henderson, R. (2012). *Terapia de aceptación y*

compromiso: descripción general de una aproximación con énfasis en los valores personales. *Revista de Ciencias Sociales Universidad de Costa Rica*, 138, pp. 101-110

Wilson, K. G., & Luciano, C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso: Un*

Tratamiento conductual orientado a los valores. Madrid: Pirámide.