

# TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO Y TERAPIA GESTALT: FACTORES DE CONVERGENCIA

## ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY AND GESTALT THERAPY: CONVERGENCE FACTORS

**Raquel Ayala Romera**

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico.  
Universidad de Málaga. España  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9967-4544>

**María Carmen Rodríguez Naranjo**

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico.  
Universidad de Málaga. España  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9102-9479>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Ayala Romera R. y Rodríguez Naranjo, M. C. (2020). Terapia de Aceptación y Compromiso y Terapia Gestalt: Factores de Convergencia. *Revista de Psicoterapia*, 31(116), 263-278.  
<https://doi.org/10.33898/rdp.v31i116.368>

### Resumen

*Dada la pujanza con que las terapias del enfoque contextual se presentan en el panorama psicoterapéutico actual, y la incorporación de elementos de la terapia humanista como algo natural en el proceso de surgimiento y desarrollo de este enfoque (Hayes, 2012), el objetivo de este artículo es identificar y desarrollar los ingredientes específicos que denotan una convergencia entre la Terapia de Aceptación y Compromiso y la Terapia Gestalt, las cuales se constituyen en exponentes significativos del enfoque contextual y humanista, respectivamente. En tanto que la Terapia de Aceptación y Compromiso es una Terapia Contextual que se apoya en la Teoría de los Marcos Relacionales, la Terapia Gestalt fue elaborada por Fritz Perls, quien aglutinó en este enfoque el conocimiento existente en su época y dio lugar a una terapia con gran repercusión en la práctica clínica. Tras presentar los fundamentos teóricos de ambos enfoques, en este artículo se identifican una serie de principios teóricos y prácticos en los que estos coinciden a pesar de haber seguido recorridos diferentes para llegar a ellos, y que son útiles tanto para la comprensión de los problemas psicológicos como para el desarrollo e implementación de prácticas clínicas eficaces, desde una perspectiva contextual-funcional. Se realiza, por último, un análisis crítico de las repercusiones de esta convergencia en la investigación futura sobre los procesos responsables de la eficacia en psicoterapia.*

*Palabras clave: Terapia de Aceptación y Compromiso, Terapia Gestalt, Factores de Convergencia.*

Fecha de recepción: v1: 12-3-2020. Fecha de recepción v2: 10-4-2020. Fecha de aceptación: 21-5-2020

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: [raquelayala@uma.es](mailto:raquelayala@uma.es)

Dirección postal: Raquel Ayala Romera. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Universidad de Málaga. Facultad de Psicología. Campus de Teatinos, s/n. 29071. Málaga. España

© 2020 Revista de Psicoterapia



### **Abstract**

*Given the strength with which the therapies of the contextual approach are presented in the current psychotherapeutic scene, and the incorporation of elements of humanistic therapy as something natural in the process of emergence and development of this approach (Hayes, 2012), the objective of this article is to identify and develop the specific ingredients that denote a convergence between Acceptance and Commitment Therapy and Gestalt Therapy, which constitute significant exponents of the contextual and humanistic approach, respectively. While Acceptance and Commitment Therapy is a Contextual Therapy based on the Relational Frame Theory, Gestalt Therapy was developed by Fritz Perls, who brought together in this approach the existing knowledge of his time and gave rise to a therapy with great impact on clinical practice. After presenting the theoretical foundations of both approaches, this article identifies a series of theoretical and practical principles in which they coincide despite having followed different paths to reach them, and which are useful both for the understanding of psychological problems and for the development and implementation of effective clinical practices, from a contextual-functional perspective. Finally, a critical analysis is made of the impact of this convergence on future research into the processes responsible for effectiveness in psychotherapy.*

**Keywords:** *Acceptance and Commitment Therapy, Gestalt Therapy, Convergence Factors.*

En la corta historia de la ciencia psicológica, los distintos enfoques de la psicoterapia se han mantenido enfrentados por las diferencias entre los principios epistemológicos que guiaban sus intervenciones. Desde una perspectiva integradora, Frank (1974) analizó los factores comunes como ingredientes efectivos de la psicoterapia en un intento por explicar la eficacia de los distintos enfoques, lo que mantiene plena vigencia en la actualidad (Wampold, 2015). En este artículo se identifican y desarrollan los ingredientes específicos que denotan una importante afinidad entre la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT en adelante por sus siglas en inglés) y la Terapia Gestalt (TG en adelante), lo que puede tener repercusiones importantes en la futura investigación sobre la eficacia de la psicoterapia y, por ende, en la práctica clínica. La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT en adelante) surge a finales del siglo pasado de la mano de Steven C. Hayes como heredera del conductismo radical de Skinner y bajo el marco teórico del análisis funcional del lenguaje y la cognición humana aportado por la Teoría de los Marcos Relacionales (RFT; Hayes Barnes-Holmes y Roche, 2001). Por su parte, 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. Este último fue miembro de la Facultad de Psicología Experimental de Columbia y conocido conductista radical dentro de la tradición skinneriana (Knapp, 1986), lo que revela un punto de encuentro entre la tradición gestáltica y el conductismo radical ya en los orígenes de la TG. Un elemento esencial que diferencia a estos de otros enfoques es que tanto ACT como TG se definen como algo más que un conjunto de técnicas o enfoque terapéutico. Así, la ACT 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, Stroschal y Willson, 2014, p. 56). Y 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 y 34). Se ofrece a continuación una síntesis de los fundamentos teóricos de ambos enfoques y se identifican aquellos factores que denotan una convergencia.

### **Terapia de Aceptación y Compromiso**

La base de ACT es el Contextualismo Funcional, como filosofía pragmática de la ciencia, el cual deriva del Conductismo Radical de Skinner (Luciano, 2016). 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 en tanto que la función de un determinado acontecimiento es más relevante que su topografía. Por otro lado, el principal aporte del conductismo radical es considerar los pensamientos como 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 y normalizando el que las acciones no siempre tienen que ser congruentes con ellos. Se 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 suprimir pensamientos como causas últimas de la conducta y, por ende, responsables del malestar psicológico (Hayes, 2004). Si en la reestructuración cognitiva el objetivo es la confrontación con las ideas irracionales del paciente, en ACT el objetivo no es modificarlas, sino cambiar la función de las mismas, es decir, las consecuencias conductuales que tiene la presencia de determinados eventos internos, así como la relación que la persona mantiene con ellos (Hayes, Pistorello y Levin, 2012). Y por último, la RFT 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, dando cuenta de la abstracción relacional y del uso paradójico y sumatorio del lenguaje (Törneke, Luciano, Barnes-Holmes y Bond, 2015).

En contraste con el modelo médico, que defiende que lo normal es la salud y lo anormal es la enfermedad, entiende el sufrimiento como alteración de la salud psicológica y busca sus causas para encontrar una solución que lo haga desaparecer, el objetivo en ACT no es suprimir el malestar en sí mismo, sino que la persona pueda llevar una vida acorde con sus valores. Para ello, diferencia dos tipos de dolor: el limpio y el sucio. En tanto que el dolor limpio es el 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. Es lo que en budismo se conoce como dolor y sufrimiento (Hayes et al., 2014). Así, en ACT no se intenta evitar el dolor limpio ni entre sus objetivos terapéuticos está que desaparezca cualquier malestar, sino que pone el foco en las conductas con las que se intenta eliminar éste, 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, López-Ríos y Mesa-Manjón, 2007). Los intentos de control tienen un efecto paradójico, de modo 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) (Wilson y Luciano, 2002). Se asume, por tanto, que los problemas se originan en cómo aprenden las personas, a través de su historia personal, a reaccionar ante los propios eventos internos, permitiendo identificar, a su vez, las interacciones básicas en las que hay que intervenir con el fin de producir cambios (Luciano, 2016). Un concepto clave en ACT para este fin, como indica Luciano, es la *flexibilidad psicológica* entendida como clase funcional de conductas que operan en respuesta a la propia conducta del individuo en un marco de jerarquía con la perspectiva deíctica-YO.

Hayes y cols. (2014) identifican seis procesos psicológicos relacionados entre

sí y que conforman el *hexaflex*, como una representación con finalidad didáctica de la *flexibilidad psicológica*: aceptación, defusión, atención al momento presente, yo como contexto y compromiso con la acción. Sin embargo, la dificultad de aislarlos como procesos de cambio terapéutico independientes ha hecho que, actualmente, estos procesos queden recogidos desde la RFT en una serie de estrategias orientadas a la práctica clínica. En síntesis, dichas estrategias consisten, primero, en ayudar al cliente a identificar las clases actuales de conducta en que está implicado, discriminando aquellas que generan consecuencias problemáticas y están en una relación de coordinación con el deíctico-YO; y, segundo, en establecer un marco jerárquico que le ayude a construir un repertorio alternativo, contactando con las consecuencias deseables, construidas verbalmente, y vinculadas a este nuevo comportamiento (Luciano, 2016; Tornøke et al., 2015).

### Terapia Gestalt

Las influencias que recibió Perls 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 Lewin, el Budismo, la Psicología de la Gestalt, el Psicodrama de Moreno y el Existencialismo, entre otras (Boris, Melo y Moreira, 2017). El aporte fundamental de la TG fue la integración creativa y armónica del conocimiento existente en un enfoque terapéutico en el que el todo es mayor que la suma de sus partes. La relevancia de la TG se manifiesta en su presencia explícita en otros enfoques psicoterapéuticos surgidos con posterioridad, como la Terapia Centrada en las Emociones (Greenberg, Rice y Elliot, 1993), la Terapia Centrada en los Esquemas (Young, 1999) o la Terapia de Exposición Dialógica (Butollo y Karl, 2012).

Perls (1998) señala tres pilares básicos de la TG: el darse cuenta, el aquí y ahora y la responsabilidad, los cuales son el hilo conductor de la intervención terapéutica en este enfoque. En primer lugar, el darse cuenta o *awareness* es el objetivo principal de la terapia, que se define como “el proceso de restauración de la salud, entendiendo que la neurosis es un oscurecimiento de la capacidad del percibir” (Peñarrubia, 2008, p. 114). 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 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. En segundo lugar, 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 (Perls, 2007). Si el conflicto que aparece hace referencia a alguna experiencia del pasado o situación futura, se actualiza en el momento y la

situación actual hablando en primera persona y en presente. Y, en tercer lugar, la responsabilidad entendida no en sentido moral, sino existencial: 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, 2008). Así, darse cuenta de la necesidad propia proporciona a la persona la capacidad de seleccionar la respuesta más adecuada a sus intereses en el aquí y el ahora: darse cuenta permite elegir.

Otro concepto clave en TG es el ciclo gestáltico o de satisfacción de necesidades. También conocido como ciclo de autorregulación, refleja la certeza de que cada ser humano cuenta con los recursos necesarios para desarrollar su potencial, lo cual es un elemento clave del enfoque humanista. El ciclo describe paso a paso el proceso que acontece cuando una necesidad emerge pugnando por su satisfacción, esto es, la formación de la figura o *gestalt*. Es un proceso dinámico en el que en cada momento hay solo una necesidad que, cuando es satisfecha, pasa a segundo plano dejando espacio para que pueda surgir otra. Si, por el contrario, existe un mal contacto con la necesidad y el ciclo no se completa, se crea un conflicto interno entre ésta y un patrón de respuestas fijas que no atienden al entorno cambiante, y es responsable de que la *gestalt* inconclusa aparezca una y otra vez.

## **Conceptos clave y prácticas clínicas que contribuyen a una convergencia**

### **Salud y enfermedad**

ACT afirma 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 (Hayes et al., 2014). Y en TG, el concepto de salud implica desarrollar las potencialidades de la persona. Así, la neurosis no se entiende en términos clínicos, sino en función de un menor grado de conciencia, “síntoma de una maduración incompleta” (Perls, 2008, p. 33), lo que conduce a un enfoque terapéutico dirigido al crecimiento, más que a eliminar una patología. En este sentido, también “la ACT asume que cada cliente dispone de cuanto necesita para vivir una vida rica y significativa” (Hayes et al., 2014, p. 432). Así, tanto en ACT como en TG, la persona no acude a terapia por estar enferma, sino porque necesita ampliar su repertorio conductual según la ACT, o ayuda para conseguir el auto-apoyo según la TG. Perls decía que “la terapia es demasiado beneficiosa para reducirla a los neuróticos” (Rams, 2013, p. 24.), al igual que “ACT describe un modelo unificado de cambio de comportamiento aplicable a los seres humanos en general, no sólo a aquellos que cumplen con ciertos criterios diagnósticos” (Hayes et al., 2014, p. 978).

Tal como sucede a la TG, las Terapias Contextuales son críticas con el modelo médico y su reflejo en la Psicología Basada en la Evidencia. Así, abogan por un sistema transdiagnóstico y por la Terapia Basada en Procesos (Hayes y Hoffman, 2017), en la que el método de intervención no está acotado por un protocolo específico para cada problema psicológico definido por los síntomas de su categoría

diagnóstica, sino por un modelo práctico que se sustenta en una serie de procesos basados en la evidencia, que se adapta a las necesidades de las personas (Hayes, 2019). Ni en ACT ni en TG se identifica al individuo como enfermo ni se asume que haya algo en él que funcione mal y, por tanto, no lo coloca en un papel pasivo, en el que la enfermedad es causa última y ajena de su malestar. Por el contrario, ambas enfatizan el papel activo de la persona y ninguna de las dos tiene como objetivo la reducción de los síntomas, aunque sea una consecuencia del proceso. Y la salud se refleja en el hecho de que el cliente sea capaz de tener una vida buena o valiosa –orientada a sus valores– en ACT, posible gracias a la práctica de la *flexibilidad psicológica*, que implica responder de forma sensible al contexto (Hayes, 2019), o que llegue a la maduración en TG, entendida como el auto-apoyo resultante de una clara conciencia de sus propias necesidades y su satisfacción (Naranjo, 2017).

### **El concepto de realidad**

El Contextualismo Funcional defiende un concepto de verdad que depende del contexto, en el que la realidad de un objeto está determinada por la función que cumple, lo que implica al entorno y a la persona con sus intenciones. En ACT se habla del *acto en contexto*, de forma que el criterio de verdad del mismo viene determinado por el análisis de la función que cumple, esto es, la consecución de un objetivo (Hayes, Barnes-Holmes y Wilson, 2012). Así, la conducta se tiene que entender en su contexto y su significado verdadero se encuentra en función de si obtiene o no el objetivo que persigue, definiéndose ACT como a-ontológica al rechazar la idea de una realidad objetiva (Hayes et al., 2014).

Por su parte, en TG se define la manera en que la persona percibe el entorno, no como la totalidad caótica de estímulos inmersos en él (fondo), sino como la interacción de estos con los intereses o necesidades particulares en ese momento, resultando un conjunto de estímulos significativos (*gestalt* o figura). Consecuentemente, la TG niega la existencia de una realidad objetiva independiente de la percepción de cada persona y se refiere a realidades subjetivas determinadas por la aparición de la figura condicionada por la necesidad imperante en cada momento (Perls, 2007). La TG es un modelo clínico orientado funcionalmente que se centra “en la importancia de la adaptación de la persona al entorno y a las distintas situaciones de la vida de una manera sana [...], creando nuevas respuestas a nuevas situaciones (ajustes creativos)” (Raffagnino, 2019, p. 70). Es esta inclusión del entorno, frente a un modelo de pensamiento individualista con la psique como objeto primordial de estudio como ocurre en Psicoanálisis, lo que hace de la TG un enfoque holístico no solo en la integración cuerpo-mente, sino también organismo-entorno. Así, lo que importa son las relaciones entre las partes y se prima la experiencia global del sujeto inmerso en un contexto. Mientras que en TG estas relaciones vienen determinadas por la formación de la figura en el ciclo de necesidades –la necesidad organísmica más relevante en un momento concreto– (Perls, 2007), la RFT como marco teórico de la ACT expone que 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., 2007). En definitiva, tanto el Contextualismo Funcional en ACT como 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 e historia personal. Es este enfoque funcional común la convergencia más notable entre ACT y TG, ya que permite el análisis y comparación del resto de elementos de forma coherente bajo el mismo prisma.

### **La experiencia del 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. El yo-proceso es la capacidad de darnos cuenta de lo que estamos haciendo, que Hayes et al. (2014) definen como un “continuo de conciencia”. Y el yo-contexto es el yo observador de las tradiciones orientales; esto es, la “conciencia del proceso flexible y continuo de la actividad verbal en la que se esté implicado” (Wilson y Luciano, 2002, p. 209). Sin evaluar los pensamientos, ni añadir ni quitar nada, sería la conciencia del yo-proceso. Es la aparición de una relación jerárquica entre el deíctico-YO y los eventos internos la que permite que aparezca esta perspectiva (Luciano, 2017). En la medida en que las personas están apegadas a su yo-concepto, dentro de un marco de coordinación entre el deíctico-YO y los pensamientos sobre mí, aparece la rigidez comportamental que restringe la capacidad de reacción al contexto para hacer frente a los requerimientos de la experiencia presente o se reinterpreta la realidad si no es congruente con la imagen que se tiene de uno mismo (Hayes et al., 2014).

Desde el modelo gestáltico, el yo-concepto coincide con el auto-concepto, que “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). La sobre-identificación con el yo-concepto, en terminología de ACT, se corresponde con el mecanismo neurótico de la introyección en TG. El introyecto se define como material psíquico que la persona se traga sin digerir, quedándose aislado como un cuerpo extraño dentro del organismo, haciendo una analogía entre el metabolismo del sistema digestivo y el metabolismo mental. 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). Así, Perls (2007) describe el yo neurótico como un conjunto de introyecciones –identificaciones permanentes que coartan y encorsetan la manera de actuar de la persona–, en tanto que en el yo sano coexistirían identificaciones cambiantes en función de la necesidad del organismo, la cual está mediatizada a su vez por el contexto. En este sentido, uno de los procesos clave en ACT inherentes a la *flexibilidad psicológica* es la “conciencia del yo-contexto”. Esta es la experiencia del

yo como una conciencia presente a lo largo de su vida, como un contexto seguro, intransferible y permanente en el que experimentar el distanciamiento de los eventos privados. Al no identificarse con determinados atributos 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 (Hayes et al., 2014). De forma similar, en TG se busca alcanzar la *autenticidad* frente a la rigidez impuesta por el auto-concepto. El terapeuta gestáltico no pretende que se produzca ningún cambio, sino que mantiene un “genuino interés en lograr que el paciente sea lo que es” (Naranjo, 2017, p. 45). Es la teoría paradójica del cambio en TG, que “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, desaparece la rigidez y la necesidad se satisface, permitiendo así que se complete la *gestalt* interrumpida por la alienación de partes propias de la personalidad. Como puede verse, las afinidades entre el yo-concepto de ACT y el auto-concepto gestáltico son evidentes, y también las implicaciones de este constructo en la explicación del malestar psicológico y en las metas de la terapia de ambos enfoques.

### **El dar razones y el porqué de la conducta**

La RFT como marco teórico de la ACT señala el dar razones (o búsqueda de coherencia) y el control como dos de los contextos socio-verbales inherentes al lenguaje humano responsables del sufrimiento (Gómez-Martín et al., 2006). El primero se encarga de ordenar o dar sentido a nuestra actividad. 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. El inconveniente surge cuando se aplica este modelo causal a los estados internos para explicar la conducta y, al darles veracidad, estas explicaciones pueden ser parte del problema en lugar de la solución. Este fundamento queda especialmente reflejado en uno de los objetivos terapéuticos de la ACT, generar *desesperanza creativa*, mediante la que se pretende que el cliente experimente que las reglas verbales con las que explica su realidad son disfuncionales, al ser las que le originan malestar, tal como se expone más adelante.

Por su parte, 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, reconduciendo el foco de atención, desde el *porqué*, hacia el *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”. Así, en ambos enfoques se fomenta la experimentación frente a la cognitivización: probar, sentir y hacer antes que anticipar, fantasear y teorizar. Esto es, coinciden en que es más saludable guiar la conducta en función de las contingencias experimentadas que por reglas verbales, las cuales fomentan unas expectativas que recurrentemente

no se cumplen, y generan, por tanto, sufrimiento en la persona.

### **La evitación experiencial en la explicación de los problemas psicológicos**

Desde el sistema transdiagnóstico propuesto por las terapias contextuales, el TEE es un elemento común en la mayoría de los trastornos recogidos en los sistemas de clasificación clásicos (Luciano, 2016). De hecho, la propuesta de intervención en ACT se basa en potenciar la aceptación frente a la evitación (Hayes et al., 2014). Wilson y Luciano (2002, p. 74) establecen que “el TEE está presente cuando una persona no está dispuesta a establecer contacto con sus experiencias privadas vividas aversivamente (sean éstas 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”. Así, 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 la persona y la alejan de la experiencia presente.

Por su parte, la neurosis en TG se explica por el hecho de que el ciclo gestáltico no se completa satisfaciendo la necesidad que lo originó, al ser interrumpido por los mecanismos neuróticos. Perls (2007) describe hasta 22 formas de evitación, concluyendo que ésta está presente en todos los mecanismos neuróticos, también denominados mecanismos de evitación. La definición de neurosis que Perls ofrece es bastante congruente con el TEE: “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). En definitiva, la evitación experiencial está presente en ambos enfoques como elemento nuclear en la aparición de los problemas psicológicos.

### **Prácticas clínicas**

La *desesperanza creativa* queda plasmada en la primera de las estrategias terapéuticas expuestas por Tornøke y cols. (2015), al identificar las clases actuales de conducta y sus consecuencias problemáticas, y 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, de modo que es capaz de renunciar a sus respuestas habituales incluso cuando aún no sabe si dispondrá de otros recursos para afrontar la situación (Hayes et al., 2014).

Por su parte, Perls (1998, 2008) diferencia una serie de capas en la estructura neurótica de la persona, las cuales se van atravesando hasta llegar al núcleo del yo auténtico. La primera capa es la de los clichés. Consiste en los comportamientos que se tienen con alguien en un encuentro casual. Detrás está la capa donde se representan roles, cuyo objetivo es influenciar al otro y están relacionados con el apego de la persona a su auto-concepto. Al atravesar esta capa, esto es, cuando la

persona deja de actuar conforme a su auto-concepto, se vivencia la nada, la vaciedad, la frustración, que se corresponde con el *impasse*. A continuación, 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 nexos auténticos de la persona, que es capaz de vivenciar y expresar sus emociones.

Así, se puede establecer un paralelismo entre la *desesperanza creativa* en ACT y las fases de *impasse* e implosión en TG, 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. En ambos enfoques, esta fase, aunque no sea agradable para el cliente, es insalvable y primordial en el proceso terapéutico, ya que proporciona la experiencia necesaria para empezar a ampliar el repertorio conductual o, al menos, dejar de actuar de forma automática.

Por otra parte, tanto ACT como TG coinciden en la importancia de la experiencia del cliente en la sesión terapéutica, y lo que ocurre durante el desarrollo de la misma, frente a las técnicas utilizadas. Ni la una ni la otra cuenta con protocolos de tratamiento, y en ambos enfoques es el terapeuta, ya sea como exponente de *flexibilidad psicológica* en ACT, o con su actitud de presencia, conciencia y responsabilidad en TG, 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. Así, el reto del terapeuta en ACT es practicar la *flexibilidad psicológica*, que incorpora como persona y 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 terapéutica (Hayes et al., 2014). De igual forma, en TG se fomenta la expresividad física y emocional del terapeuta, incluso revelando asuntos personales si cree que puede servir a la terapia (Peñarrubia, 2008). Se dice que el terapeuta es su propio instrumento (Polster y Polster, 1991) y la técnica básica es el *continuum de conciencia*, mediante el cual se descubre y aprehende cada experiencia. En ella, el cliente hace una referencia continua a la experiencia presente, de forma que llegue a surgir la situación inconclusa más importante para ser atendida. Para ello se usa la primera persona del singular como una manera de asumir la responsabilidad, reconociéndose la persona como sujeto de sus propios actos, emociones y sentimientos, y no como víctima pasiva frente a un lenguaje impersonal (Perls, 1998, 2007). Esta técnica también es usada en ACT con el mismo nombre (Hayes et al., 2014).

ACT se caracteriza por utilizar cualquier herramienta que sea útil (pragmatismo funcional), cualquiera que sea su procedencia, incluso si es inventada por el clínico, siempre que esté orientada a promover los procesos de *flexibilidad psicológica* en el

cliente. Así, el uso de las técnicas nunca es un fin en sí mismo. Las más utilizadas en ACT son los ejercicios experienciales, junto con paradojas, metáforas y revisión del lenguaje, además de las técnicas clásicas conductuales como exposición, ensayo o modelado. En cuanto al uso del lenguaje, Hayes y cols. (2014) instan a: (a) experimentar directamente en lugar de hablar “acerca de”; (b) cambiar la expresión “tengo que” por “decido”; y (c) evitar el uso del “pero”, sustituyéndolo por “y”. Estas tres especificaciones son también características del uso del lenguaje en TG, con la salvedad de que, en TG, la expresión “tengo que” se cambia por “quiero”.

Dado el enfoque experiencial que se asume en ACT, muchos de los ejercicios que se utilizan están en consonancia con los de tradición gestáltica, cuando no han sido incorporados tal cual y aparecen en estudios de caso de ACT como herramientas terapéuticas (Barraca, 2009). Sirva como ejemplo la técnica más emblemática 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, o para cerrar alguna *gestalt* inconclusa con otra persona. 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, finalmente, a una tercera posición que es capaz de integrarlas (Naranjo, 2017). Según ACT, esta herramienta establece un marco deíctico que describe la relación que surge entre marcos relacionales, la cual sirve para hacer un trabajo de toma de perspectiva, potenciando los procesos del yo-contexto, la aceptación y la defusión. 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).

Por su parte, 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: (a) experimentar la nada; (b) evitar el *acercadeísmo* y el *debeísmo*, las manipulaciones, las preguntas; y (c) expresar vivencias en vez de hacer demandas o pedir permiso. El experimentar la nada, conocido también como *vacío fértil* en terminología gestáltica, se relaciona con la fase de *impasse* en TG y la *desesperanza creativa* en ACT. Las técnicas expresivas favorecen los contenidos de la conciencia genuina mediante la expresión de los impulsos, sentimientos y acciones auténticamente organísmicos, como iniciar la acción, completar la expresión, ser directo, repetir, exagerar, identificarse y actuar. Por último, las técnicas integrativas facilitan la escucha y asimilación de las voces conflictivas internas: encuentro interpersonal, asimilación de proyecciones y la técnica de la silla vacía, entre otras (ver Peñarrubia, 2008, para una descripción de las técnicas).

Puede afirmarse, en definitiva, que cualquiera de estas técnicas sería útil en ACT siempre que estuviera orientada a promover la *flexibilidad psicológica*. Específicamente, las técnicas supresivas servirían para la eliminación de los comportamientos de evitación presentes en el TEE y facilitarían los procesos de

aceptación y *desesperanza creativa*; las expresivas estarían al servicio de la acción comprometida y las integrativas a favor de la defusión y el yo-contexto. 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.

## Discusión

Hayes (2012) argumenta que en ACT se recuperan elementos de las terapias humanistas, lo que nos ha llevado a profundizar en la TG al tratarse de un claro exponente de estas, poniéndose de manifiesto la existencia de una clara convergencia entre ambas tanto a nivel teórico como de la práctica clínica. Esta convergencia indica la existencia de factores comunes como probables mecanismos responsables de la eficacia terapéutica, propiciando así la apertura de un campo de investigación potencialmente fructífero. Entre los puntos de convergencia de ACT y TG, encontramos que ambas 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 y defienden un encuadre holístico frente a la segmentación. A su vez, 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 la meta principal es que la persona tenga una vida plena y acorde a sus propios valores más allá del contexto social. Así, si bien la finalidad en TG es que la persona sea auténtica y alcance el auto-apoyo, no siguiendo más deberías que los suyos propios (Naranjo, 2017), en ACT es que sea capaz de clarificar y actuar en dirección a sus valores personales, ampliando para ello su repertorio conductual (Hayes et al., 2014). Nos encontramos, en definitiva, más que con una complementariedad, con dos enfoques convergentes tanto en fines como en los modos de conseguirlos. Se evidencia una concordancia no sólo en base a principios epistemológicos comunes y técnicas específicas que se aplican en la práctica clínica, sino también en las actitudes básicas del terapeuta y el desarrollo de la sesión, en la que no existe un protocolo previo y se trabaja con lo que el cliente trae, viendo procesos y funciones en lugar de contenidos en las intervenciones de ambos enfoques terapéuticos, y con el objetivo último de ampliar la percepción del cliente fomentando un contacto más real con la experiencia en el aquí y ahora.

Es necesario tener en cuenta que la TG, de marcado carácter fenomenológico y experiencial, adolece de la falta de un cuerpo teórico extenso (Boris et al., 2017), siendo también escasos los estudios sobre su eficacia, lo cual ha contribuido a que haya sido tradicionalmente (auto)excluida de la psicología académica. Probablemente esta marginación haya sido la principal causa de que los terapeutas gestálticos se hayan mantenido muy cercanos al *art-making* psicoterapéutico, y ello a pesar de que la TG se constituya en un exponente primordial de los enfoques humanista y fenomenológico, que aúnan la tradición más genuina de la psicología (Pérez-Álvarez,

2019). Sin embargo, se está despertando recientemente un interés creciente por la validación de esta forma de terapia, siendo la figura más destacada la australiana Madelaine Fogarty, quien ha elaborado una escala de fidelidad al tratamiento como un primer paso para llevar a cabo estudios basados en la evidencia sobre la eficacia de la TG (Fogarty, Bhar y Theiler, 2019). Se podría prever que, dadas las afinidades previamente expuestas, los terapeutas gestálticos y los de ACT se parezcan en su práctica clínica, y esta escala permite evaluar la adhesión a la TG de un terapeuta. Por otro lado, resulta lógico inferir que una intervención de TG aumente la *flexibilidad psicológica* y disminuya la evitación experiencial, lo que se puede comprobar empíricamente mediante el uso de cuestionarios como el AAQ-II (Bond et al., 2011). De hecho, así se muestra en un estudio cuasi-experimental realizado sobre padres con ansiedad en el que, tras una intervención de cuatro sesiones de TG grupal de dos horas, disminuye la evitación de experiencias internas, medida con este cuestionario (Leung y Khor, 2017). El que ya se estén utilizando herramientas de ACT para medir los resultados en intervenciones de TG evidencia que la afinidad entre estos dos enfoques se da por hecho, si bien hasta este momento no ha sido explicitada en la literatura científica. Así, la práctica-como-investigación podría ser especialmente útil en el análisis de los actos psicoterapéuticos en los que ACT y TG coinciden y, por ende, en la identificación, formulación y/o revisión de una serie de procesos que subyacen a ambos enfoques y son útiles en la superación de los problemas psicológicos.

En conclusión, en este trabajo se ha puesto de manifiesto una clara convergencia entre los principios teóricos y prácticos de ACT y TG. Estas afinidades son suficientes para promover un acercamiento en términos de integración bajo el prisma del enfoque contextual, cuyo avance desde la investigación empírica en este ámbito proporcione mejores resultados que los que ofrece cada una de las terapias de las que se parte. Se mantiene plenamente vigente la histórica afirmación de Luborsky, Singer y Luborsky (1975) de que, tal como advertía el pájaro Dodó en *Alicia en el País de las Maravillas*, es imposible comparar lo incomparable cuando se persiguen metas distintas, pudiéndose solo comparar técnicas que se muevan en el mismo marco de referencia. Como se ha puesto de manifiesto, ACT y TG comparten presupuestos meta-teóricos respecto a las metas de la intervención y las formas de conseguirlas, siendo su pretensión fundamental ayudar a la persona a alcanzar una vida apoyada en aquellos valores que le dan sentido y cuya búsqueda apela a la autenticidad. Se abre así una posibilidad de integración que se sustenta en la importancia que ambas otorgan al contexto y la función de las conductas en el abordaje de los problemas psicológicos, apuntando de este modo hacia un planteamiento transterapéutico entre ambos enfoques en línea con la visión transdiagnóstica defendida actualmente (Hayes y Hoffman, 2017) y la perspectiva ideográfica que caracteriza al enfoque contextual (Hayes, 2004). En definitiva, los factores de convergencia identificados en este trabajo pretenden ser el punto de partida para un diálogo que se fundamenta en la investigación situada en la interfaz

entre ACT y TG, el cual conduce al enriquecimiento mutuo de ambos enfoques y, por ende, a una visión más amplia de los procesos de cambio terapéutico y de la condición humana.

## Referencias bibliográficas

- Barraca, J. (2009). Habilidades Clínicas en la Terapia Conductual de Tercera Generación. *Clínica y Salud*, 2(2), 109-117.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., ... Zettle, R. D. (2011). Preliminary Psychometric Properties of the acceptance and action questionnaire-II: a revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behaviour Therapy*, 42, 676-688. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
- Boris, G. D. J. B., Melo, A. K. y Moreira, V. (2017). Influence of phenomenology and existentialism on Gestalt therapy. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 34(4), 476-486. <https://doi.org/10.1590/1982-02752017000400004>
- Butollo, W. y Karl, R. (2012). *Dialogische Traumatherapie. Ein Manual zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung* Stuttgart, Alemania: Klett-Cotta.
- Fagan, J. y Shepherd, I. L. (2005). *Teoría y técnica de la psicoterapia gestáltica*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Frank, J. D. (1974). Therapeutic components of psychotherapy. A 25-years progress report of research. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 159(5), 325-342. <https://doi.org/10.1097/00005053-197411000-00003>
- Fogarty, M., Bhar, S. y Theiler, S. (2019). Development and validation of the Gestalt Therapy Fidelity Scale. *Psychotherapy Research*, 30(4), 495-509. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1571688>
- Gómez-Martín, S., López-Ríos, F. y Mesa-Manjón, H. (2007). Teoría de los marcos relacionales: algunas implicaciones para la psicopatología y la psicoterapia. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(2), 491-507.
- Greenberg, L. S., Rice, L. N. y Elliott, R. (1993). *Facilitating emotional change: The moment-by-moment process*. Nueva York, NY: Guilford Press.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior therapy*, 35(4), 639-665. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3)
- Hayes, S. C. (2012). Humanistic Psychology and Contextual Behavioral Perspectives. *Psychotherapy*, 49(4), 455-460. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0027396>
- Hayes, S. C. (2019). Acceptance and commitment therapy: towards a unified model of behavior change. *World Psychiatry*, 18(2), 226-227. <https://dx.doi.org/10.1002%2Fwps.20626>
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D. y Roche, B. (2001). *Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian account of human language and cognition*. Nueva York, NY: Plenum Press.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes y Wilson, K. G. (2012). Contextual Behavioral Science: Creating a science more adequate to the challenge of the human condition. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 1(1-2), 1-16. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2012.09.004>
- Hayes, S. C. y Hofmann, S. G. (2017). The third wave of cognitive behavioral therapy and the rise of process-based care. *World Psychiatry*, 16(3), 245-246. <https://dx.doi.org/10.1002%2Fwps.20442>
- Hayes, S. C., Pistorello, J. y Levin, M. E. (2012). Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist*, 40(7), 976-1002. <https://doi.org/10.1177/0011000012460836>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. y Willson, K. G. (2014). *Terapia de Aceptación y Compromiso. Proceso y práctica del cambio consciente (Mindfulness)*. Bilbao, España: 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(1), 49-60. [https://doi.org/10.1002/1520-6696\(198601\)22:1%3C49::AID-JHBS2300220106%3E3.0.CO;2-K](https://doi.org/10.1002/1520-6696(198601)22:1%3C49::AID-JHBS2300220106%3E3.0.CO;2-K)
- Leung, G. S. M. y Khor, S. H. (2017). Gestalt Intervention Groups for Anxious Parents in Hong Kong: A Quasi-Experimental Design. *Journal of Evidence-Informed Social Work*, 14(3), 183-200. <https://doi.org/10.1080/023761407.2017.1311814>
- Luciano, C. (2016). Evolución de ACT. *Análisis y Modificación de Conducta*, 42(165-166), 3-14. <https://doi.org/10.33776/amc.v42i165-66.2791>
- Luciano, C. (2017). The self and responding to the own's behavior. Implications of coherence and hierarchical framing. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 17(3), 267-275.

- Luborsky, L., Singer, B. y Luborsky, L. (1975). Comparative Studies of Psychotherapies: Is It True That "Everyone Has Won and All Must have Prizes"? *Archives of General Psychiatry*, 32(8), 995-1008. <http://doi.org/b3nrh5>
- Naranjo, C. (2017). *Terapia Gestalt. Actitud y práctica de un experiencialismo ateoórico*. Barcelona, España: La Llave.
- Peñarrubia, F. (2008). *Fundamentos de Terapia Gestalt. La vía del vacío fértil*. Madrid, España: Alianza Editorial.
- Pérez-Álvarez, M. (2019). La psicoterapia como ciencia humana, más que tecnológica. *Papeles del psicólogo*, 40(1), 1–14. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2019.2877>
- Perls, F. (1998). *Sueños y existencia*. Buenos Aires, Argentina: Cuatro Vientos.
- Perls, F. (2007). *Yo, hambre, y agresión*. Madrid, España: Los libros del CTP.
- Perls, F. (2008). *Dentro y fuera del tarro de la basura*. Buenos Aires, Argentina: Cuatro Vientos.
- Polster, M. y Polster, E. (1991). *Terapia gestáltica*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Raffagnino, R. (2019). Gestalt Therapy Effectiveness: A Systematic Review of Empirical Evidence. *Open Journal Of Social Sciences*, 7(6), 66-83. <https://doi.org/10.4236/jss.2019.76005>
- Rams, A. (2013). *Clínica gestáltica*. Barcelona, España: La Llave.
- Törneke, N., Luciano, C., Barnes-Holmes, Y. y Bond, F. (2015). Relational Frame Theory and three core strategies in understanding and treating human suffering). En R. D. Zettle, S. C. Hayes, D. Barnes-Holmes y A. Biglan (Eds.), *The Wiley Handbook of Contextual Behavioral Science* (pp. 254-272). Nueva Jersey, NJ: WileyBlackwell.
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14(3), 270-277. <https://doi.org/10.1002/wps.20238>
- Wilson, K. G. y Luciano, C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento orientado a los valores*. Madrid, España: Pirámide.
- Young, J. (1999). *Reinventing Your Life*. Nueva York, NY: Plume.