

Javier Virués Ortega, Alberto Descalzo Quero, José Fernando Venceslá Martínez

# ASPECTOS FUNCIONALES DE LA PSICOTERAPIA ANALÍTICO FUNCIONAL

FUNCTIONAL ISSUES IN FUNCTIONAL-ANALYTIC PSYCHOTHERAPY

## ■ *Resumen:*

Se considera una nueva psicoterapia de orientación conductual: la Psicoterapia Analítico Funcional. Se describen brevemente sus fundamentos teóricos, metodológicos y aplicados. Se discuten sus aspectos funcionales desde un punto de vista contextual.

*Palabras clave:* psicoterapia analítico-funcional, conductismo, análisis funcional, conducta gobernada por reglas.

## ■ *Abstract:*

A new psychotherapeutic approach from a behavioral view is considered: the Functional Analytic Psychotherapy. Its theoretical, methodological and applied foundations are described. Its functional characteristics are discussed from a contextual point of view.

*Key words:* Functional-Analytic Psychotherapy, behaviorism, functional analysis, rule-governed behavior.

## ■ INTRODUCCIÓN

En el presente documento los autores quisieran dar a conocer algunas nociones fundamentales sobre novedosas aproximaciones psicoterapéuticas aparecidas dentro del ámbito del conductismo radical o *ciencia de la conducta*. Para ello, trataremos de utilizar un lenguaje lo más sencillo posible no sin realizar previamente alguna advertencia. La *Psicoterapia Analítico Funcional* (Functional analytic psychotherapy, FAP), así como su hermana gemela, la *Terapia de Aceptación y Compromiso* (Acceptance and Commitment Therapy, ACT) se asocian a nivel teórico a una tradición de más de siete décadas de investigación desde los textos de B. F. Skinner (1) hasta los desarrollos recientes en el análisis funcional de la conducta verbal y en la reciente *Teoría del Marco Relacional* (2, 3, 4). Es pues, éste, un ámbito de alta especialización por lo que una disertación de vocación divulgativa, como quiere ser este artículo, pudiera obtener el efecto indeseado de dar una falsa apariencia de simplicidad. Para evitar esta consecuencia presentamos en primer lugar una introducción teórica sobre algunos conceptos de base reincidiendo una vez más en la conveniencia de ulteriores lecturas



para una correcta comprensión de esta temática (1, 5, 6, 7, 8, 9, 10), pues conceptos tan amplios como *análisis funcional del comportamiento verbal*, *comportamiento gobernado por reglas*, *clase funcional*, *equivalencia funcional*, *evitación experiencial*, entre otros, no pueden ser esclarecidos con total nitidez en un texto de esta naturaleza.

#### ■ ALGUNAS NOTAS TEÓRICAS

En 1957 aparece la obra *Verbal Behavior* de B. F. Skinner (1). En este trabajo, desarrollado durante más de veinte años, el autor nos presenta un nuevo abordaje del comportamiento verbal de acuerdo a la tradición operante impulsada por el mismo autor (11, 12). El lenguaje como una colección de comportamientos de naturaleza operante supuso una visión inédita frente a las aproximaciones formalistas al fenómeno del lenguaje de elevada tradición y actualidad en el pensamiento occidental (13, 14). La lingüística tradicional, la psicolingüística contemporánea de tradición cartesiana, así como la ciencia cognitiva han enfatizado el rol causal sobre el lenguaje de constructos explicativos internos al hablante tales como *creatividad*, *intención*, *capacidad gramatical*, entre otros. Algunas de estas áreas de conocimiento han virado en las últimas décadas hacia factores explicativos de más claro referente materialista, dirigiendo la atención al cerebro y el sistema nervioso. Nuevamente en este caso la causa se buscaba en el *interior* del hablante.

Skinner propuso un llamativo símil entre la evolución de las especies y el desarrollo ontogenético (15). En el caso de la filogenia desde Darwin hasta nuestros días parece establecido que la selección de los caracteres de los organismos es una cuestión de variación genética y selección natural. Ello permite la adaptación a un entorno cambiante a lo largo de la evolución de las especies. La teoría de Darwin nos libera de la necesidad de una entidad creadora como elemento teleológico o explicativo de la variabilidad genética. Transportando todo ello al comportamiento humano ¿se necesitaría recurrir a indefinidas entidades internas para explicar la variabilidad de la conducta? Para este caso, según Skinner, también hablaríamos de variación y selección como explicación del comportamiento, sólo que la selección en lugar de ser ejercida por la probabilidad de incrementar la descendencia, lo es por la probabilidad de acceso a unas determinadas *consecuencias reforzantes*. Se ha criticado de simplista a este mecanismo fundamental aseverando que sólo podría dar cuenta de aprendizajes sencillos, pero no de funciones superiores como el lenguaje, la imaginación, el autoconocimiento... Desmontar este argumento requeriría un artículo monográfico. Baste afirmar, continuando con el símil de la evolución, que la selección natural es un proceso universal con independencia de la complejidad del organismo, o del carácter sobre la que se ejerce, lo mismo cabría decir sobre las consecuencias que inciden su efecto con independencia de la complejidad aparente del

comportamiento al que suceden. Por otra parte, la investigación desarrollada en los últimos cincuenta años ha adquirido una complejidad teórica capaz de considerar los comportamientos más complejos –*pensar, imaginar, comportarse verbalmente, ser conciente de sí mismo*– sin renunciar al marco general del comportamiento operante (3, 6).

Hasta la aparición del ser humano la práctica totalidad del comportamiento operante de las especies se establecía por experiencia directa, se habla en este caso de *comportamiento moldeado por las contingencias*. Este es el caso, por ejemplo, de la adquisición del control de los músculos articulatorios por parte del bebe. Éste, en principio tiene una actividad fonatoria indiferenciada, siendo la exhibición de sonidos similares al habla reforzada por la *comunidad verbal* del niño aconteciendo un proceso de aproximaciones sucesivas que acaba con el control operante de la actividad muscular que hace posible el lenguaje. En el caso de una rata que aprende a pulsar una palanca a una determinada frecuencia, o de un fumador que llega a mantener un determinado nivel de nicotina en sangre el proceso es el mismo.

La aparición del lenguaje supone una revolución copernicana en el éxito evolutivo de la especie; el lenguaje nos permite acceder a estimulación distante en el tiempo y el espacio, manipularla simbólicamente, derivar aprendizajes hacia nuevos estímulos sólo por su relación con otros sin haber tenido experiencia directa con ellos, etc. Gracias al lenguaje el ser humano puede acumular en el plazo de una vida un repertorio de comportamientos mucho mayor del que sería posible mediante experiencia directa y aun engrosar este repertorio para generaciones futuras (la ciencia es sólo una de las manifestaciones de esta realidad). Con la aparición del lenguaje el ser humano puede «simbolizar» contingencias estén éstas relacionadas o no con los referentes reales que simbolizan. Llamamos a estas contingencias de carácter «simbólico» *reglas* y consideramos el proceso de construirlas como una conducta más. Cuando hablamos de *comportamiento gobernado por reglas* estamos haciendo referencia a la tendencia de un individuo verbal a seguir los comportamientos expresados en reglas verbales (relación conducta-conducta) (16).

Este concepto puede resultar obtuso ya que todos tenemos una larga experiencia en considerar el comportamiento privado (pensamientos, emociones, sensaciones, entre otros) como causas del comportamiento. «Me puso tan nervioso que tuve que decirle que se callara», «estaba tan angustiado que no pude ir al trabajo», «decidí que era el momento de actuar de modo que pasé a la acción». En todas estas oraciones, que podríamos extraer del uso convencional del lenguaje de cualquier sociedad occidental, está implícito el hecho de que un evento privado o una regla verbal («decidí que era el momento de actuar») *causan* el comportamiento. Desde un punto de vista funcional tanto el evento privado, la regla y la acción misma son todos *conducta* y el hecho de que atribuyamos causalidad de unos hacia otros es resultado de la experiencia repetida de contigüidad entre ambos fenómenos fruto de nuestra



historia de aprendizaje en la que probablemente se ha reforzado la congruencia entre decir-hacer, ó pensar-decir, ó sentir-hacer (1, 6). En realidad son sólo relaciones de *correlación*. La demostración de que en ningún caso se trata de relaciones causales es que estas relaciones no son del todo solidarias (no siempre hacemos lo que decimos) y una historia peculiar de aprendizaje puede conducir a relaciones contrarias (pensemos en un entorno familiar que censura la manifestación de sentimientos).

Retomando la naturaleza operante del lenguaje que presentamos y reflexionando sobre su proceso de adquisición, es difícil imaginar cómo alguien haya recibido a lo largo de su vida un reforzamiento sistemático y contingente para cada una de las miles de conductas que pueden exhibirse a lo largo de un sólo día. Esta observación es aún más clara cuando hablamos de conducta verbal ya que los elementos del lenguaje nos permiten realizar combinaciones de palabras virtualmente infinitas y que por supuesto no han recibido proceso de reforzamiento específico. Esta es una crítica apresurada que se ha realizado al análisis funcional de la conducta verbal (17). Hay que aclarar en este caso que la unidad del comportamiento no está definida en términos de comportamientos particulares, es decir, la unidad del comportamiento no se define *topográficamente*, sino que es de naturaleza funcional. Cuando hablamos de clase operante o de *clase funcional* nos referimos a todos los comportamientos (con independencia de su definición topográfica) que están bajo el control de una misma consecuencia. Delirar, pensar de manera obsesiva o intentar suicidarse son tres comportamientos de una apariencia muy distinta, sin embargo pueden estar bajo el control de una misma contingencia, por ejemplo evitar exponerse a estímulos privados verbales que generan altos niveles de malestar (18). Por lo que respecta a los procesos de reforzamiento, éstos afectan a toda la clase funcional que es reforzada, por ello el aprendizaje no requiere de experiencia directa con cada elemento de la clase, sino que bastan la experiencia con ciertos elementos de ella para que el proceso se extienda a todos los demás elementos. Por ejemplo, si un niño, después de una dilatada historia de privación de atención paterna, se sensibiliza al *reconocimiento de los demás* como reforzador potente, puede comportarse para acceder a esta consecuencia tratando de sacar buenas notas, anulando a posibles competidores, litigando por un cargo de alto prestigio social, etc., todos estos comportamientos serían ejemplares de igual clase funcional. Este hecho que afecta a todo el comportamiento presenta una realidad peculiar en el caso del comportamiento verbal.

Desarrollos recientes de la *Teoría del Marco Relacional* conducen a afirmar que la naturaleza del aprendizaje verbal es de carácter relacional. Ello significa que una función que se establezca para los elementos de una clase funcional se *deriva* a los restantes elementos de la clase sin necesidad de que éstos tengan experiencia directa con esa función. Este tipo de relaciones pueden ser de diverso tipo y están siendo actualmente establecidos mediante la investigación experimental (4). Consideremos un ejemplo citado por Wilson y Luciano (6):

«Javier *sabe* que «vestir de color rosa» es una característica de sensibilidad, y para él la sensibilidad es una propiedad reforzante, de modo que cuando observa a Ángela vestir de rosa *nota* que le gusta. Si por el contrario la «sensibilidad» se hubiera condicionado para él como una propiedad aversiva, Ángela vestida de rosa no sería del agrado de Javier, y en ambos casos estaríamos hablando de funciones derivadas por vía relacional (p. 57).»

Las *vía relacional* de derivación de funciones pueden ser muchas, la más estudiada es la de *equivalencia* que aparece en el ejemplo, pero han sido estudiadas otras (*comparación, oposición, temporalidad, etc.*). Una revisión sobre esta cuestión puede hallarse en la literatura (3, 4, 19, 20, 21).

#### ■ BREVE BOSQUEJO DE LA PSICOTERAPIA ANALÍTICO FUNCIONAL (FAP)

El contexto teórico y empírico considerado en el apartado precedente fue tomado muy en serio desde mediados de los ochenta por profesionales de la Psicología Clínica norteamericana. Estos autores observaron que el origen de muchos *trastornos psiquiátricos* radica en la naturaleza misma del lenguaje y de nuestra relación con los eventos privados. En este sentido, R. J. Kohlenberg y sus colaboradores (5, 7, 9) enfatizaron que el seguimiento patológico de reglas estaba presente en trastornos de muy diversa adscripción diagnóstica (depresión, trastornos de ansiedad, abuso de tóxicos, obsesión-compulsión, entre otros) pudiendo ser la modificación del *comportamiento gobernado por reglas* una de las claves para la mejora clínica.

La FAP es una forma de psicoterapia aparecida en el contexto del conductismo radical. Se fundamenta teóricamente en los principios del aprendizaje, especialmente en la tradición operante, en el análisis funcional del lenguaje y la derivación de funciones psicológicas. La FAP da especial relevancia al comportamiento del paciente en el contexto terapéutico, como una muestra válida de sus comportamientos reales, moldeando su conducta durante las sesiones de terapia con el objetivo de añadir nuevas funciones, nuevas contingencias, que sean generalizadas al comportamiento exterior a la consulta<sup>1</sup>. Una relación terapéutica especial e intensa es la vía para alcanzar este objetivo.

Esta clase de comportamientos que aparecen en terapia y son sometidos a moldeamiento por el terapeuta son denominados *Conductas Clínicamente Relevantes* (CCR) (9). Las CCR pueden ser de tres clases diferentes: *tipo 1*, se refiere a comportamientos cuya frecuencia ha de reducirse; *tipo 2*, son comportamientos cuya frecuencia debe aumentarse; y, por último, las CCR *tipo 3*, incluyen las razones e interpretaciones que el paciente da de su comportamiento así como la observación y descripción de su comportamiento, incluyendo las condiciones que lo controlan y las relaciones de equivalencia que mantienen con otros comportamientos.

En los trabajos originales también se incluyen cinco reglas o guías que han de servir de guía al terapeuta. Estas reglas, que pasamos a enumerar y explicar, ayudan a comprender, producir y moldear el comportamiento del paciente:

- *Guía n° 1:* Detectar las CCR. Consiste en desarrollar el repertorio de observar las posibles CCR durante la sesión terapéutica.
- *Guía n° 2:* Evocar las CCR. El terapeuta debe cultivar cuidadosamente la relación y clima terapéuticos a objeto de que afloren los CCR.
- *Guía n° 3:* Se deben reforzar positivamente las CCR tipo 2 (CCR2).
- *Guía n° 4:* El terapeuta debe desarrollar las propiedades reforzantes de su comportamiento con relación a las CCR del cliente.
- *Guía n° 5:* El cliente debe llegar a desarrollar un repertorio de descripción ajustada de las variables que afectan a su comportamiento.

La FAP no es una terapia protocolizada. Estas guías son sólo unas indicaciones generales de cómo ha de ser el comportamiento del terapeuta y qué objetivos ha de perseguir. La correcta aplicación de estos procedimientos requiere una adecuada supervisión y proceso de entrenamiento.

• *La Conductas Clínicamente Relevantes y las clases funcionales*

Hemos de destacar la naturaleza funcional de las CCR. Con esto queremos decir que la definición o descripción topográfica de un comportamiento no es información suficiente para la tipificación de tal comportamiento como CCR1 ó CCR2. Por ejemplo, manifestar atención durante una conversación mediante sonrisas, asentimientos o pequeños comentarios puede ser una CCR1, es decir, un comportamiento a reducir en el caso de que este comportamiento no esté en función de una comprensión real de la exposición del hablante, o si se diesen en momentos inadecuados, por ejemplo, con anterioridad a que el hablante concluya una frase con sentido. En una situación opuesta idénticos comportamientos podrían ser considerados CCR2, si su presentación fuese ajustada pero escasa. Por ejemplo, un paciente diagnosticado de depresión podría sólo mostrar tales comportamientos ante alguna aseveración del terapeuta que despertara su interés manteniéndose indiferente ante el resto.

Siguiendo esta misma argumentación en sentido contrario, la intervención sobre comportamientos de determinada topografía tendrá repercusiones sobre otras conductas topográficamente diversas que operan de acuerdo a igual función que el primer comportamiento manipulado, es decir, que pertenecen a igual clase funcional.

Por otra parte, la asunción de relaciones de equivalencia es de especial importancia en la FAP ya que sólo tenemos oportunidad de manipular las contingencias referidas a comportamientos que espontáneamente aparezcan, o cuya aparición podamos provocar, dentro del ámbito terapéutico y por tanto multitud de conductas propias del mundo exterior al gabinete nos quedarán vedadas. Sin embargo, proba-

blemente esos comportamientos inaccesibles pueden estar relacionados funcionalmente con otros que de hecho pueden exhibirse dentro del contexto clínico. Es deseable dentro de la FAP llegar a la máxima variedad que sea posible de comportamientos de la clase funcional sobre la que estemos interviniendo para favorecer la derivación de las funciones intervenidas a los demás elementos de la clase. Sobre esto, el terapeuta debe de ser consciente de que puede manipular los comportamientos pero no los efectos funcionales de las consecuencias. Como comenta Carr (22) «las conductas van y vienen, pero las funciones permanecen», por ejemplo, si podemos conseguir la extinción de la conducta de quejarse mediante el uso del silencio, no podremos abstraernos al hecho de que si esta conducta es reforzada por la atención, el proveer atención restablecerá su frecuencia. En este caso cabe preguntarse si el silencio es una consecuencia natural a la conducta de quejarse en la vida habitual del sujeto. En este sentido, la equivalencia funcional entre lo que sucede en terapia y lo que sucede fuera de ella va a depender en gran medida de la equivalencia de los reforzadores.

En psicología del aprendizaje se distinguen los reforzadores denominados *naturales* de los *artificiales* (23, 24). Los reforzadores naturales suelen estar disponibles en el ambiente de forma continuada y son característicos de la situación en que se produce la conducta, mientras que los artificiales son aportados por el contexto social, siendo bastante específicos de éste ya que se programan o introducen para un caso específico (piénsese en la diferencia de un comportamiento como comer cuando se realiza por hambre, *reforzamiento natural*, o por una prescripción: «si comes podrás tener acceso a tabaco, *reforzador artificial*). Los reforzadores artificiales han de usarse con sumo cuidado en los contextos clínicos, pueden aplicarse cuando están asociados a un reforzador generalizado<sup>2</sup> o a un reforzador natural o cuando el paciente se encuentre dentro de un ámbito muy definido y que pueda controlarse (pacientes institucionalizados, control del comportamiento escolar, etc.) y aun en estos casos el cambio de contexto devolverá las frecuencias de los comportamientos intervenidos a su estado inicial al desvanecerse las contingencias artificialmente introducidas. Por contra, el uso de reforzadores naturales en el ámbito terapéutico producirá con mayor seguridad generalización y mantenimiento de lo aprendido, pues un comportamiento que haya sido moldeado en la sesión podrá mantenerse por sus consecuencias naturales una vez fuera de ella.

Un tercer factor a considerar en la administración de consecuencias a las CCR es no solo la administración de reforzadores naturales sino el hacerlo *naturalmente*. Kohlenberg apunta que el uso aparentemente premeditado de las consecuencias por parte del terapeuta puede ser considerado por el paciente como aversivo y manipulativo, pudiendo darse un efecto de *contracontrol* o esfuerzo por parte del paciente por contrarrestar o no producir el comportamiento que el terapeuta cree estar controlando mediante las consecuencias sociales que administra (9).



## ■ LA PSICOTERAPIA ANALÍTICO-FUNCIONAL Y LA CONDUCTA GOBERNADA POR REGLAS

Como hemos comentado previamente, en multitud de trastornos psiquiátricos o psicológicos, obviando por un instante la diversidad clínica o topográfica con la que los casos se presentan, puede detectarse la presencia de un seguimiento patológico de reglas. Los autores destacan varios contextos verbales en los que el seguimiento de reglas puede conducir al sufrimiento. La *literalidad* es uno de los más relevantes. Como se ha destacado previamente, la naturaleza relacional del aprendizaje verbal permite que la mera verbalización de contingencias pueda producir efectos analógicos a la presencia real de la consecuencia. Por ejemplo, una paciente que presenta altos niveles de ansiedad y manifiesta *creer* que contraerá cáncer, pues dos de sus hermanos han muerto ya de esta enfermedad, está antecediendo la contingencia real («tener cáncer») y experimentando sensaciones analógicas, a nivel emocional, a la presencia real del hecho verbalizado. Todos tenemos una larga historia en la que nuestra comunidad verbal ha reforzado la equivalencia entre palabras (pensamientos, temores, etc.) y acciones existiendo en nuestro repertorio toda una constelación de reglas a este respecto (6).

La propuesta genuina de la FAP es la alteración de reglas verbales asociadas fundamentalmente a la *literalidad* mediante el moldeamiento de aproximaciones sucesivas a reglas novedosas que rompen la literalidad del lenguaje y la equivalencia, ampliamente reforzada por nuestra comunidad verbal, entre palabras y eventos. Las guías de la terapia conducen a estos objetivos facilitando el conocimiento por parte del paciente de las contingencias que controlan su comportamiento y contactando con nuevas reglas de conducta más ajustadas.

Según diversos trabajos recientes tanto la FAP como la ACT se han indicado para trastornos con un franco seguimiento patológico de reglas con la presencia común de evitación de eventos privados. Se habla de *trastorno de evitación experiencial* cuando las estrategias de evitación de eventos privados prevalecen en el comportamiento del individuo. Pensemos en una persona que pasa gran parte de su vida en un ambiente laboral que le produce un gran malestar, un día comienza a presentar *delirios de grandeza* que le sitúan por encima de la situación que antes le desbordaba, pensemos en una persona diagnosticada de *depresión* que ha desarrollado a lo largo de veinte años todo un armazón verbal en apariencia invulnerable para justificar su estado («la depresión es de origen genético por lo que no puedo hacer nada», «mi forma de ser es estar triste», «pensando sobre mi estado podré conocerme mejor y así mejorar», etc.). En ambos casos, los pacientes han generado reglas verbales rígidas para *controlar* eventos privados que resultan aversivos. Se ha observado que estas estrategias de evitación experiencial producen un alivio a corto plazo aunque a la postre fortalecen la presencia del evento privado aversivo (25); hablando técnicamente: se refuerza negativamente una conducta privada. La complejidad de las estrategias evitativas de eventos privados que puede llegar a desarrollar un individuo es

variable dependiendo del tiempo que lleven evitando. Desde este contexto, se afirma que en ciertos casos comportamientos tan diversos como delirar, alucinar, pensar de manera obsesiva, dar razones, controlar los pensamientos, y otros muchos serían estrategias, mas o menos refinadas de evitar eventos privados y que aliviando a corto plazo, cronifican el trastorno a largo plazo.

En la FAP, mediante un proceso de aproximaciones sucesivas el terapeuta fomenta el conocimiento por parte del paciente de la contingencia que controla su conducta. Para ello no se usa un estilo instruccional sino que se moldean las propias aproximaciones del paciente a estas ideas con un estilo *mayéutico*. Para ello se hace uso de ejemplos, confrontaciones y metáforas. La razón de ello es evitar aportarle al paciente nuevas reglas de conducta estrictas que conducirían a desarrollar nuevas estrategias evitativas ó a seguirlas de manera rígida. El moldeamiento de reglas que contactan con consecuencias naturales, técnicamente reglas por rastreo de huellas o *tracking*, permiten que el propio paciente pueda adaptarlas a su vida sin necesidad de que el discurso del terapeuta tenga un contenido instruccional específico (por ejemplo, «mejorar la comunicación con tu familia e incrementar tu ocio puede ser una vía para solucionar tu estado actual»). Con ello, el terapeuta devuelve la responsabilidad de su vida al paciente en lugar de aportarle estrategias de evitación más refinadas que a la postre mantienen el problema; la *relajación*, la *detención del pensamiento*, la censura de *distorsiones cognitivas*, algunas formas de ingesta farmacológica, funcionalmente no son sino estrategias de evitación experiencial reforzadas desde la clínica.

Consideramos a continuación las guías que permiten, en un contexto terapéutico alcanzar estos objetivos que hemos esbozado a nivel teórico.

- *Observar las conductas clínicamente relevantes.*

Esta primera guía prescribe la detección de las tres categorías de comportamientos: tipo 1, 2 y 3 que son relevantes al problema del paciente. Es labor del terapeuta la realización de un análisis funcional de tales comportamientos en el sentido de establecer las contingencias que los controlan, teniendo siempre en cuenta que tales contingencias serán controladas por él mismo y a su vez su conducta de detectar contingencias será moldeada por la conducta del paciente.

Un aspecto básico por parte del profesional es ser consciente de cuándo se están dando alguno de estos tipos una vez ha establecido las clases funcionales que se desean incrementar y las que se desean reducir mediante un análisis funcional previo. Nuevamente aquí es requerida la experiencia y pericia del terapeuta. La detección de las CCR se hará siempre en función de las condiciones y la historia del paciente; llorar puede ser un comportamiento indeseable si sucede frecuentemente y ante una enorme variedad de situaciones antecedentes, en tales casos es sin duda una CCR1. Sin embargo, en otro paciente con un escaso repertorio de manifestación de sus respuestas emocionales llorar puede ser una CCR2 en determinados ámbitos.



La conducta del terapeuta ha de estar bien compensada entre la extinción de CCR1 y el reforzamiento de CCR2. Debe de ser consciente de que debe reforzar las CCR2 lo más posible, pero también de que debe extinguir CCR1 para producir variabilidad y reforzar nuevas respuestas adaptativas en el proceso de moldeamiento. Todo ello además debe realizarlo con una conciencia fluida de qué tipo de respuestas pertenecen a qué tipo de clases funcionales y si éstas deben de ser favorecidas o reducidas y hacerlo una vez que conoce las contingencias en virtud de las cuales operan esos comportamientos.

Para seguir este procedimiento, Kohlenberg y sus colaboradores (9) no proponen que se realice una descripción detallada de las conductas que componen la función a modificar: «Considerando la intimidad como ejemplo, no es necesaria una descripción topográfica, estructural de las conductas particulares necesarias para la intimidad, ya que los terapeutas pueden percibir las reacciones que en sí mismos produce la conducta del cliente. Ello les permite reforzar conductas que funcionalmente producen, por ejemplo, intimidad en lugar de comportamientos que han sido estructuralmente definidos como componentes del *comportamiento íntimo* (p. 371).»

El objetivo de la terapia es poner comportamientos más adaptativos bajo el control de reforzadores naturales, muchos de ellos de tipo verbal. El terapeuta ha de considerar si las reacciones que le produce lo que el paciente le manifiesta le inducen a reír, a despreciarlo, a llorar, a irse... pues muy probablemente ésas sean el tipo de consecuencias que provoca el individuo en su comunidad verbal de procedencia. En este sentido, diversos autores recomiendan que la actividad del propio terapeuta sea monitorizada dentro de un grupo de profesionales, para evitar el fracaso del tratamiento por la posible decepción del terapeuta por la tardanza de los resultados o el *burn-out* emocional, así como la aparición de pautas reforzadoras inadecuadas (10). Ha de tenerse en cuenta esta posibilidad ya que la FAP es un tratamiento que se ha mostrado exitoso en pacientes con problemas de tipo interpersonal, con dificultad para mantener relaciones de intimidad o con trastornos de personalidad, siendo en estos casos especialmente costoso establecer una relación terapéutica fructífera.

- *Favorecer la aparición de Conductas Clínicamente Relevantes*

Es éste un nuevo aspecto que requiere de la creatividad del terapeuta. Pueden realizarse dos consideraciones. En primer lugar, exponer al paciente a situaciones funcionalmente equivalentes a las que se dan en su vida diaria (por ejemplo, con la intención de observar su respuesta, comunicarle a un paciente con escasa asertividad que debido a un imprevisto que no fue posible comentar con anterioridad el coste de cada sesión va a incrementarse en una cantidad considerable, ó habrá de reducirse la periodicidad de las sesiones). Una segunda utilidad de esta regla es la producción de situaciones en las que pueda realizarse más fluidamente el proceso de moldeamiento; extinción de CCR1 y reforzamiento de CCR2.

Hay que recordar que no es una topografía concreta la que es objeto de moldeamiento, como sucede en el laboratorio, sino toda una clase de respuestas y este proceso dada la diversidad de topografías que implica puede requerir el tener cierto margen de movimiento dentro de la secuencia de aproximaciones sucesivas que se esté realizando (10).

El uso del moldeamiento como técnica para enseñar los nuevos comportamientos no es fortuito. El moldeamiento permite el desarrollo por parte del sujeto de las habilidades necesarias sin necesidad de recurrir a la instrucción. Mediante el moldeamiento nos aseguramos que su comportamiento siempre este en función de las contingencias en curso y no sigue reglas rígidas como podría resultar de la enseñanza instruida. Además la técnica se adapta al reforzamiento de clases de respuestas. Las relaciones de equivalencia tienen efectos inmediatos generando transferencia más o menos completa de lo aprendido de un comportamiento hacia otro dentro de la misma clase sin necesidad de la experiencia directa (4). Se trata en este caso de reglas, conscientes o no, que son sensibles y varían en función de las consecuencias del ambiente ó como se ha dicho, *trackings*.

Son especialmente útiles en la generación de CCR las situaciones reales que se dan en terapia que implican cierto grado de negociación y conflicto. M. Perez-Alvarez (26) menciona algunas como la estructura temporal de la terapia, las vacaciones del terapeuta, la finalización de la terapia, la búsqueda de ayuda ante la figura adecuada (el terapeuta), la demora en el pago de las sesiones, el exceso o déficit de afectividad mostrado por el terapeuta, las características del terapeuta o del paciente que estén entorpeciendo el tratamiento, sentimientos o estados privados del terapeuta ante el comportamiento del paciente. Pese a los ejemplos propuestos, en gran medida inventar estas situaciones será labor habitual para el terapeuta tratando de que sean todo lo intensas que fuere necesario. Ha de tenerse en cuenta que hay que tratar de reproducir el comportamiento en toda su intención elicitando las emociones de ansiedad, miedo, alegría, etc., que normalmente lleve apareadas, según lo requiera la clase de respuesta que se esté moldeando.

- *Reforzar las Conductas Clínicamente Relevantes*

El refuerzo de las CCR2 no se puede hacer de forma indiscriminada. Es necesario un análisis exhaustivo previo de las condiciones que controlan las CCR. Kohlenberg y Tsai (7) distinguen dos formas en las que el terapeuta puede reforzar la conducta del cliente: *directa* e *indirecta*. Puede suceder que en ciertos tipos de respuesta el paciente no tenga una discriminación fina del comportamiento de su interlocutor ante su forma de actuar, impidiendo que estas consecuencias puedan controlar eficazmente su conducta (piénsese en la presencia de trastornos formales del pensamiento, o en la falta de atención a reguladores conversacionales en forma de comportamiento verbal y no verbal, etc.). En tales casos debe el terapeuta hacer saliente o explícito

su comportamiento hasta que sea un feedback relevante en el control del comportamiento del paciente, es decir, hasta que el cliente actúe en concordancia con el efecto que su comportamiento produce en los demás (siguiendo nuestro primer ejemplo, la falta de atención o los bostezos del interlocutor han de interrumpir su discurso). Este es un caso de reforzamiento directo. Otro caso de reforzamiento directo es la premeditación por parte del terapeuta de su comportamiento ante el cliente. Esta variedad no está recomendada pues introduce artificialidad a la terapia pudiendo darse un efecto de contracontrol como hemos mencionado. Un tercer caso es el castigo, en la acepción psicológica del término. Su uso también ha de ser evitado, el tratamiento debe desarrollarse en un contexto en el que prime el reforzamiento positivo.

Las formas de reforzamiento calificadas como indirectas hacen referencia a la conducta del terapeuta como fuente de reforzamiento natural, pudiendo por sí mismo seleccionar unos comportamientos y otros, en virtud del reforzamiento social que genera (sonrisas, asentimientos, comentarios, reacciones afectivas, etc.). El objetivo siempre es facilitar que el terapeuta sea un agente de refuerzo natural cuyo comportamiento seleccione unos u otros tipos de conductas en el paciente (10). Este es un punto importante para el terapeuta, debiendo ser consciente, especialmente durante el entrenamiento en esta técnica, del control real que tiene usando procedimientos de registro (grabaciones en vídeo, audio, feedback de otros profesionales) que le informen de los efectos de su comportamiento en el del cliente.

- *Atender a los efectos potencialmente reforzantes de la conducta del terapeuta sobre las Conductas Clínicamente Relevantes del paciente.*

Esta recomendación es básica al ser la aplicación de los refuerzos dependiente del modo en que se establezca la relación terapéutica. En el contexto de otros tratamientos basados en la comunicación (22) se ha propuesto dedicar sesiones, previas al tratamiento, a convertir al terapeuta en un *reforzador generalizado*. Dentro de un proceso de comunicación del tipo del que se da en la FAP asumimos que el paciente está interesado en oír al terapeuta, lo que equivale a decir desde un punto de vista funcional a que el terapeuta provee de reforzadores al paciente y que estos son contingentes a ciertos comportamientos del paciente. El proceso de construcción del *rapport* no es para Skinner (11) diferente del intento por parte del terapeuta de establecerse como reforzador generalizado. Esto se consigue asociando la presencia del terapeuta a una variedad de reforzadores (sentirse atendido, prever la mejoría de sus problemas, obtención de información relevante, experimentación de emociones agradables, etc.), que pueden ser incluso de tipo artificial en este momento, para ir posteriormente introduciendo de manera progresiva las contingencias que se establezcan en función de los objetivos de cambio particulares. Otras propuestas sobre la relación terapéutica han aconsejado el mostrar calor, aceptación, cariño y amistad

de modo incondicional (27), así mismo Mahoney (28) ha afirmado que «no son nuestras técnicas lo que ayuda al paciente sino nuestra experiencia y afecto». Sobre estas aproximaciones cabe decir que el uso del afecto es sin duda relevante en la administración de consecuencias, pero siempre teniendo en mente el análisis funcional que hemos realizado y sabiendo qué estamos reforzando en cada caso, cuándo reforzamos, cuándo extinguimos y cuándo castigamos. Por ejemplo, el dar afecto a un paciente cuando llora o se queja va a reforzar tal comportamiento y ser perjudicial a la larga, por contra habremos de someter tales comportamientos a extinción aunque ello no resulte grato al paciente. En este sentido volvemos a recordar aquí la importancia de balancear las contingencias de extinción y de reforzamiento que administramos, obviamente con un pronunciado desequilibrio en favor del reforzamiento positivo.

- *Fomentar descripciones de sus Conductas Clínicamente Relevantes ajustadas a las contingencias reales.*

El terapeuta puede entrenar en el paciente el desarrollo de repertorios que le permitan poner en relación sus CCR con las circunstancias que los producen y mantienen, lo cual puede ser una excelente forma de control y aceptación de su propio comportamiento pudiendo conocer sus emociones como asociadas a ciertos eventos y no como sucesos caóticos que tienen que padecer. Brevemente, puede entrenarse una aproximación funcional a la observación de su comportamiento. Hayes, Kohlenberg y Melancon (9) proponen que la verbalización frecuente de las contingencias a las que obedece el comportamiento del paciente puede facilitar el desarrollo de este repertorio. Por ejemplo: «Cuando trato de expresarte mis sentimientos hacia ti, tú los eludes y te comportas de manera fría. Pienso que eso se debe a que no deseas que comente mis sentimientos sobre ti y por lo tanto es muy probable que la próxima vez no desee contártelos». Este tipo de verbalizaciones crearán un contexto en el que las emociones, puedan verse como eventos discriminables, siguiendo el ejemplo mencionado. Un mejor autoconocimiento producirá aceptación del comportamiento y no sufrimiento de sus consecuencias, un mayor conocimiento de las contingencias a las que obedecemos nos dará un mayor control sobre nosotros mismos. En palabras de Skinner: «Entonces, como es usual, es probable que expliquemos lo inexplicable atribuyéndolo a la dotación genética afirmando «Así nací», o «Es la clase de persona que yo soy». Sin embargo, es importante examinar las razones del propio comportamiento tan cuidadosamente como sea posible pues son esenciales para un buen manejo de sí mismo. No nos debería sorprender que cuanto más conocemos sobre el comportamiento de los demás mejor nos entendemos a nosotros mismos. Fue el interés práctico por el comportamiento de «el otro» lo que condujo a esta nueva clase de autoconocimiento. El análisis experimental del comportamiento, junto con un vocabulario autodescriptivo especial derivado del mismo, ha hecho posible aplicar a uno



mismo mucho de lo que se ha aprendido acerca del comportamiento de otros, incluyendo otras especies (29).»

Cordova y Follete (30) han manifestado que la FAP puede implicar la aceptación de diversos sentimientos desagradables en el proceso de fomentar tales descripciones. Esto sucede cuando el tratamiento favorece la tolerancia emocional a través de: 1) la autoobservación de que lo que procede de uno mismo -sentimientos, recuerdos, pensamientos- no puede evitarse; 2) mediante las reducciones de los sentimientos de culpa, es decir de valoraciones no ajustadas de las situaciones aversivas; y, 3) aceptación de la evocación de respuestas emocionales sin presentar respuestas de escape en caso de una valoración negativa. Para su generalización al mundo exterior a la consulta de este tipo de repertorios, Luciano (10) recomienda hacer referencia a sentimientos o pensamientos equivalentes que se dan en circunstancias propias de la vida real, así como presentar la función en forma de metáforas. Se aconsejan ejemplos que puedan presentarse en la misma sesión o comparaciones explícitas.

El terapeuta ha de ser hábil en el uso de metáforas relevantes para el paciente en un lenguaje que le resulte asequible para que capte la equivalencia con su comportamiento y nunca verbalizar o instruir la regla de modo explícito (Vg.: «debes atender a los sentimientos de los demás si quieres ser querido»), que podría generar un tipo de regla rígida no sensible al moldeamiento por contingencias. Este tipo de reglas son denominadas técnicamente *pliance* (16). El uso de metáforas bien planeado debe moldear reglas tipo *tracking*. Parece que el empleo de metáforas físicas así como la realización de ejercicios puede facilitar este proceso. Pongamos un ejemplo de todo ello en el caso de un paciente que presenta una excesiva expresividad emocional, que varía fácilmente según las condiciones diarias, por lo que le resulta difícil establecer relaciones de intimidad: «imagine una hormiga que se extravió de su hormiguero, después de estar perdida mucho tiempo encontró uno nuevo, para ser aceptada por sus nuevas compañeras tomó todos los frutos y hojas que pudo llevar consigo para dejarlos en el hormiguero, por esta razón fue aceptada por todos. Sin embargo, al día siguiente estaba tan cansada que no pudo hacer nada y fue expulsada». En este caso lo que se pretende no es moldear el comedimiento emocional en todos los contextos en los que el exceso de expresión emocional produzca rechazo, esto ya se hará en la terapia de forma directa, lo que se pretende es entrenar al paciente en la capacidad de detectar esta contingencia en múltiples contextos. Una amplia relación de metáforas y de ejercicios experienciales aplicables tanto a la FAP como a la ACT puede hallarse en Wilson y Luciano (6).

### ■ PSICOTERAPIAS FUNCIONALES: ¿CUÁNDO ES SU APLICACIÓN FUNCIONAL?

La FAP asume que los problemas de la vida diaria de los pacientes también suceden en la sesión en el contexto de la relación terapeuta-paciente. Esta relación con frecuencia evoca los mismos problemas de conducta que atormentan al paciente en la vida real, por ello los comportamientos aprendidos en la terapia (por ejemplo: defender un derecho, negociar la hora de una cita, manifestar un afecto hacia alguien) podrán ser evocados por problemas, de igual naturaleza o similares funcionalmente, procedentes del mundo exterior a la clínica. En consecuencia, el terapeuta trabajará reforzando, extinguiendo o castigando clases funcionales. Para ello se valdrá del moldeamiento progresivo de respuestas cuya frecuencia desea aumentar y la extinción de las que desea reducir a objeto de moldear reglas en el paciente que sean sensibles a consecuencias naturales reforzantes, igualmente se han de reforzar y moldear repertorios de discriminación del propio comportamiento ajustados a las variables reales que lo estén controlando. Dicho técnicamente se refuerza el seguimiento de *trackings* que especifiquen tectos ajustados<sup>3</sup> (1). Una de las ventajas de la FAP es que se beneficia del poderoso poder del reforzamiento cuando éste se administra justo después de haberse producido el CCR, cosa imposible en otras formas de terapia conductual en las que el reforzamiento es siempre demorado.

En un principio se ha planteado que la FAP puede aplicarse a problemas que impliquen escasos repertorios de conducta social que pertenezcan a clases funcionales que al menos parcialmente puedan traerse a consulta. Hasta la actualidad se ha aplicado a depresión (31, 32, 33, 34), trastornos de ansiedad (35), problemas de personalidad (36), pacientes que sufrieron abusos sexuales y personas que evitan tener relaciones de intimidad con otros (37) y en un caso de exhibicionismo (38), con notable éxito en todos ellos. Es probable que en el futuro inmediato aparezcan nuevas publicaciones que incrementen la diversidad de entidades clínicas a las que resulta aplicable esta aproximación terapéutica de manera análoga a lo sucedido con la ACT.

Hayes, Kohlenberg y Melancon (9) establecen tres consideraciones que favorecen la aplicación de la FAP: 1), el tratamiento es más eficaz cuando los problemas de conducta del paciente también ocurren o pueden evocarse dentro de la sesión; 2), el terapeuta ha de tener la capacidad de discriminación necesaria para detectar la conducta clínicamente relevante; y 3), el terapeuta tiene en su repertorio las conductas que pretenden lograrse en el paciente, eso le permitirá reforzar diferencialmente las aproximaciones del paciente a la conducta deseada que, habitualmente, es compleja.

Las limitaciones por el momento más relevantes son a nuestro parecer las dos últimas, ambas referidas al terapeuta y necesarias para que el tratamiento llegue a buen puerto. Es probable, no obstante, que los repertorios que se le exigen al terapeuta en la FAP sean parecidos a los necesarios en otro tipo de psicoterapias por lo



que es posible que el tratamiento pueda ser aplicado sin dificultad excesiva por terapeutas provenientes de otros enfoques. De hecho, los autores originales no ocultan la influencia de autores ajenos a la tradición operante como Rogers, Frankl o Perls (1, 39). No obstante, la *tentación ecléctica* de amplia presencia en el mundo de la Sanidad Pública (40) ha de ser contenida a nuestro juicio. Especialmente por que la FAP, así como otras aproximaciones conductuales al tratamiento psicológico (ACT, Terapia Dialéctico-Conductual) consideran la relación terapéutica como la clave de todo el proceso. Ello enlaza con un movimiento de creciente auge en la psicología dirigido a la integración. Concretamente los teóricos de la integración basada en los factores comunes que subyacen a diferentes aproximaciones, entre los cuales la buena relación terapéutica parece el más relevante (41). En nuestra opinión este tipo de inferencias no se justifican para el modelo de tratamiento presentado, ya que si bien aparentemente ciertos conceptos y formas de actuar pudieran considerarse deudoras de aproximaciones dinámicas (trasferencia, contratrasferencia, mecanismos de defensa) la base teórica y los objetivos de la PAF son ciertamente originales. Según afirma Steever (42) tras un análisis comparativo de ambas aproximaciones a objeto de valorar una posible integración: «Aunque estas terapias poseen abundantes puntos en común, la distancia teórica entre ambas mantiene vigente la mutua incompatibilidad a efectos de integración (p. 583).»

Uno de los retos de mayor relevancia en el desarrollo de un nuevo modelo psicoterapéutico es una correcta cimentación teórica apoyada en la medida de lo posible en investigación experimental básica. Un segundo reto es demostrar su eficacia y su eficiencia en diversos ámbitos y demandas clínicas. La FAP supera con largueza la primera restricción, no obstante la investigación disponible sobre su eficacia es aún escasa. Ello ha despertado ciertas críticas sobre una excesiva diseminación de este modelo previamente a la obtención de un respaldo empírico suficiente con relación a su eficacia terapéutica (43). La escasa actividad investigadora despertada por esta terapia quince años después de su presentación tal vez pueda deberse a la mayor atención prestada a la ACT que se solapa a la PAF en múltiples puntos y que, de hecho, sí ha acumulado en el mismo plazo una creciente evidencia clínica a su favor. Concretamente, considerando las referencias bibliográficas asociadas a ambas aproximaciones en las bases de datos *PsychoInfo* y *Medline* para el periodo 1985-2003, se observan 35 referencias asociadas a la PAF de entre las cuales sólo 7 eran investigaciones sobre eficacia y estudios de casos (31, 32, 33, 34, 35, 36, 38), mientras que en la ACT se obtuvieron 61 referencias de las cuales 21 estaban dedicadas a investigaciones sobre eficacia y estudios de casos (43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63). Si esta tendencia se mantiene es posible que en los próximos años ambos modelos terapéuticos, PAF y ACT, aparecidos dentro de idéntico contexto teórico, o bien se integren, o bien la última alcance a anular a la primera.

#### ■ NOTAS

1. El término moldeamiento se refiere a un proceso de aprendizaje en el que se refuerzan comportamientos progresivamente similares al que se pretende instaurar.
2. Aquel que adquiere la propiedad de reforzar el comportamiento por sí mismo tras haber sido asociado en multitud de ensayos con otros muchos reforzadores (Vg.: dinero, reconocimiento social).
3. Siguiendo a Skinner «Un tacto debe ser definido como una operante verbal en la que una respuesta de una forma dada es evocada (o al menos fortalecida) por un objeto o evento particular, o por la propiedad de un objeto o evento» (1, pp.81-82). Las respuestas verbales de este tipo de operantes *describen* algún objeto real que funciona como antecedente, es decir, todas las palabras u oraciones que podemos considerar signos o símbolos de una realidad. «Me duele la cabeza», «la mesa se ha roto» son ejemplos de esta categoría de operantes verbales.

#### ■ BIBLIOGRAFÍA

1. Skinner, B. F., *Verbal Behavior*, New Jersey, Prentice-Hall, 1957.
2. Hayes, S. C.; Barnes-Holmes, D.; Roche, B. (ed.), *Relational Frame Theory: A post-skinnerian account of human language and cognition*, Nueva York, Kluwer Academics, 2001.
3. Catania, C.; Shimoff, E.; Matthews, B. A., «An experimental analysis of rule-governed behavior», en Hayes, S. C. (ed.), *Rule-governed behavior. Cognition, contingencies, and instructional control*. Nueva York, Plenum Press, 1989, pp. 119-152.
4. Stewart, I.; Barnes-Holmes, D.; Roche, B.; Smeets, P. M., «A functional-analytic model of analogy: a relational frame analysis», *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 2002, LXXVIII, pp. 375-396.
5. Kohlenberg, R. J.; Tsai, M., «Functional analytic psychotherapy», en Jacobson, N. (ed.), *Psychotherapists in clinical practice: Cognitive and behavioral perspective*, Nueva York, Guilford, 1987, pp. 388-443.
6. Wilson, K. G.; Luciano, M. C., *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*, Madrid, Pirámide, 2002, pp. 43-72.
7. Kohlenberg, R. J.; Tsai, M., *Functional analytic psychotherapy. Creating intense and curative therapeutic relationships*, Nueva York, Plenum Press, 1991.
8. Kohlenberg, R. J.; Tsai, M., «Functional analytic psychotherapy: a radical behavioral approach to intensive treatment», en O'Donohoe, W.; Krasner, L. (eds.), *Theories of behavior therapy*, Washington, American Psychological Association, 1995.
9. Hayes, S. C.; Kohlenberg, S. C.; Melancon, S. M., «Avoiding an altering rule-



- control as a strategy of clinical intervention», en S. C. Hayes (ed.), *Rule-governed behavior*, Nueva York, Plenum Press, 1989, pp. 359-385.
10. Luciano, M. C., «Terapia de aceptación y compromiso (ACT) y psicoterapia analítico funcional (FAP). Fundamentos, características y precauciones», *Análisis y modificación de conducta*, 1999, XXV, pp. 497-584.
  11. Skinner, B. F., *Ciencia y conducta humana*, Barcelona, Fontanella, 1970.
  12. Skinner, B. F., *The behavior of organism: An experimental analysis*, Nueva Cork, Appleton-Century-Crofts, 1938. Edición en castellano: *La conducta de los organismos: Un análisis experimental*, Barcelona, Fontanella, 1975.
  13. Chomsky, N., *Lingüística cartesiana: un capítulo en la historia del pensamiento racionalista*, Madrid, Gredos, 1984 (Trabajo original publicado en 1966).
  14. Hauser, M. D.; Chomsky, N.; Fitch, W. T., «The faculty of language: what is it, who has it, and how did it evolve?», *Science*, IICCC, pp. 1569-1579.
  15. Skinner, B. F., «The phylogeny and ontogeny of behavior: Contingencies of reinforcement throw light on contingencies of survival in evolution of behavior», *Science*, 1966, XV, pp. 1205-1213.
  16. Hayes, S. C.; Zettle, R. D.; Rosenfarb, I., «Rule-following», en Hayes, S. C. (ed.), *Rule-governed behavior*, NewYork, Plenum Press, 1989, pp. 191-220.
  17. Chomsky, N., «Review of Skinner, B. F. *Verbal Behavior*», *Language*, 1959, XXV, pp. 26-58.
  18. Bisset, R. T.; Hayes, S. C., «The likely success of functional analysis tied to the DSM», *Behavior Research and Therapy*, 1999, XXXVII, pp. 379-383.
  19. Luciano, M. C.; Gómez, S., «Derivación de funciones psicológicas», *Psicothema*, 2001, XIII, pp. 700-707.
  20. Sidman, M., «Equivalence relations», *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 1997, LXVIII, pp. 258-266.
  21. Sidman, M., «Equivalence relations and the reinforcement contingency», *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 2000, LXXIV, pp. 127-146.
  22. Carr, E.G., y otros, «Communicational-based treatment of severe behavior problems», en Van Houten, R.; Axelrod, S. (eds.), *Behavior analysis and treatment*, Nueva York, Plenum Press, 1993, pp. 231-267.
  23. Ferster, C. B., «An experimental analysis of clinical phenomena». *The Psychological Record*, 1972, XXII, pp. 1-16.
  24. Skinner, B.F., «Contrived reinforcement», *The Behavior Analyst*, 1982, V, 3-8.
  25. Luciano, M. C., Documentación no publicada. Comunicación personal, 6 de junio de 2003.
  26. Pérez-Álvarez, M., *La psicoterapia desde un punto de vista conductista*, Madrid, Biblioteca Nueva, 1996.
  27. McGee, J. J.; Menolascino, F. J., *Beyond gentle teaching: a non aversive approach to helping those in need*, Nueva York, Plenum, 1991.
  28. Mahoney, M. J.; Arnoff, D., «Cognitive and self-controlled therapies», en Garfiel,

- S.L.; Bergin, A.E. (eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, Nueva York, John Wiley and son, 1978.
29. Skinner, B. F., *Sobre el conductismo*, Barcelona, Fontanella, 1975, pp. 158-159.
  30. Cordova, J. V.; Follete, V. M., «Acceptance and the therapeutic relationship», en Hayes, S. C., y otros (eds.), *Acceptance and change: content and context in psychotherapy*, Reno, Context Press, 1994, pp. 125-142.
  31. Ferro, R.; Valero, L.; Vives, M. C., «Aplicación de la psicoterapia analítico funcional. Un análisis clínico de un trastorno depresivo», *Análisis y Modificación de Conducta*, 2000, XXVI, pp. 291-317.
  32. Dougher, M. J.; Hackbert, L., «A behavior-analytic account of depression and a case report using acceptance-based procedures», *Behavior Analyst*, 1994, XVII, pp. 321-334.
  33. Kohlenberg, R. J.; Tsai, M., «Improving cognitive therapy for depression with functional analytic psychotherapy: Theory and case study». *Behavior Analyst*, 1994, XVII, pp. 305-319.
  34. Kohlenberg, R. J.; Kanter, J. W.; Bolling, M. Y.; Parker, C.; Tsai, M., «Enhancing cognitive therapy for depression with functional analytic psychotherapy: Treatment guidelines and empirical findings», *Cognitive and Behavioral Practice*, 2002, IX, pp. 213-229.
  35. Kohlenberg, R. J.; Tsai, M., «Radical behavioral help for Katrina», *Cognitive and Behavioral Practice*, 2000, VII, pp. 500-505.
  36. Koerner, K.; Kohlenberg, R. J.; Parker, R., «Diagnosis of personality disorder: a radical behavioral alternative», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1996, LXIV, pp. 1169-1176.
  37. Kohlenberg, R. J.; Tsai, M., «Healing interpersonal trauma with the intimacy of the relationship», en Follete, V. M.; Ruzak, J. I.; Abueg, F. R., (eds.), *Cognitive-behavioral therapies for trauma*, Nueva York, Guilford, 1998.
  38. Paul, R. H.; Marx, B. P.; Orsillo, S. M., «Acceptance-based psychotherapy in the treatment of an adjudicated exhibitionist: A case example» *Behavior Therapy*, 1999, XXX, pp. 149-162.
  39. Pérez-Álvarez, M., «Afinidades entre las nuevas terapias de conducta y las terapias tradicionales con otras orientaciones», *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Review of Clinical and Health Psychology*, 2001, I, pp. 15-23.
  40. Virués, J.; Santolaya, F.; García-Cueto, E.; Buela-Casal, G., «Estado actual de la Formación PIR en España: Actividad clínica y docente de supervisores y residentes», *Papeles del Psicólogo*, 2003, en prensa.
  41. Golfried, M. R., *De la terapia cognitivo-conductual a la psicoterapia de integración*, Bilbao, Descleé de Brouwer, 1996.
  42. Steever, E. E., «The integration of psychodynamic and behavior therapies revisited:

- Approaching rapprochement», *Journal of Mental Health*, 1999, VIII, pp. 583-596.
43. Corrigan, P. W., «Getting ahead of the data: A threat to some behavior therapies», *Behavior Therapist*, 2001, XXIV, pp. 189-193.
  44. Bach, P. A., «Acceptance and commitment therapy in the treatment of symptoms of psychosis», *Dissertation Abstracts International: Section B*, 2001, LI, p. 6124.
  45. Bach, P.; Hayes, S. C., «The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: a randomized controlled trial», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2002, LXX, pp. 1129-1139.
  46. Bond, F. W.; Bunce, D., «Mediators of change in emotion-focused and problem-focused worksite stress management interventions», *Journal of Occupational and Health Psychology*, 2000, V, pp. 156-163.
  47. Bowers, W. A., «Cognitive therapy for anorexia nervosa», *Cognitive and Behavioral Practice*, 2002, IX, pp. 247-253.
  48. Carrascoso, F. J., «Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in panic disorder with agoraphobia: A case study», *Psychology in Spain*, 2000, XLI, pp. 120-128.
  49. Carrascoso, F. J., «Terapia de aceptación y compromiso (ACT) en el trastorno de angustia con agorafobia: Un estudio de caso», *Psicothema*, 1999, XI, pp. 1-12.
  50. García, J. M.; Pérez-Álvarez, M., «ACT como tratamiento de síntomas psicóticos. El caso de las alucinaciones auditivas», *Análisis y Modificación de Conducta*, 2001, XXVII, pp. 455-472.
  51. Heffner, M.; Sperry, J.; Eifert, G. H.; Detweiler, M., «Acceptance and commitment therapy in the treatment of an adolescent female with anorexia nervosa: A case example», *Cognitive and Behavioral Practice*, IX, pp. 232-236.
  52. Huerta, Francisca; Gómez, S.; Molina, A. M.; Luciano, M. C., «Ansiedad generalizada. Un estudio de caso», *Análisis y Modificación de Conducta*, 1998, XXIV, pp. 751-766.
  53. Korn, Z., «Effects of acceptance/commitment and cognitive behavioral interventions on pain tolerance», *Dissertation Abstracts International: Section B*, 1997, LVIII, p. 2126.
  54. Luciano, M. C.; Cabello, F., «Trastorno de duelo y terapia de aceptación y compromiso (ACT) », *Análisis y Modificación de Conducta*, 2001, XXVII, pp. 399-424.
  55. Luciano, M. C.; Gómez, S.; Hernández, M.; Cabello, F., «Alcoholismo, evitación experiencial y terapia de aceptación y compromiso (ACT)», *Análisis y Modificación de Conducta*, 2001, XXVII, pp. 333-371.
  56. Luciano, M. C.; Gutiérrez, O., «Ansiedad y terapia de aceptación y compromiso (ACT)», *Análisis y Modificación de Conducta*, 2001, XXVII, pp. 373-398.
  57. Luciano, M. C.; Visdomine, J. C.; Gutiérrez, O.; Montesinos, F., «ACT (terapia de aceptación y compromiso) y dolor crónico», *Análisis y Modificación de Conducta*, 2001, XXVII, pp. 473-501.
  58. Montesinos, F.; Hernández, B.; Luciano, M. C., «Aplicación de la terapia de acep-

- tación y compromiso en pacientes enfermos de cáncer», *Análisis y Modificación de Conducta*, 2001, XXVII, pp. 503-523.
59. Orsillo, S. M.; Batten, S. V., «ACT as treatment of a disorder of excessive control: Anorexia», *Cognitive and Behavioral Practice*, 2002, IX, pp. 253-259.
60. Strosahl, K. D.; Hayes, S. C.; Bergan, J.; Romano, P., «Assessing the field effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy: An example of the manipulated training research method», *Behavior Therapy*, 1998, XXIX, pp. 35-64.
61. Velasco-Díaz, J. A.; Quiroga-Romero, E., «Formulación y solución de un caso de abuso de alcohol en términos de aceptación y compromiso», *Psicothema*, 2001, XIII, pp. 50-56.
62. Wilson, K. G.; Roberts, M., «Core principles in Acceptance and Commitment Therapy: An application to anorexia», *Cognitive and Behavioral Practice*, IX, pp. 237-243.
63. Zaldivar, F.; Hernández, M., «Terapia de aceptación y compromiso: Aplicación a un trastorno de evitación experiencial con topografía agorafóbica», *Análisis y Modificación de Conducta*, 2001, XXVII, pp. 425-454.

Javier Virués Ortega  
Psicólogo Interno Residente  
Equipo de Salud Mental de Distrito de Jaén  
Servicio Andaluz de Salud

Alberto Descalzo Quero  
Psicólogo Clínico  
Centro de Psicología Clínica Triunfo (Granada)  
Servicio Andaluz de Salud

José Fernando Venceslá Martínez  
Psicólogo Clínico  
Equipo de Salud Mental de Distrito de Montilla (Córdoba)  
Centro de Psicología Clínica Triunfo

Correspondencia:  
Javier Virués Ortega  
Hospital Universitario Neurotraumatológico  
Comunidad Terapéutica – Ed. ULER  
Ctra. Madrid, s/n 23009 Jaén  
virues@supercable.es - 646 456 039