

PRINCIPIOS TERAPÉUTICOS Y POSIBILIDADES CLÍNICAS DE LA «PSICOTERAPIA ANALÍTICA FUNCIONAL»

Carmen Rodríguez-Naranjo
Universidad de Málaga

El análisis de la conducta clínica supone actualmente una contribución conceptual relevante para el progreso de la psicoterapia. Entre sus desarrollos más recientes se encuentra la Psicoterapia Analítica Funcional (PAF). En la PAF, se aplica el análisis de la conducta a los intercambios verbales que se producen entre cliente y terapeuta en la sesión clínica. En este artículo se revisa la PAF en relación a sus principios básicos, eficacia y aplicaciones clínicas. Asimismo, se ejemplifica el análisis de la relación terapéutica que caracteriza a la PAF en su aplicación sobre los trastornos de personalidad. Por último, se analiza su influencia en el campo general de la terapia de conducta.

Therapeutical principles and clinical possibilities of «functional analytic psychotherapy». The analysis of clinical behavior means a relevant conceptual contribution to the progress of psychotherapy at the present time. The Functional Analytic Psychotherapy (FAP) is one of its most recent developments. In FAP, analysis of behavior is applied to the verbal interchanges that occur in clinical sessions between client and therapist. In this paper, we examine FAP as regards its basic principles, effectiveness and clinical applications. We also exemplify the analysis of the therapeutic relationship that characterizes FAP when applied to personality disorders. Finally, we analyze its influence on the general field of behavior therapy.

La *Psicoterapia analítica funcional* (PAF, en adelante) es una forma de terapia externa que se concibe desde la lógica del conductismo radical y que se utiliza para tratar ciertos problemas de los clientes adultos. Sus raíces en la filosofía conductual radical suponen que el aspecto central de su posición epistemológica va a ser focalizarse en la conducta por un interés “temático” en la misma, a diferencia de su consideración

frecuente como un recurso “metodológico” para la legitimación científico natural de la disciplina en general (Fuentes Ortega, 1992), y de la “terapia de conducta mediacional” en particular. Como indica Pérez Álvarez (1995), esta última habría dado cabida lógica a la inclusión de variables cognitivas en la explicación y el cambio de conducta. En discrepancia con el enfoque mediacional, y en consonancia con el enfoque del conductismo radical, en la PAF se va a utilizar el término “conducta” para referirse a las acciones privadas como son pensamientos, sentimientos o intenciones, alejándose así de cualquier explicación psi-

Correspondencia: Carmen Rodríguez-Naranjo
Facultad de Psicología. Departamento Psicología Social
y de la Personalidad
Campus de Teatinos, s/n.. 29071 Málaga (Spain)
E-mail: R-NARANJO@ccuma.uma.es

cológica que sitúe a los procesos mentales como causantes de la conducta, posición que es tildada de “dualista” (Hayes, 1987) desde este marco conceptual.

Esta forma de terapia se aviene con el análisis funcional de la conducta. Se supone que el análisis de las funciones que cumple la conducta del cliente va a indicar sus posibles estrategias de control. Se sigue en definitiva la lógica de la modificación de conducta operante. Lo novedoso en la PAF va a ser que se ocupa de alterar las funciones de la “conducta clínicamente relevante” del cliente que se produce en la sesión terapéutica, y esto como medio para cambiar la “conducta real” que es objeto de tratamiento. Esta forma de actuar se va a fundamentar en dos factores clave: el reforzamiento y la conducta verbal. En primer lugar, es un principio bien conocido del reforzamiento que cuanto más inmediatas y cercanas sean las consecuencias respecto a una conducta, mayor será su efecto. En la sesión de terapia, la consecuencia más inmediata y cercana de la conducta del cliente va a ser la reacción del terapeuta (Kohlenberg y Tsai, 1987). En segundo lugar, la PAF se va a ocupar de la “conducta verbal”, considerándola como el principal material clínico que se genera en la sesión de terapia.

En su obra *Conducta verbal* (1957), Skinner ya intentaría definir funcionalmente este tipo de conducta: “Al definir la conducta verbal como conducta reforzada a través de la mediación de otras personas, no pretendemos, ni podemos, especificarla en ninguna forma, modo o medio” (p. 14). Esta definición funcional de la conducta verbal supone que el medio social del sujeto va a proporcionar reforzamiento diferencial por la correspondencia entre los acontecimientos y el relato que el sujeto hace de ellos. Esto es lo que Skinner denominaría “control de la audiencia” sobre la conducta verbal. Por ejemplo, una madre puede sugerir a su hijo que “le diga a papá dónde fui-

mos esta mañana” y proporcionarle, así, un *feedback* correctivo tras su relato.

Se sostiene que una instrucción verbal va a constituirse en regla de conducta en la medida en que funcione como estímulo discriminativo, de modo que su efectividad para controlar la conducta va a depender del tipo de consecuencias que se siguen por comprometerse o no con la conducta especificada en la regla (Skinner, 1969). De este modo, la conducta de una persona va a estar mediada por su “historia verbal” específica de consecuencias sociales recibidas por la correspondencia formal entre los estímulos verbales antecedentes y la conducta implicada (por ejemplo, cuando la conducta de un hijo se ve determinada porque su padre le amenaza de una forma consistente para que se esté quieto). En este caso, las amenazas funcionarían como “mandos” que especifican o implican consecuencias aversivas por su incumplimiento. En este sentido, es de gran relevancia clínica tener en cuenta que las reglas o “mandos” no siempre se formulan de forma directa, sino que un “mando” puede estar también encubierto en un comentario aparentemente descriptivo, por ejemplo, cuando un hombre dice (a modo de “tacto”) a su novia el contenido calórico de un postre o comenta sobre el atractivo de una actriz de cine delgada, insinuando sutilmente el “mando”, “no te pongas gorda o te retiraré mi afecto”. En estos ejemplos se plasma, en definitiva, la noción de la “conducta gobernada por reglas”, cuyo potencial podría ser el de llegar a suplantar el efecto de las propias contingencias de reforzamiento (Luciano, 1993).

Por otra parte, es especialmente relevante para la PAF que el análisis que se lleva a cabo de las “conductas clínicamente relevantes” y de las actuaciones terapéuticas parte del principio de “equivalencia decir-hacer”; es decir, de la conducta verbal con su referente no verbal. Este principio de equivalencia significaría, siguiendo a Catania, Mathews y Shimoff (1990), que mol-

dear lo que la gente dice acerca de lo que hace parece ser una forma más efectiva de cambiar su conducta que, incluso, si se moldea la conducta directamente y, desde luego, que si se le dan las instrucciones para que lo haga. Desde este punto de vista, se deriva la estrategia de la PAF de aplicar las contingencias oportunas para alterar la conducta verbal y cambiar, por este medio, la conducta no verbal. En lo que sigue, se revisa este procedimiento terapéutico prestando una especial atención a los matices diferenciales que presenta con respecto a las restantes formas de terapia de conducta.

Elementos definitorios de la PAF

La PAF es una forma de terapia de conducta que se basa en el uso de estrategias de moldeamiento directo para la modificación de conductas problemáticas (Hayes, Kohlenberg y Melancon, 1989). El presupuesto básico en el que se apoyan sus estrategias va a ser considerar que la exploración de las reacciones del cliente hacia el terapeuta puede proporcionar en muchos casos una muestra representativa de sus dificultades y aun el más saliente y efectivo objetivo de cambio (Kohlenberg y Tsai, 1991). Se conceptualizan así las “conductas clínicamente relevantes” que se producen en el seno de la relación terapeuta-cliente, vistas por tanto como una oportunidad importante de producir cambios terapéuticos significativos en el contexto de la propia sesión, como esclarece Pérez Álvarez (1996), bien llamada así terapéutica.

Se presentan a continuación los dos elementos esenciales del proceso de la PAF: se conceptualizan las “conductas clínicamente relevantes” y se formalizan las pautas que guían la actuación del terapeuta.

Conductas clínicamente relevantes (CCRs)

Como se ha dicho, en la PAF se considera que la sesión terapéutica es una situación

que da lugar a las CCRs; y que es, consecuentemente, la ocasión propicia para proporcionar las ayudas oportunas. Las CCRs se clasifican en tres tipos: los problemas del cliente que se manifiestan en la sesión (CCR1), las mejorías del cliente que se producen en la sesión (CCR2) y las explicaciones que proporciona el cliente acerca de su conducta (CCR3).

CCR1: Ejemplos reales de conducta durante la sesión terapéutica que son ocurrencias del problema clínico

Cualquier persona con determinado tipo de problemas probablemente manifieste en la sesión terapéutica conductas significativamente relacionadas con dichos problemas. Por ejemplo: (1) Una cliente con dificultades importantes en la relación social que se queja de no tener amigos y de no saber cómo hacerlos, y que muestra en consulta las siguientes conductas: evita el contacto ocular, responde a las cuestiones hablando de una forma lenta y sin centrarse en la cuestión, tiene una crisis tras otra y demanda atenciones, se muestra enfadada hacia el terapeuta por no tener todas las respuestas, y frecuentemente se queja de que la vida no merece la pena y de que ella es una persona despreciable. (2) Un hombre que sufre de ansiedad a hablar, y que se pone a temblar ante su terapeuta y es incapaz de hablar durante la sesión.

Si el tratamiento es efectivo, conforme avanza debería ir disminuyendo la ocurrencia de estas CCRs.

CCR2: Mejorías del cliente que ocurren durante la sesión terapéutica

En la PAF se considera que si los problemas del cliente se presentan durante la sesión, también cabe que se produzcan mejorías conforme se desarrolla la acción terapéutica. Por ejemplo, un cliente con dificultades

graves en la interacción social y que se muestra continuamente temeroso, y que cuando avanza el tratamiento modifica una cita o cualquier otro aspecto de la situación terapéutica, esta conducta constituye una CCR2.

A partir de lo dicho hasta aquí en torno a las CCRs, resulta evidente la importancia que en la PAF va a tener la habilidad del terapeuta para discriminar las CCRs relacionadas con las perturbaciones emocionales y de conducta del cliente, la importancia que va a tener la habilidad del terapeuta para facilitarlas y después bien extinguirlas bien moldear las aproximaciones a las conductas apropiadas en el ambiente terapéutico, y además para crear el arreglo de contingencias que faciliten sus respectivas extinción y reforzamiento positivo natural en el ambiente diario del cliente y asegurar, así, la generalización. Las CCR3 que se revisan a continuación van a tener que ver, justamente, con el asunto de la generalización.

CCR3: Los repertorios verbales del cliente que se corresponden con su propia conducta clínicamente relevante y con las variables controladoras

Los clientes presentan habitualmente razones y explicaciones de su conducta. En la PAF, en tanto que terapia operante, van a interesar en primer lugar las explicaciones de las causas de la conducta en términos de sus antecedentes funcionales, y de las contingencias de reforzamiento o motivaciones de las que depende. En segundo lugar, van a ser también especialmente significativas las interpretaciones del cliente sobre la posible generalización del cambio realizado en la relación terapéutica hacia las relaciones reales en su vida cotidiana.

Según esta lógica, los terapeutas ofrecen explicaciones sobre las causas y motivaciones de la conducta del cliente en términos de las contingencias de reforzamiento de las que ésta depende. También analizan la posible

generalización a otras situaciones del cambio conseguido en la relación terapéutica.

Evaluación

Siguiendo el proceder del análisis funcional clásico, en la PAF se organiza la información de evaluación en un análisis preliminar de las dificultades del cliente en términos de los principios conductuales con objeto de identificar condiciones antecedentes y consecuentes que llevan a una conducta problemática. Se generan, así, hipótesis sobre las variables clínicamente relevantes relacionadas con el problema.

En lo que se refiere a la conducta verbal, las relaciones verbales se definen funcionalmente a partir de su sensibilidad al contexto. En este sentido, una vez identificadas las variables clínicamente relevantes, la tarea específica que en la PAF se requiere al terapeuta se basa en las tres funciones de estímulo que se señalan en el conductismo radical: discriminativa, evocadora y reforzante. En la medida en que las CCRs sean reforzadas en la sesión de terapia, se va a favorecer que la sesión se constituya en estímulo discriminativo para las mismas, aumentando así la probabilidad de que sean realizadas. Para que ello pueda tener lugar, el terapeuta bien identifica que una CCR1 está ocurriendo en un momento particular, bien presenta una situación preparada para evocarla. A continuación, el terapeuta pregunta al cliente si esa conducta, detectada previamente como problemática, está ocurriendo en la sesión clínica.

Una vez identificadas y elicitadas las conductas problemáticas, e identificadas sus variables controladoras, se pasa a la intervención propiamente dicha.

Reglas terapéuticas de la PAF

Las técnicas de la PAF se describen en forma de reglas de actuación del terapeuta,

que se exponen a continuación (Kohlenberg y Tsai, 1987):

Regla nº 1: Desarrolle un repertorio para observar posibles manifestaciones de CCRs que ocurren durante la sesión de terapia

Como ya hemos visto, el elemento fundamental de la PAF es el dirigir la atención hacia las CCRs que ocurren durante la sesión de terapia. Encontramos que si bien es difícil observar estas conductas al darse en la propia relación terapéutica, también es cierto que si el terapeuta no capta las CCRs que ocurren durante la sesión, no será posible reforzar las mejorías en el momento en que éstas ocurran. Es por ello que seguir esta regla es algo absolutamente fundamental en la PAF, si bien el seguirla va a implicar que el terapeuta discrimine aquellas conductas que sean realmente más significativas en relación al problema del cliente.

Regla nº 2: Construya un ambiente terapéutico que evoque la ocurrencia de CCR1

Según Kohlenberg y Tsai, las CCR1 ocurren frecuentemente en terapia sin que el terapeuta tome especiales medidas. En cualquier caso, se considera conveniente fomentarlas, para lo cual según el proceder lógico de la PAF la relación ha de convertirse en estímulo discriminativo de dichas CCRs. Por ejemplo, si la evaluación indica que el cliente necesita aprender a comportarse con una mayor intimidad en las relaciones sociales, la conducta del terapeuta debería evocar las conductas del cliente que previenen el desarrollo de una mayor intimidad en la relación terapéutica (CCR1). No basta, en definitiva, con atender a las posibles CCR1 que espontáneamente se producen en las primeras fases de la terapia, sino que éstas deben propiciarse generando un ambiente evocativo en base a la similitud funcional, y sobre todo al reforzar su consecución.

Regla nº 3: Tome medidas para el reforzamiento positivo de las mejorías (CCR2)

En cualquier procedimiento de modificación de conducta, los terapeutas deben observar directamente y definir conductualmente no sólo el problema del cliente y las conductas meta de la intervención, sino también las mejorías que éste muestra durante las sesiones de tratamiento. En la PAF, la mejoría se define como el cambio de conducta que ocurre bajo las condiciones estímulares que ocasionaban previamente las conductas problemáticas. El terapeuta debe reforzar estas mejorías, si bien siendo lo más natural posible en la aplicación del reforzamiento (por ejemplo, mostrando atención hacia el contacto ocular del cliente adulto), en lugar de utilizar procedimientos de reforzamiento que son arbitrarios para la interacción social y, por tanto, de eficacia limitada.

Esta pauta es la misma que se sigue cuando se aplica el moldeamiento sobre los repertorios deficitarios de conducta en sujetos gravemente perturbados. Por ejemplo, cuando se consigue que un sujeto autista diga la palabra 'nariz' en respuesta a la pregunta del terapeuta, ¿esto qué es?, el terapeuta procura asegurarse que su reacción sea con mucha probabilidad reforzante al sujeto porque en ese caso la respuesta 'nariz' es un ejemplo importante de CCR.

Kohlenberg y Tsai (1987, 1991) aconsejan seguir las siguientes pautas en la aplicación de reforzamiento:

- (1) El terapeuta debería aplicar el reforzamiento natural a una clase amplia de conductas definidas por su función en lugar de aplicarlo a ejecuciones específicas definidas por su forma. La idea es que sin tener que definir los componentes de, por ejemplo, "ser capaz de comportarse con intimidad en las relaciones con otras

personas” o “ser asertivo”, los terapeutas moldean las manifestaciones del cliente de dicha habilidad.

- (2) De esto se deriva la segunda pauta, según la cual el terapeuta debería ajustar sus expectativas a los repertorios actuales del cliente, siguiendo así la lógica de “moldear” las aproximaciones hacia las conductas deseadas.
- (3) En ciertas situaciones, el terapeuta ha de amplificar sus reacciones reforzantes ante los cambios del cliente para que así éstas resulten más salientes y aumenten su potencial efecto sobre la conducta del cliente. Por ejemplo, imaginemos el caso de un cliente con grandes dificultades para establecer relaciones personales cercanas, y cuyo incremento en su cercanía hacia el terapeuta genera en este último una predisposición a actuar con mayor confianza y también sentimientos de mayor cercanía. A causa de que probablemente el cliente no discrimina estas reacciones, el terapeuta describe su reacción privada y dice, por ejemplo: “Me siento más cercano a ti ahora, cuando me confías tu visión de tu relación de pareja”. Si no se amplifican, estas reacciones apenas podrían tener efectos reforzantes sobre la conducta del cliente que las causó.
- (4) El terapeuta ha de ser consciente de que la relación terapéutica tiene un poder único para el beneficio del cliente. Su potencial reforzante va a depender, básicamente, de lo siguiente: (a) de que preste atención y sea paciente para que no se le escapen aquellas conductas que ha de reforzar. Las mejorías pueden, de hecho, producirse de formas muy diferentes, por lo que el terapeuta debe ser consciente de cuáles son las con-

ductas que debe reforzar. Y (b) de que sea natural en la aplicación del reforzamiento y constantemente evalúe su impacto en el cliente. Este último aspecto va a configurar la siguiente regla de actuación en la PAF.

Regla nº 4: Observe las propiedades potencialmente reforzantes de su conducta como terapeuta que son contingentes con las ocurrencias de la CCR del cliente

Esta regla se deriva directamente de los principios del análisis de la conducta que enfatizan la importancia de los efectos de las consecuencias de la conducta sobre las probabilidades futuras de esa conducta. Así, observar la cualidad reforzante de la relación puede tener efectos importantes sobre los resultados terapéuticos, sobre todo en la medida en que va a permitir al terapeuta ajustar su conducta en función de los efectos que va produciendo en la conducta del cliente.

Recapitulando, se observa que en las reglas 3 y 4 se enfatiza el papel del terapeuta como potencial agente reforzante de las conductas del cliente que significan una mejoría. Es, en este momento, el asunto de la generalización a otras situaciones el que inmediatamente asaltaría a los terapeutas de conducta, el cual se aborda directamente en la última regla del proceder terapéutico de la PAF.

Regla nº 5: Desarrolle un repertorio para describir las relaciones funcionales entre las variables controladoras y la CCR del cliente

De acuerdo a la PAF, fortalecer aquellas interpretaciones del cliente que describen de forma precisa las relaciones funcionales en las que se encuentran implicadas sus CCRs incrementa su contacto con las variables que controlan estas conductas y aumenta,

así, las oportunidades del cliente de cambiar en la dirección deseada. Se trata de crear un contexto en el que, por ejemplo, las emociones no sean vistas por el cliente como ocurrencias azarosas, sino más bien como el resultado de acontecimientos discriminables reales, que pueden así ser reducidos o incrementados. Si bien se sigue la lógica de ofrecer al cliente los resultados del análisis funcional, el terapeuta no va a ofrecer una "explicación racional" programada en un momento discreto de la intervención, sino que va a aprovechar para "clarificar las relaciones de contingencia" aquellas ocasiones en que, al hacerse saliente el efecto de estas variables en la conducta del cliente, se facilita su comprensión.

Complementariamente, en la PAF también se van a facilitar y reforzar las verbalizaciones del cliente en torno a las equivalencias entre los eventos que ocurren dentro de la sesión y sus acciones prácticas fuera de la sesión. Kohlenberg y Tsai postulan que, de este modo, se promueven y moldean las "equivalencias funcionales" entre lo que se dice dentro de la sesión clínica y lo que se hace en la vida cotidiana. Por ejemplo, si el cliente se comporta más asertivamente en la sesión y se trata de promover acciones asertivas, sería conveniente hacerle ver al cliente dicho incremento, preguntarle y, en su caso, reforzarle naturalmente por la ocurrencia de acciones similares en su vida cotidiana.

Eficacia y ámbitos de aplicación

Hasta el momento, el único aval empírico de la PAF es la formulación de casos en los que se especifican su proceder y su efectividad. Si bien se apoya en una serie de presupuestos la mayoría de los cuales han sido probados en condiciones de laboratorio (sobre el control discriminativo de la conducta, Luciano, 1992; sobre el hallazgo de relaciones de equivalencia, se encuentra una revisión

exhaustiva en Valero y Luciano, 1992; y en particular sobre conducta verbal, Luciano, 1993), la extensión de sus aplicaciones más allá de estas condiciones sitúa estas estrategias en el lugar de hipótesis que han de ser probadas empíricamente.

Entre los casos en los que se informa haber utilizado la PAF, Kohlenberg y Tsai (1987, 1991, 1994) refieren su utilización exitosa con personas que presentan dificultades importantes en los procesos de interacción social y deficiencias en auto-estima. En cuanto a categorías diagnósticas, con frecuencia se hace referencia a sujetos diagnosticados con personalidad-límite y depresiones recurrentes, los cuales suelen informar sentirse temerosos, ansiosos y fuera de control, a la vez que se muestran frecuentemente malhumorados, explosivos y verbalmente insultantes. Por la lógica del procedimiento, debería ser en definitiva aplicable a aquellos problemas susceptibles de presentarse en la sesión terapéutica, entre los que Pérez Álvarez (1995) enumera: miedo al abandono, rechazo, dificultades para expresar sentimientos, afectos inapropiados, hostilidad, sensibilidad a la crítica, ansiedad social, compulsividad obsesiva y trastornos del yo; dimensiones de la interacción social que, en definitiva, se presentan en buena parte de los problemas del cliente externo.

Los problemas del yo como ejemplo de aplicación

Kohlenberg y Tsai (1991) proponen una formulación conductual de los problemas del yo o trastornos de personalidad al ser éstos los problemas para los que puede resultar más útil esta forma de terapia. En concreto, clasifican las perturbaciones del yo en un continuo de "leves" a "graves" sobre la base del control privado del 'yo'; es decir, del control privado del individuo sobre sus respuestas que tienen como sujeto el 'yo' (por ejemplo, "yo quiero", "yo siento",

etc.), denominadas respuestas 'Yo X'. En el desarrollo normal, el 'yo' se encuentra bajo el control estimular del 'lugar' en el que se producen las actividades como ver, querer, sentir o pensar. Así, el 'yo' emerge como unidad funcional a partir de un gran número de unidades 'Yo X' que se encuentran bajo control privado, dando lugar a que el 'sí mismo' sea experimentado como relativamente estable y continuo. Complementariamente, cuanto mayor sea el rango de respuestas 'Yo X' que no se encuentran bajo control privado, más problemas experimentará el sujeto en la experiencia de 'sí mismo'. En el extremo, los problemas graves del 'sí mismo' se corresponden con una falta de control privado sobre numerosas unidades 'Yo X'.

La gente con perturbaciones del yo de leves a moderadas si bien presentan un número sustancial de respuestas 'Yo X' que son evocadas por estímulos privados, también presentan un número significativo de tales respuestas bajo un total o parcial control público. No se incluyen aquí las personas que saben lo que quieren o sienten pero tienen dificultades en la expresión asertiva, sino aquellas personas que tienen dificultad para saber lo que quieren o sienten, es decir, para producir un "Yo quiero X" o "Yo siento X" en la ausencia de otra persona que actúe como estímulo discriminativo para este tipo de respuestas. En estos casos, el problema del yo se experimenta como la dificultad en saber lo que uno quiere o siente.

Efectivamente, las personas con un 'yo' inestable muestran habitualmente una extrema sensibilidad hacia las opiniones de los otros, de tal forma que sus 'Yo X' que deberían estar bajo control privado realmente son controlados públicamente. Este sería el caso de una cliente que se siente bien consigo misma cuando está sola, pero lamenta "que se pierde a sí misma" cuando se implica en una relación. Además, en estas perso-

nas las críticas de alguien significativo producen un cambio importante en su humor y actúan como estímulos discriminativos para cambios marcados en los pensamientos, sentimientos y puntos de vista que conforman sus 'Yo X'.

Respecto a los problemas graves del yo, Kohlenberg y Tsai proponen que éstos se fundamentan en un gran número de respuestas 'Yo X' bajo control público. Así, la afirmación "Me siento vacío", que es característica de los clientes diagnosticados con un trastorno de personalidad-límite, es consecuencia de una relativa ausencia de estímulos discriminativos privados que controlen las respuestas verbales que toman como sujeto el yo; y, por consiguiente, de la ausencia de control privado sobre un amplio rango de respuestas 'Yo X', tales como "Yo quiero", "Yo siento", "Yo necesito" o "Yo creo". La localización externa de estímulos que evocan el 'yo' se experimenta como despersonalización, y cuando estos estímulos externos están ausentes, el sujeto experimenta la ausencia o falta de yo. De este modo, la ausencia de estímulos que controlen la experiencia de yo se corresponde con el "vacío" del que se quejan estos sujetos. Y las contingencias no sólo afectarán directamente a las experiencias de "Yo quiero", "Yo siento", "Yo necesito" o "Yo creo", sino que también afectarán a la experiencia del 'yo' que emerge de ellas. Así, sólo cuando estas experiencias están controladas por estimulación pública aparece el sentido de yo.

El sentido discontinuo e inestable de "sí mismos" que caracteriza a los sujetos con personalidad-límite es el efecto de sus 'Yo X' controlados públicamente. En estos sujetos se observa que, efectivamente, es suficiente un pequeño cambio en la conducta de otras personas significativas para que se produzcan cambios notables en los pensamientos, sentimientos y puntos de vista que transmiten en sus 'Yo X'.

Intervención terapéutica

Al ser en estos clientes la falta de control privado una fuente básica de dificultades, el tratamiento consiste en proporcionar las contingencias naturales que fortalecen dicho control privado; es decir, proporcionar las contingencias naturales que fortalecen las CCR2 de 'Yo X' controlados privadamente. El terapeuta deberá reforzar cualquier afirmación por parte del cliente que sea una respuesta 'Yo X' bajo control privado, debiendo para ello tomarla seriamente, ser responsivo y dar muestras de aceptación.

Las pautas terapéuticas fundamentales son las siguientes:

Se ha de incrementar la probabilidad de que el cliente emita CCR2 que se corresponden con respuestas "Yo X" bajo control privado. Es decir, se favorecen las condiciones para que el cliente diga "yo pienso X" o "yo siento X" bajo el control de estímulos privados. Resulta esencial para ello que el cliente perciba que, sean cuáles sean sus respuestas, éstas serán aceptadas por el terapeuta y no recibirán aprobación o rechazo.

Se deben acoplar las reacciones del terapeuta al repertorio de control privado que presenta el cliente. Además de seguir así la lógica del moldeamiento, evitamos que en una excesiva ausencia de señales por parte del terapeuta el cliente experimente una "pérdida de sí mismo", y sus consecuencias negativas para el transcurso de la terapia.

Se deben reforzar tantas afirmaciones 'Yo X' del cliente como sea posible. Es muy importante tratar con respeto todas las ideas, intuiciones, teorías y creencias del cliente que difieren de las del terapeuta porque son precisamente estas conductas las que más probablemente se encuentran bajo control privado. La idea es, en definitiva, reforzar tantas "Yo X" como sea posible.

Por ejemplo, si el problema de "sí mismo" del cliente se relaciona con una falta de control privado sobre "Yo quiero", es crítico

co reforzar esta respuesta en la medida de lo posible. Entre otras estrategias, resulta conveniente que la terapia se vaya haciendo progresivamente menos estructurada para incrementar las ocasiones de evocar y, posteriormente, reforzar aquellas conductas verbales como "yo veo, yo tengo, yo siento o yo quiero", que en definitiva reflejan un control privado cuando se producen en ausencia de indicaciones ajenas.

En definitiva, es en estas situaciones, entre otras, en las que la relación terapéutica pasa a ser un constitutivo esencial de la terapia.

Valoración

Se presenta, para terminar, una valoración de esta forma de terapia a partir de analizar aquellos aspectos que se presentan como puntos fuertes y puntos débiles para su aplicación clínica.

Puntos fuertes de la PAF

- (1) El principal punto fuerte de la PAF se basa en la utilidad potencial de centrarse en los intercambios verbales que mantienen terapeuta y cliente desde un sistema conceptual coherente que permite formular unas directrices claras, lógicas y precisas a seguir paso a paso durante el transcurso de la terapia. Se contribuye así a superar la continua alusión que se hace en terapia de conducta al potencial terapéutico de la relación entre cliente y terapeuta en términos de "efectos inespecíficos" y a la frecuente formulación de consejos generales como el de que es conveniente generar una "buena alianza del terapeuta con su cliente" o "una buena relación" para obtener la cooperación del cliente durante el tratamiento.
- (2) Complementariamente, esta terapia, en la medida en que se basa en la in-

vestigación básica contemporánea en análisis de la conducta y, en particular, de la conducta verbal, se desvía de las corrientes principales de la intervención conductual que se fundamentan en los principios conductuales disponibles en los años cincuenta y sesenta.

- (3) Frente al uso restringido del análisis aplicado de la conducta en ámbitos institucionales, el análisis de las reacciones del terapeuta hacia el cliente se presenta como una herramienta terapéutica de potenciales beneficios en numerosas situaciones clínicas en las que se ejerce poco control sobre las “contingencias reales” de reforzamiento y en las que la forma principal de intervención es el intercambio verbal que ocurre en la sesión de terapia (Dougher, 1993; Kohlenberg, Tsai y Dougher, 1993). En particular, la PAF se presenta prometedora en aquellos casos de trastornos de la personalidad, llamados aquí trastornos del yo, que son un desafío para la terapia de conducta. En estos casos, los repertorios de relación interpersonal se encuentran seriamente perturbados, siendo habitualmente insuficientes las instrucciones como herramienta terapéutica para cambiar la conducta social. En definitiva, estos posiblemente son problemas idóneos para que la sesión terapéutica funcione como un “laboratorio” en el que se moldeen las conductas y habilidades sociales efectivas.

Por otra parte, algunos trastornos de personalidad también se caracterizan por la dificultad del cliente para regular sus emociones negativas y por ser frecuentemente insuficientes para su tratamiento las estrategias que se basan en formular instrucciones de autocontrol sobre pensamientos y emociones negativas. Es por ello que la promoción de contingencias en el

dominio interpersonal terapeuta-cliente se puede utilizar justamente con el fin de facilitar el desarrollo del “control privado”. En estos casos, la relación terapeuta-cliente pasaría de ser una mera relación de trabajo o colaboradora para aplicar las técnicas, como es suficiente en otros muchos casos, a jugar un papel especialmente importante para producir el cambio terapéutico.

- (4) En cuanto a su integración en el campo general de la terapia de conducta, la PAF es, efectivamente, terapia de conducta en tanto que se preocupa por la validez empírica de sus resultados. Se describen operativamente sus procedimientos y en sus presupuestos se encuentra presente contrastar los efectos de sus intervenciones específicas, y su eficacia global, de una forma objetiva y experimental. Si atendemos a su proceder lógico, este enfoque puede suponer además un enriquecimiento de la terapia de conducta. En tanto que las conductas verbales del cliente en consulta van a ser conceptualizadas como operantes clínicamente relevantes, van a suponer una oportunidad importante de producir cambios terapéuticos significativos en la propia sesión de tratamiento. El lenguaje se toma, en definitiva, como una herramienta terapéutica clave en el seno de la relación terapeuta-cliente, superándose así la consideración del mismo como representación directa del mundo real que ha llevado, en la terapia de conducta, a que se limite la sesión terapéutica a representar, hablando de ellos, los problemas de los clientes que ocurren en la vida real; y a proponer, ensayar y programar como tareas para casa sus posibles soluciones.

Puntos débiles de la PAF

- (1) Cabe argumentar, siempre desde la lógica hipotético-deductiva, que las CCRs son hipótesis a ser exploradas, y que su relevancia clínica real necesita ser demostrada, no asumida.
- (2) En la PAF, el terapeuta evita utilizar instrucciones o “reglas” para crear cambios en la conducta, al considerar que dichas reglas pueden producir conductas funcionalmente diferentes a aquéllas que son moldeadas (Azrin y Hayes, 1984; Hayes, Kohlenberg y Melancon, 1989). Se considera, por tanto, un inconveniente que cuando se proporcionan instrucciones terapéuticas para el cambio de conducta (por ejemplo, para el cambio de la conducta social), estas instrucciones pasen a controlar la conducta del cliente en lugar de potenciar que ésta esté bajo el control directo de la experiencia, principalmente de la situación social en la que el sujeto se encuentra. Son dos los comentarios críticos que asaltan más inmediatamente respecto a este planteamiento. Primero, esta preocupación por facilitar que operen sobre la conducta las contingencias reales de reforzamiento supone la confianza en que estas contingencias van a ser siempre beneficiosas, ignorando que las contingencias naturales en muchas ocasiones lo que hacen es dificultar que el sujeto realice conductas apropiadas (por ejemplo, respecto a la conducta asertiva, o a la exposición ante situaciones ansiógenas) y elicitan conductas inapropiadas pero altamente reforzantes (por ejemplo, el consumo de drogas). En segundo lugar, con este proceder se ignora que en muchas ocasiones los problemas de los clientes son sensibles a las simples ins-

trucciones, sobre todo aquellos relacionados con la falta de información (por ejemplo, sobre aspectos de salud). En este sentido, Meichenbaum (1974) ha desarrollado y mostrado la eficacia de la intervención basada en el uso de auto-instrucciones para el control de la conducta. Además, incluso desde la propia noción skinneriana de conducta gobernada por reglas, se sostiene que una regla puede servir para establecer el momento, lugar y otras condiciones antecedentes apropiadas para la conducta; su topografía, es decir, frecuencia, duración y otras características de la clase de respuestas; y anticipar el tipo, cantidad y cualidad de sus consecuencias.

En conclusión de todo lo expuesto, es indudable el valor fundamental de la *Psicoterapia Analítica Funcional*, que consiste en resaltar la utilidad potencial de centrarse en la relación terapéutica para producir cambios significativos en la conducta. Esta consideración de la conducta verbal del cliente como “conducta clínicamente relevante” en relación a sus perturbaciones emocionales y de conducta abre la posibilidad de facilitarla en el ambiente terapéutico y después moldearla en el mismo contexto con contingencias diferenciales apropiadas, y de potenciar su generalización.

Por otra parte, este planteamiento se hace desde un sistema conceptual coherente que hace disponibles una serie de pautas claramente definidas para que el terapeuta maneje su relación con el cliente hacia la consecución de los objetivos terapéuticos. Si bien este aspecto de la intervención queda ajeno a la lógica de la terapia de conducta, desde este mismo contexto se reconoce que en muchos casos la relación terapéutica es la máxima responsable del cambio conductual. En definitiva, este enfoque ofrece a la terapia de conducta las reglas oportunas para optimizar el potencial terapéutico de la relación terapeuta-cliente, y su incorporación al discurso científico.

Referencias

- Azrin, R., y Hayes, S. C. (1984). The discrimination on interest within a heterosexual interaction: Training, generalization, and effects on social skills. *Behavior Therapy*, 15, 173-184.
- Catania, A. C., Mathews, B. A., y Shimoff, E. H. (1990). Properties of rule-governed behaviour and their implications. En D.E. Blackman y H. Lejeune (Eds.), *Behaviour analysis in theory and practice*. (pp. 215-230). Hillsdale, NJ: LEA.
- Dougher, M. J. (1993). Clinical behavior analysis. Introduction. *The Behavior Analyst*, 16, 269-270.
- Fuentes Ortega, J.B. (1992). Conductismo radical versus conductismo metodológico: ¿Qué es lo radical del conductismo radical?. En G. Roales, M.C. Luciano, y M. Pérez (Comp.), *Vigencia de la obra de Skinner*. Granada: Publicaciones de la Universidad de Granada.
- Hayes, S. C. (1987). A contextual approach to therapeutic change. En N.S. Jacobson (Ed.), *Psychotherapists in clinical practice. Cognitive and behavioural perspectives*. (pp. 327-387). Nueva York: The Guilford Press.
- Hayes, S. C., Kohlenberg, B. S., y Melancon, S. M. (1989). Avoiding an altering rule-control as a strategy of clinical intervention. En S. C. Hayes (Ed.), *Rule-governed behavior. Cognition, contingencies and instructional control*. (pp. 359- 386). Nueva York: Plenum Press.
- Kohlenberg, R. J., y Tsai, M. (1987). Functional analytic psychotherapy. En N.S. Jacobson (Ed.), *Psychotherapists in clinical practice: Cognitive and behavioral perspectives*. (pp. 388-443). Nueva York: Guilford.
- Kohlenberg, R. J., y Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy*. Nueva York: Plenum.
- Kohlenberg, R. J., Tsai, M., y Dougher, M. J. (1993). The dimensions of clinical behavior analysis. *The Behavior Analyst*, 16, 271-282.
- Kohlenberg, R.J., y Tsai, M. (1994). Improving cognitive therapy for depression with functional analytic psychotherapy: Theory and case study. *The Behavior Analyst*, 17, 305-319.
- Luciano, M. C. (1992). Algunos significados asociados de los tópicos de investigación básica conocidos como relaciones de equivalencia, decir y hacer, y sensibilidad e insensibilidad a las contingencias. *Análisis y Modificación de Conducta*, 62, 805- 879.
- Luciano, M. C. (1993). La conducta verbal a la luz de recientes investigaciones. Su papel sobre otras conductas verbales y no verbales. *Psicothema*, 2, 351-374.
- Meichenbaum, D. (1974). *Cognitive behavior modification*. Nueva York: General Learning Corp.
- Pérez Álvarez, M. (1995). Pasado, presente y futuro de la terapia de conducta. *Boletín de Psicología*, 46, 37-94.
- Pérez Álvarez, M. (1996). *La psicoterapia desde el punto de vista conductista*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Skinner, B. F. (1957). *Verbal behavior*. Nueva York: Appleton- Century-Crofts.
- Skinner, B. F. (1969). *Contingencies of reinforcement*. Nueva York: Appleton-Century-Crofts.
- Valero, L., y Luciano, M. C. (1992). Relaciones de equivalencia: Una síntesis teórica y los datos empíricos a nivel básico y aplicado. *Psicothema*, 4, 413-428.

Aceptado el 12 de mayo de 1997