

LA CONCEPTUALIZACIÓN DE CASOS CLÍNICOS DESDE LA PSICOTERAPIA ANALÍTICA FUNCIONAL

Rafael Ferro García¹, Luis Valero Aguayo² y Miguel Ángel López Bermúdez³

¹Centro de Psicología Clínica, CEDI, Granada. ²Universidad de Málaga, ³Centro de Psicología, Bailén (Jaén)

La Psicoterapia Analítica Funcional forma parte de lo que se ha denominado la terapia de conducta de tercera generación. Pone énfasis en las contingencias que ocurren en el propio contexto terapéutico, en el reforzamiento natural y en el moldeamiento. Se propone una forma de conceptualizar los casos clínicos que ayudan al terapeuta a centrarse en los objetivos y problemas del cliente. Incluye los problemas de la vida diaria, la historia relevante, los problemas durante la sesión, los conceptos cognitivos, los objetivos en la vida diaria y los objetivos en la sesión. Se exponen 3 ejemplos de casos clínicos de trastornos de personalidad: un "trastorno límite de personalidad", otro con un "yo inestable", y un "trastorno personalidad esquizotípico". Se describen los esquemas de conceptualización de cada caso, las conductas clínicamente relevantes, y los objetivos a conseguir en la sesión y en la vida diaria.

Palabras clave: Psicoterapia Analítica Funcional, Trastornos de Personalidad, Conceptualización de un caso

Functional Analytic Psychotherapy makes up part of what has been named third generation behavioural therapy. It underlines the contingencies which occur in the context of therapy, in natural reinforcement and shaping. A form of conceptualizing clinical cases is proposed which helps the therapist to focus on the objectives and problems of the patient. It includes: problems present in everyday life, any relevant background, problems that arise during the session, cognitive concepts, and objectives in everyday life together with objectives of the session. Three clinical cases of personality disorders are presented: one "borderline personality disorder", another case of "unstable self", and a "schizotypal personality disorder". Conceptualization schemes are described for each case, together with behaviour that is clinically relevant and the objectives to be achieved both in clinical sessions and in everyday life.

Key words: Functional Analytic Psychotherapy, Personality Disorders, Case Conceptualization

La Psicoterapia Analítica Funcional (FAP; Kohlenberg y Tsai, 1991; Tsai, Kohlenberg, Kanter, Kohlenberg, Follette y Callaghan, 2009) forma parte de lo que se ha denominado la terapia de conducta de tercera generación (Hayes, 2004; O'Donohue, 1998; Pérez Álvarez, 2006) junto con otras terapias: la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999), la Activación Conductual (Martell, Addis, y Jacobson, 2001), la Terapia de Pareja Integrativa (Jacobson y Christensen, 1996); y la Terapia de Conducta Dialéctica (Linehan, 1993).

La FAP (Kohlenberg y Tsai, 1991) surgió a finales del siglo XX como una alternativa a la terapia de conducta clásica y a la terapia cognitivo-conductual. Comparte con otras terapias de esta generación los avances en el estudio de la conducta: las relaciones de equivalencia entre los estímulos, la conducta gobernada por reglas, el análisis funcional del lenguaje, y su repercusión para la comprensión de la conducta cognitiva y las conductas emocionales (Fernández Parra y Ferro, 2006).

Kohlenberg y Tsai (1991) mantienen que la FAP va dirigida a los clientes que no han mejorado con las terapias de conducta más tradicionales, que tienen dificultades para establecer relaciones íntimas, y/o padecen ese tipo de problemas interpersonales difusos y generalizados tipificados en el Eje II del DSM-III-R y del DSM-IV.

Filosóficamente la FAP está basada en los principios del conductismo radical y en el contextualismo. Pone énfasis en las contingencias que ocurren durante la sesión terapéutica, en el propio contexto terapéutico, en la equivalencia funcional entre ambos ambientes, en el reforzamiento natural y en el moldeamiento (Kohlenberg y Tsai, 1991, 1995). Utiliza la propia relación terapéutica como una forma de promover el cambio en el cliente, centrándose en el aquí y el ahora, en lo que ocurre dentro de la sesión clínica tanto los problemas como las mejoras del cliente y se adapta a cada paciente en cuestión. No se trata de una colección de técnicas sino más bien, de un marco conceptual para intentar guiar la actividad del terapeuta y crear unas relaciones terapéuticas intensas y curativas (Ferro, 2006). La FAP ha delimitado dos elementos básicos: por un lado, las contingencias presentes durante la interacción terapeuta-

Correspondencia: Rafael Ferro García. Centro de Psicología Clínica C.E.D.I.. Avda. Constitución 25, 7º Izda. 18014-Granada. España. E-mail: rferro@cop.es.

Web site: <http://www.cop.es/colegiados/GR00777>

cliente, especialmente las interacciones verbales y la naturalidad de estas contingencias. Y por otro, el contexto donde se dan estas relaciones, analizando la equivalencia funcional entre el ambiente clínico y la situación diaria del cliente (Kohlenberg y Tsai, 1991, 1994a, 1994b, 1995).

Además, no es solo una psicoterapia por sí misma sino que puede ser combinada con cualquier terapia produciendo unos resultados sinérgicos (Kohlenberg, Tsai, Ferrero, Valero, Fernández Parra, y Virués, 2005). La FAP puede mejorar cualquier intervención clínica sin necesidad de cambiar la forma de esa terapia. Su integración con otras terapias está dando buenos resultados (Apsche, Ward y Evile, 2003; Callaghan, Gregg, Marx, Kohlenberg, y Gifford, 2004; Gaynor y Scout, 2002; Kohlenberg, Kanter, Bolling, Parker y Tsai, 2002).

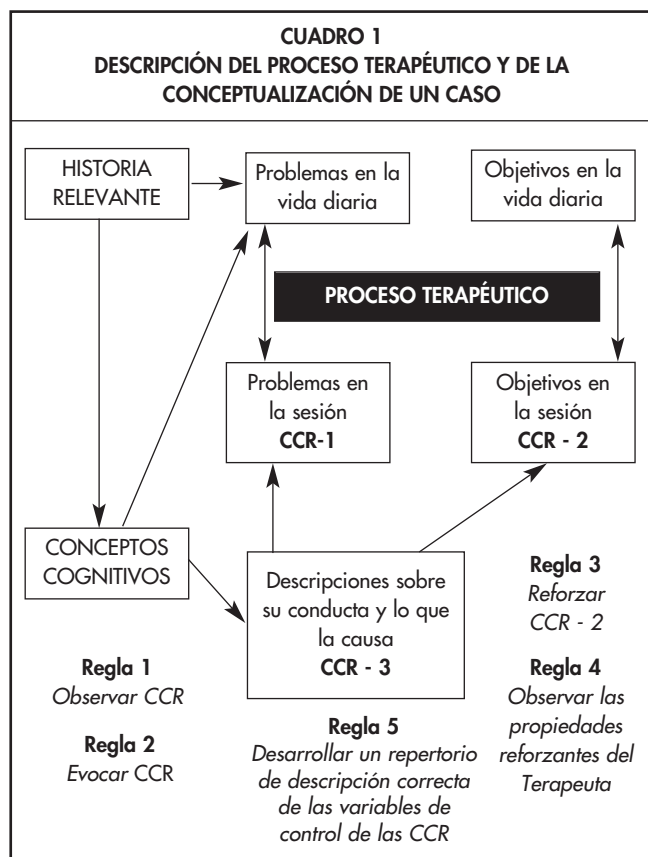
Para una revisión más amplia de sus conceptos recomendamos la lectura en español de: Fernández Parra y Ferrero (2006), Ferrero (2006); Ferrero y Valero (1998), Kohlenberg, Tsai, Ferrero et al. (2005) y Pérez Álvarez (1996a, 1996b, 1998). En cuanto a sus últimas novedades recomendamos la lectura de Ferrero, Valero y López (2007) y de Ferrero (2008).

En este trabajo se expone un análisis del proceso terapéutico teniendo en cuenta su propuesta de conceptualización de un caso clínico. También se han elegido tres casos con una problemática compleja y que normalmente han sido clasificados como trastornos de personalidad, como una muestra de cómo lo harían tres terapeutas diferentes con diferentes historias desde la FAP.

ANÁLISIS DEL PROCESO TERAPÉUTICO DESDE FAP

El proceso terapéutico desde FAP se basa fundamentalmente, en lo que el cliente hace y dice en la propia sesión clínica. Las conductas del cliente son cualquier cosa que una persona hace: hablar, pensar, sentir, ver, oír, recordar, etc. (Kohlenberg y Tsai, 1994a). Estas conductas se han denominado Conductas Clínicamente Relevantes (CCR) (Kohlenberg, Hayes y Tsai, 1993; Kohlenberg y Tsai, 1991, 1994a, 1994b, 1995; Kohlenberg, Tsai y Kanter, 2009). Se han definido tres tipos de CCR. Las *tipo 1* son los problemas del cliente que ocurren durante la sesión, y que la terapia tiene que tratar de disminuir. Están bajo control de estímulos aversivos y suelen tener funciones de escape y de evitación. Las CCR *tipo 2*, son las conductas que se consideran mejoras del cliente que ocurren durante la sesión. Las *tipo 3*, son las interpretaciones del cliente de su propia conducta y lo que cree que la causa. Es decir, observaciones y descripciones de la conducta de uno mismo y de los estímulos reforzantes, discriminativos y elicítadores que están asociados a ella. Estas últimas también pueden ser CCR tipo 1 ó tipo 2, ya que las explicaciones pueden ser un problema o una mejora.

En el proceso terapéutico se tiene en cuenta también lo que el terapeuta debe hacer. Hay cinco Reglas Terapéuticas (Kohlenberg, Hayes y Tsai, 1993; Kohlenberg y Tsai, 1991, 1994a, 1995, Kohlenberg et al., 2005; Tsai, Kohlenberg, Kanter y Waltz, 2009). La *Regla nº 1*, consiste en desarrollar el repertorio de observación de las posibles CCR durante la sesión terapéutica. La *Regla nº 2* mantiene que hay que construir un ambiente terapéutico que evoque las CCR tanto tipo 1, para reducirlas como las CCR tipo 2, para incrementarlas. La *Regla nº 3*, sería organizar el reforzamiento positivo de las mejoras del cliente (CCR tipo 2). La *Regla nº 4*, propone desarrollar un repertorio para observar las propiedades reforzantes de la conducta del terapeuta en relación con las CCR del cliente. La *Regla nº 5* consiste en generar en el cliente un repertorio de descripción de las relaciones fun-



cionales entre las variables de control y las conductas (CCR tipo 3).

Como puede verse en el Cuadro 1, en el proceso terapéutico hay unas variables que se relacionan entre sí y que lo definen e interactúan de forma continua durante las sesiones. La historia relevante juega un papel clave en la génesis y mantenimiento de los problemas de las personas, tanto en la vida diaria como en la propia sesión terapéutica. El pasado no debe olvidarse en la comprensión de los problemas de una persona. Hay factores disposicionales motivacionales que tienen un origen histórico, como los eventos situacionales que afectan de manera indirecta a los problemas, como se verá más adelante. El objetivo principal del proceso terapéutico no es otro que la transferencia de efectos entre los ambientes clínicos y diarios del cliente. Se trata de establecer una equivalencia funcional entre los problemas de la vida diaria y los problemas del cliente dentro de la sesión (CCR tipo 1), de forma tal que observando y evocando estas conductas (Reglas 1 y 2) se realiza esta transferencia. Y al contrario, las mejorías del cliente dentro de la sesión clínica (CCR tipo 2) transferirlas a la vida diaria, a través del reforzamiento natural y ver sus efectos en interacciones futuras (Reglas 3 y 4). Como se puede ver en el Cuadro 1, también resultan relevantes las interpretaciones y explicaciones que tienen los clientes de lo que les ocurre (CCR tipo 3), que pueden ser correctas o ser problemáticas (CCR 1 y 2), como ya se dijo. Estas interpretaciones suelen estar influidas por los conceptos cognitivos o ideas acerca de lo que les pasa a las personas, e incluso, sobre qué creen que es la salud o el bienestar psicológico, la felicidad, etc. En la mayoría de los casos es necesario que el terapeuta genere en el cliente un repertorio de descripción de las relaciones funcionales entre las variables de control y las propias conductas, a través de modelos o bien de su moldeamiento directo (Regla 5).

Uno de los factores disposicionales menos tratados en los manuales de psicoterapia son los llamados *Eventos Situacionales*. Tales eventos o factores situaciones son condiciones complejas que ocurren de forma concurrente con las conductas que las influyen de manera indirecta y que están basados en las interacciones organismo-ambiente pasadas (Durand, 1990; Whaler y Fox, 1981). Hay varios tipos: *Biológicos* (como enfermedades y sus síntomas, cambios hormonales, efectos directos y/ o secundarios de fármacos y drogas, hábitos de comida y sueño, fatiga, etc.), *Sociales* (encuentros con amigos, familia, dificultades de tareas o demandas, personas en la

sala de espera, el propio terapeuta, etc.) y *Físicos* (el ambiente físico, mobiliario, temperatura, luz, ruido, etc.). Por ejemplo, en el caso de una pareja con problemas que asistía a consulta, ella se quejaba de que él se solía poner agresivo después de un comentario suyo, sin embargo este problema no solía aparecer en consulta. Estos comportamientos agresivos aparecían de manera esporádica cuando ella le hacía una crítica. El marido solía beber frecuentemente y se comprobó que un evento situacional biológico era la resaca después del consumo excesivo de alcohol de la noche anterior. En otro caso, el propio *rapport* puede funcionar como evento situacional social, es decir, el propio despacho de consulta, la imagen del terapeuta. Estos factores evocan CCR (Regla 2) y pueden funcionar como *operaciones de establecimiento* motivacionales (Dougher y Hackbert, 2000; Michael, 1993) provocando un cambio motivacional e incrementando así la probabilidad de ocurrencia de una determinada conducta. En el manual de FAP se describen situaciones que pueden evocar CCR y que algunas de ellas pueden llegar a funcionar como tales eventos situacionales (la propia estructura temporal de la terapia, las vacaciones del terapeuta, finalizar la terapia, los honorarios, los errores del terapeuta, los silencios en la conversación, las características del terapeuta, los acontecimientos inusuales, etc).

En psicoterapia las CCR más importantes son las causadas de forma múltiple. En el propio manual Kohlenberg y Tsai (1991) ofrecen un análisis de la conducta verbal del cliente. Con causación múltiple se alude a las descripciones o tautos del cliente referidos al mismo tiempo tanto a la situación clínica como a la vida cotidiana y, también, a las peticiones o mandos que tienen una intención disfrazada u oculta. Este tipo de mandos tienen una importancia capital en FAP por cuanto sirven para identificar correctamente las CCRs y son una manera de promover la generalización y la equivalencia funcional entre ambos contextos, clínico y cotidiano. Sería el caso, por ejemplo, de un cliente que en una cita por la mañana dijera: *"hoy no tenía ninguna gana de levantarme, pensaba que no podía"*. El terapeuta en ese caso debería cuestionar si, aún describiendo la dificultad de levantarse, no se estaría refiriendo a la conducta de evitar acudir a la cita por lo que se pudiera hablar ese día o por otras razones. Cuando la conducta en cuestión es débil o no tiene suficiente fuerza, se diría que es debido fundamentalmente a una mala historia de condicionamiento, es decir no ha sido reforzada suficientemente

y/o ha sido castigada. También podría ser que los estímulos que controlan esa respuesta no están claros en este momento. Imaginemos una audiencia que refuerce y castigue a la vez esa respuesta. Ejemplos de este tipo se dan en la formación de los "Problemas de Yo", como mantienen Kohlenberg y Tsai (1991, 2001). La Audiencia afecta a las conductas causadas de forma múltiple. Cuando hay causación múltiple, Skinner en *Conducta Verbal* (1957) definió a la *estimulación suplementaria* como la que podía evocar esta respuesta debilitada. Podría ser definida como una manera de fortalecer las respuestas que históricamente son débiles y que tienen una causación múltiple. Según Skinner (1957) hay varios tipos. Cuando el terapeuta conoce la posible respuesta se denominan *pistas* (prompt). Cuando se desconoce son llamados *tanteos* o sondeos (probe). Ambos a su vez estarían divididos en: *formales* (cuando hay una correspondencia formal entre la estimulación y la respuesta) y *temáticos* (que tienen que ver con el contenido de la misma). La mayor parte de las respuestas debilitadas las desconoce el terapeuta, para fortalecerlas se usarían los sondeos tanto formales como temáticos. Un ejemplo de tipo formal, sería el caso de decir una palabra el terapeuta que evocara la misma en el cliente. Si el terapeuta conociese la respuesta, un caso de maltrato por ejemplo y la ayuda fuera temática, el ejemplo de estimulación suplementaria sería una pista o prompt. Estas situaciones, sin ser abundantes, sí ocurren en terapia y conviene tomarlas en consideración no solo cuando el terapeuta conoce la respuesta sino cuando, aun sin tener la certeza de conocerla, la supone o postula como cierta. Un posible ejemplo de sondeo temático sería el uso de tests proyectivos como: TAT o Rorschach. Sería el caso por ejemplo de un cliente que evita hablar abiertamente de su homosexualidad y que a su vez ha dado señales al terapeuta sobre ella usando siempre el ambiguo *mi pareja* en lugar de usar su nombre propio o novio/a. Como ejemplo de sondeo temático es la descripción por parte del terapeuta del caso de otro cliente, estrategia muy utilizada y con gran valor clínico, como se expone en Ferro, Valero y Vives (2006).

Como se ha visto, la importancia de la causación múltiple está clara a lo largo de la relación terapéutica. Como mantiene Catania (1998), el humor es un ejemplo claro de causación múltiple. Se podría ampliar a cualquier estado afectivo, ya sea depresión, ansiedad, alegría, melancolía, etc., y estaría en función de la historia previa que el individuo tenga.

LA CONCEPTUALIZACIÓN DEL CASO DESDE FAP

A continuación, se va a describir una forma de conceptualización del caso clínico propuesta recientemente desde esta terapia (Kohlenberg y Tsai, 2000; Kohlenberg, Kanter, Bolling, Parker, y Tsai, 2002; Kanter, Weeks, Bonow, Landes, Callaghan y Follette, 2009). Consiste en un registro abierto, donde se describen variables que se suponen claves para el análisis de un caso clínico. Sería la descripción de conductas relevantes y la búsqueda continua de hipótesis a lo largo del proceso terapéutico. Sirve para tres propósitos: Primero, generar una manera de ver cómo la historia del cliente ha llevado a los problemas de la vida diaria actuales, y también de ver cómo los problemas son adaptativos, y serían las bases para que el cliente pueda aprender nuevas formas de comportamiento. Segundo, tratar de identificar los posibles fenómenos cognitivos que deben ser relacionados con los problemas actuales. Y tercero, identificar y predecir cómo las CCR deben ocurrir en la relaciones terapéuticas durante la sesión clínica (Kohlenberg, Kanter, Boling, et al., 2002).

Este registro consta de los siguientes apartados (ver Tabla 1):

1. Los *problemas* que el cliente tiene en la vida diaria. Son los problemas que el cliente presenta en su vida diaria, conceptualizados por el terapeuta.
2. Su *historia relevante*. En este apartado se describen los hechos relevantes en la vida de la persona que estén implicados en la etiología y el mantenimiento de los problemas.
3. Los *problemas* que aparecen en la sesión clínica. Serían las CCR tipo 1 y como se ha indicado son equivalentes funcionalmente a los problemas que se dan en la vida diaria.
4. Los *conceptos cognitivos* del paciente que interfieran con el tratamiento (pensamientos automáticos, código de creencias, ideas, asunciones) que deben ser objeto de la terapia. Entre estos conceptos están los valores que trae el cliente en relación con los más diversos temas que afectan de algún modo con el problema y su solución. Entre otros podríamos incluir: el concepto de bienestar psicológico, la felicidad, la justicia de la propia vida, etc. También en este apartado se incluyen lo que en la Terapia Cognitiva de Beck (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979) se denominan distorsiones cognitivas (sobre-generalización, magnificación, abstracción arbitraria, etc.)

5. *Sus objetivos de la vida diaria.* Es decir, lo que se pretendería conseguir y generalizar a la vida de esa persona, y los cambios progresivos que pretende alcanzar el cliente, conceptualizados por el terapeuta.
6. *Los objetivos que se marcaría el terapeuta en la propia sesión.* Es decir, las CCR 2, los cambios que se quieren conseguir en la sesión clínica.

A continuación, se exponen tres ejemplos de conceptualización de tres casos clínicos que han sido elaborados a lo largo de su tratamiento por tres terapeutas diferentes, como ejemplos del desarrollo de este esquema y que han sido tratados con éxito. Por cuestiones de ajustes de las normativas de la publicación se han redactado sin usar el esquema de la Tabla 1.

Caso 1. MARÍA

Mujer de 26 años, estudiante universitaria. Presenta trastornos emocionales, y problemas de relación con los demás. Diagnosticada como "trastorno límite de personalidad" por un psiquiatra que la vio anteriormente. Fue tratada durante más de dos años por uno de los autores, a través de Activación Conductual y FAP, también se usaron metáforas y ejercicios de ACT.

1. Problemas en la vida diaria

- ✓ Crisis esporádicas (agresividad, autolesiones, llanto, irritabilidad, pensamientos auto-despreciativos, tristeza, insultos a los demás, a veces agresividad contra objetos) cuando está sola y siempre desencadenadas por pensamientos recurrentes sobre su pasado.
- ✓ Bajos resultados en los estudios. Le quedan asignaturas de varios cursos. Aprueba 1 ó 2 asignaturas por curso.
- ✓ No tiene trabajo.
- ✓ No es independiente, aún vive con su madre.
- ✓ Ha tenido múltiples parejas, generalmente con problemas y con una duración breve.
- ✓ Cuando tiene conflictos con otras personas (según ella la dejaban en ridículo, "le insultaban") tiene conductas extrañas, aislamiento y brotes de agresividad verbal y violencia.
- ✓ Tiene pensamientos auto-despreciativos, y pensamientos continuos sobre su historia, que revive continuamente y le hacen sentir mal (situaciones vividas con la madre, el padre, otros compañeros, novios, terapeutas anteriores, etc.). Esos pensamientos se inician por cualquier detalle (especialmente cuando está sola). Después de media hora

pensando en esos recuerdos se pone irritable, furiosa, llora, y agrede a personas y a objetos.

- ✓ Abusa del teléfono e Internet.
- ✓ Se da atracones esporádicos de comida.

2. Historia relevante

- ✓ Padres separados.
- ✓ Posible historia de maltrato de su madre.
- ✓ Mala relación con sus padres:
 - ✓ Grandes conflictos con la madre.
 - ✓ Vivió una temporada con el padre, mantiene que no le hacía mucho caso.
- ✓ Historia laboral problemática. Decide irse de varios trabajos por problemas con los compañeros porque, según ella, abusan, critican, menosprecian, continuamente.
- ✓ Historia de varios tratamientos con psiquiatras y psicólogos.
- ✓ Ingreso en una unidad de agudos posterior a varios episodios agresivos y autolesivos en casa con su madre.
- ✓ Recibe tratamiento farmacológico desde entonces (antidepresivos, somníferos, antipsicóticos).
- ✓ Historia anterior de abandono de tratamiento psicológico por mejoría. La demanda en este caso fue por problemas con los estudios y no poder levantarse por la mañana y la duración fue de un año.
- ✓ Historia anterior de diversos tratamientos y grupos de autoayuda (incluso grupos pseudo-religiosos y pseudo-psicológicos). Abandona el tratamiento porque mantiene que le han dado de lado, ellos le han insultado y denigrado más.
- ✓ Viene a consulta tras crisis autolesivas y agresivas.

TABLA 1
ESQUEMA DE CONCEPTUALIZACIÓN DE
UN CASO SEGÚN LAS ÁREAS

Nombre:	Fecha:
1. Problemas en la vida diaria	
2. Historia relevante	
3. Problemas en la sesión. CCR-1	
4. Conceptos cognitivos (pensamientos automáticos, creencias, asunciones)	
5. Objetivos en la vida diaria	
6. Objetivos en sesión. CCR-2	

3. Problemas en la sesión CCR-1

- ✓ Siempre cuenta las mismas historias que le han pasado con otras personas. Repite continuamente el mismo tipo de recuerdos y episodios que la ridiculizaron e hicieron daño en el pasado.
- ✓ Se queja de falta de autoestima, falta de decisión, no tener gana de hacer nada, etc.
- ✓ No sigue las instrucciones terapéuticas (no hace registros, ni las actividades acordadas, etc.)
- ✓ Siempre da su aprobación a lo que le propone el terapeuta, siempre dice "sí... claro, eso es lo que tengo que hacer", pero nunca lo hace.
- ✓ Cuando hay algún material aversivo en la conversación, sonríe exageradamente, pero no lo cuenta.
- ✓ No expresa bien sus emociones y reconoce lo absurdo de sus reacciones, se ríe de ellas, pero no las expresa.
- ✓ En los silencios, siempre espera que el terapeuta dé las indicaciones o siga la conversación.
- ✓ Es dependiente del terapeuta. Cuenta sus historias y espera los consejos a realizar, y hace preguntas explícitas "cómo puedo hacer tal cosa, qué he de hacer..."

4. Conceptos Cognitivos

- ✓ Pensamientos negativos continuos sobre sí misma, su poca valía, el daño que le hicieron, su poca autoestima, poca personalidad, etc.
- ✓ Considera que sus parejas la utilizan o la han utilizado.
- ✓ Tiene ideas sobre que los demás la utilizan, la insultan, la dejan en ridículo y la denigran.
- ✓ Las mejoras las atribuye a los fármacos, no a la terapia.

5. Objetivos en la vida diaria

- ✓ Reducir las crisis emocionales.
- ✓ Mejorar las relaciones con su madre y hermano.
- ✓ Terminar de aprobar las asignaturas que le quedan.
- ✓ Establecer y mantener relaciones sociales más positivas.
- ✓ Conseguir una pareja estable.
- ✓ Encontrar unos objetivos en su vida personal.
- ✓ Reducir su impulsividad (abuso del Internet, teléfono, atracones de comida)
- ✓ Conseguir algún trabajo esporádico y mantenerlo.

6. Objetivos en sesión CCR-2

- ✓ Hablar y expresar mejor sus emociones.
- ✓ Disminuir sus sonrisas extemporáneas, cuando se habla de algo problemático.

- ✓ Reducir los comentarios fuera de lugar.
- ✓ Reducir el hablar constantemente de las mismas historias.
- ✓ Hablar de su pasado sin que ello genere una crisis.
- ✓ Aceptar que los demás hagan y piensen de manera diferente a ella.
- ✓ Disminuir la dependencia con el terapeuta, tomar sus propias decisiones y conclusiones.
- ✓ Aumentar conductas sociales positivas, tono y forma de hablar, contacto ocular, etc.
- ✓ Describir episodios positivos y emociones positivas que le ocurren.

Caso 2. BERTA

Mujer de 19 años, la mayor de una familia de 3 hermanos. Estudiante universitaria. Vive en un piso de estudiantes fuera de su familia. Según el terapeuta que la trató presentaba un trastorno leve del yo ("Yo Inestable"), siguiendo los criterios expuestos por Kohlenberg y Tsai (1991).

1. Problemas en la vida diaria

- ✓ Tiene miedo al ridículo y a lo que puedan pensar los demás.
- ✓ Es muy sensible a las críticas.
- ✓ Presenta miedo a las críticas.
- ✓ Evita situaciones sociales.
- ✓ Se bloquea en las situaciones sociales, no sabe qué decir, piensa que la están observando, no sabe cómo moverse.
- ✓ Tiene problemas con su pareja. Ella no se siente querida por él. Discuten por esta razón. No se atreve a romper la relación por miedo a quedarse sola. Cree que él no la quiere y ella tiene dudas sobre si lo quiere realmente o está con él por miedo a quedarse sola.
- ✓ Pregunta frecuentemente a sus amigas qué creen que le pasa a ella.
- ✓ Decir y hacer lo que digan sus amigas (*lo que diga mi amiga X, va a misa*).

2. Historia relevante

- ✓ Va a estudiar a otra ciudad porque quiere desconectar con su ambiente y conocer a gente nueva (como una forma de resolver su problema).
- ✓ Presenta problemas de relación con los demás de forma histórica.
- ✓ Su madre ha sufrido varias depresiones ("*mi madre se parece mucho a mí*", "*le pasan cosas con los demás como a mí*").

- ✓ Sus padres la han comparado siempre con unas de sus primas.
- ✓ Sus padres nunca han reconocido lo que ella hace bien y sólo describen los errores.

3. Problemas en la sesión. CCR-1

- ✓ Quejarse sobre ella misma y su incapacidad (*no sé cómo estar bien, preferiría quedarme sola, cuando escucho a mis amigas intento ser como ellas y no puedo, No encuentro ninguna inquietud*).
- ✓ Quiere una explicación "psicológica" de lo que le pasa. *"Yo lo que quiero es saber qué me pasa"*.
- ✓ Tiene un concepto de sí misma muy deteriorado, se considera fea (es atractiva), inútil, imbécil.
- ✓ Aparecen frecuentes autocríticas.
- ✓ No puede realizar ejercicios de introspección, se resiste (*no puedo*), abre los ojos, etc.
- ✓ Siempre habla bien de su familia (pero teóricamente le han tenido que afectar en su formación del yo).

4. Conceptos Cognitivos

- ✓ Como una causa de sus problemas y de su solución, cree en:
 - ✓ Que no tiene autoestima. Como algo necesario para poder vivir y arreglar lo que le pasa.
 - ✓ La necesidad de darse ánimo: *"Quiero darme valor"*.
 - ✓ Sentirse superior a los demás: *"Me tengo que sentir superior a los demás para sentirme bien, eso lo oí en un curso"*.
- ✓ Problemas con el autoconcepto:
 - ✓ *"No me he encontrado a mí misma"*.
 - ✓ *"No sé cómo ser yo misma"*.
 - ✓ *"No me reconozco a mí misma"*.

5. Objetivos en la vida diaria

- ✓ Que no le afecten las críticas de los demás y no tenga miedo a éstas.
- ✓ No aceptar sin más las críticas que le hacen los demás.
- ✓ Enfrentarse a situaciones sociales y comportarse de manera natural.
- ✓ Ser capaz de romper la relación con su novio.

6. Objetivos en sesión. CCR-2

- ✓ Enfrentarse a las críticas del terapeuta.
- ✓ Incrementar las respuestas tipo YO + X. Qué siente, qué piensa, qué quiere...
- ✓ Reconocer cuando está mejor que lo está.
- ✓ No psicologizar sus problemas.
- ✓ Hacer los ejercicios de introspección sin evitar.
- ✓ Hablar de sus problemas con la relación de sus padres en referencia a ella misma.

- ✓ Hablar de cómo es ella.
- ✓ Saber qué le pasa y qué le ha pasado.

Caso 3. JUAN

Hombre de 30 años. Es el mayor de 3 hermanos. En la actualidad vive con sus padres y no trabaja. Cumplía los criterios para un diagnóstico de "trastorno esquizotípico de la personalidad", según el sistema DSM-IV (APA, 1994).

1. Problemas en la vida diaria

- ✓ Duerme poco y mal desde hace un mes.
- ✓ Muestra aislamiento social: evita contactos sociales, evita dar explicaciones sobre él mismo, evita hablar con sus padres y apenas responde ni siquiera a preguntas simples.
- ✓ Pasa todo el tiempo en casa de sus padres encerrado en su habitación sin hacer nada, gran parte del tiempo llorando.

2. Historia relevante

- ✓ Tiene 30 años y su novia lo acaba de dejar.
- ✓ Actualmente no trabaja.
- ✓ Ha abandonado todos los trabajos sin dar explicaciones.
- ✓ Ha dejado tareas importantes sin hacer o sin terminar (estudios, pinturas y dibujos, gestiones bancarias, renovaciones de carnets, etc).
- ✓ Relaciones sociales y familiares muy problemáticas con periodos de aislamiento.
- ✓ Frecuentes conductas con funciones de castigo hacia los demás, sobre todo hacia su familia (episodios de ira, de desprecio y de ignorarles, negativas a asistir a eventos familiares).

3. Problemas en la sesión. CCR-1

- ✓ Acude a consulta con gafas oscuras y en la primera consulta no se las quita.
- ✓ No mantiene el contacto ocular con el terapeuta.
- ✓ Tiene excesiva seriedad y postura muy rígida.
- ✓ Muestra dispersión al comunicarse, cambia de temas y responde con evasivas a las preguntas que se le formulan.
- ✓ Usa una alta frecuencia de "no sé..."
- ✓ No termina las frases y cuando se le fuerza a ello, aparecen bloqueos y silencios.
- ✓ Se niega a complimentar cuestionarios o tests con evasivas y razones inexactas.
- ✓ No sigue las instrucciones del terapeuta aunque se compromete con ellas. Cuando se le pide, y se compromete a que traiga por escrito los hechos re-

levantes acerca de porqué está así, no lo trae. Las razones que da para justificarlo son caóticas.

- ✓ Da explicaciones incorrectas acerca de las causas de su conducta.

4. Conceptos cognitivos

- ✓ Tiene ideas sobregeneralizadas: *"No le encuentro una salida práctica a mi creatividad, si en este mundo no importa el arte, ¿qué pinto yo en este mundo?"*.
- ✓ Presenta ideas delirantes de grandeza: *"Lo que pasa es que la gente no me entiende, yo soy muy rápido pensando y la gente no está a mi altura"*.
- ✓ Culpabiliza a su padre de lo que le ocurre: *"La culpa de todo lo que me pasa la tiene mi padre"*.
- ✓ Muestra ideas magnificadas de lo que le va a ocurrir: *"Aquí no puedo salir a la calle porque me asaltan los recuerdos y me atrapan"*.

5. Objetivos en la vida diaria

- ✓ Reducir las conductas de evitación.
- ✓ Incrementar la tasa de conductas potencialmente reforzantes.
- ✓ Terminar las tareas que deja a medias, incluida la terapia.
- ✓ Incrementar el repertorio verbal que haga más probable establecer relaciones causales correctas.
- ✓ Incrementar las relaciones sociales positivas.

6. Objetivos en sesión. CCR-2

- ✓ No abandonar la terapia.
- ✓ Mantener el contacto ocular.
- ✓ Reducir los bloqueos en la comunicación ("no se") y los silencios.
- ✓ Terminar las frases que empieza.
- ✓ Establecer relaciones funcionales correctas de lo que le ocurre.
- ✓ Aumentar en el repertorio social simple, como saludar y despedirse.
- ✓ Mantener una relación natural con el terapeuta, expresar lo que le gusta y lo que no le gusta con naturalidad.
- ✓ Terminar la terapia de manera adecuada.

CONCLUSIONES

Se ha expuesto un análisis del proceso terapéutico según FAP, analizando las variables implicadas en el mismo. Por otro lado, se han descrito las variables y la forma de la conceptualización de un caso clínico que se ha propuesto recientemente, mediante un esquema que resume la información y sirve de orientación al profesional

sobre las conductas en la que fijar su atención, la equivalencia entre los problemas fuera y dentro de la propia sesión, así como las argumentaciones de esa persona sobre su propia conducta. Además, se han presentado los esquemas de tres casos clínicos con diagnósticos diferentes, y que tienen en común el carácter difuso de esos problemas y su larga historia o cronicidad, que implican una larga historia de aprendizaje en esos repertorios cognitivos y emocionales.

Este esquema centra al clínico sobre las conductas que ocurren dentro de la propia sesión y que se consideran que deben aumentar, y sobre aquéllas que deberían disminuir, y también sobre las verbalizaciones sobre relaciones funcionales entre su conducta y los demás. Y a partir de ahí, ponerlas en relación con las conductas problemáticas en la vida cotidiana de esa persona. No se debe olvidar que la relevancia clínica de una operante observada en la sesión debe valorarse en relación con el conjunto de problemas que presenta el cliente, de ahí la importancia de la conceptualización del caso.

Como se ha descrito, la FAP es un poderoso tratamiento por sí misma y además, es una aproximación integradora que puede ser combinada con cualquier terapia (Kohlenberg, Tsai, Ferro, et al., 2005). Esta estrategia de síntesis de un caso clínico viene a ayudar al clínico a analizar la información, estructurar sus objetivos terapéuticos y atender los cambios que se van produciendo durante todo el proceso. Es una cuestión empírica demostrar su mayor o menor utilidad, independientemente de la formación clínica del terapeuta, pero por ahora esa utilidad se ha mostrado en nuestra experiencia profesional.

En los tres casos se produjeron mejorías. En el caso 1 de María, tras el tratamiento aparecieron distintas mejorías como: ha aprobado algunas asignaturas, tiene relaciones con más amigos y parejas esporádicas, y han disminuido los episodios de crisis emocionales. Las relaciones familiares han mejorado. Un aborto en ese último año, apenas le afectó como otros acontecimientos equivalentes anteriores. Ha viajado, ha sabido negarse a algunas relaciones esporádicas con varones, y colabora algo en casa. En el caso 2 de Berta, tras el tratamiento consiguió hacer los ejercicios de introspección sin escapar o negarse, se comportaba con naturalidad con su grupo de amigos, terminó la carrera, hablaba sobre la influencia de su relación familiar con su problema, aceptaba críticas y en algunas de ellas se enfrentaba, dando

su opinión. En el tercer caso, disminuyeron en gran medida las conductas de evitación y los bloqueos, tanto en el contexto clínico como en la vida cotidiana, mejorando la cantidad y la calidad de las relaciones sociales y familiares, encontró un trabajo que mantenía a los ocho meses de terminada la terapia y decía centrarse en la pintura ya sólo como afición.

En la práctica clínica diaria, nuestro equipo está aplicando esta forma de conceptualizar el caso desde esta terapia en problemas como: trastornos depresivos, problemas de personalidad, obsesiones, ansiedad generalizada, etc. También este esquema de análisis se ha aplicado a otros casos habituales de ansiedad específica, problemas de estudio, relaciones de pareja, relaciones entre padres e hijos y en lo que tradicionalmente se ha llamado habilidades sociales. En cualquiera de ellos ha sido de gran utilidad clínica. Por otro lado, también se ha aplicado a estudiantes en formación, y en terapeutas noveles mejorando su formación.

Estamos de acuerdo con Whaler y Fox (1981) cuando mantienen que el análisis de los *eventos situacionales* es crucial en términos de efectividad del tratamiento, tanto en el cambio inicial como en términos de la generalización y del mantenimiento del cambio de conducta.

Como mantienen Martell, Addis y Jacobson (2001), es imposible comprender todas las contingencias que han ocasionado y mantenido una conducta en particular. La historia juega un papel fundamental en todo este proceso. La alternativa viene dada por la descripción y clasificación de clases de conductas organizándolas en esta conceptualización del caso.

Nuestra experiencia nos indica que la selección de CCR tanto en la conceptualización del caso como en la propia aplicación de la terapia, está en función de la historia previa y del repertorio del propio terapeuta y más específicamente, de sus creencias sobre psicopatología y bienestar psicológico e incluso, de sus valores y de ahí que aparezcan diferencias entre los terapeutas que los realizan. No cabe duda que esta aproximación puede ser útil a otros clínicos que trabajan con problemas psicológicos "difusos" o poco definidos, que puede ayudar a la toma de decisiones sobre los objetivos de tratamiento y el manejo de las sesiones terapéuticas, y que también puede ayudar a la formación y tutorización de alumnos al trabajar en los casos. Hay que seguir trabajando y que no deja de ser una primera aproximación, pero que creemos de gran utilidad práctica.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (1994). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Apsche, J.A., Ward, S.R. y Evile, M.M. (2003). Mode Deactivation: A Functionally based treatment, theoretical constructs. *The Behavior Analyst Today*, 3, 4, 455-459.
- Beck, A. T., Rush, A.J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press.
- Catania, A. C. (1998). *Learning*. Fourth Edition. New Jersey: Prentice Hall.
- Callaghan, G.M., Gregg, J.A., Marx, B.P., Kohlenberg, B.S. y Gifford, E. (2004). FACT: The utility of an integration of Functional Analytic Psychotherapy and Acceptance and Commitment Therapy to alleviate human suffering. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41, 195-207.
- Dougher, M.J. y Hackbert, L. (2000). Establishing operations, cognition, and emotion. *The Behavior Analyst*, 23, 11-24.
- Durand, V.M. (1990). *Severe Behavior Problems. A Functional communication Training Approach*. New York: Guilford Press.
- Fernández Parra, A. y Ferro García, R. (2006). La Psicoterapia Analítico-Funcional: una aproximación contextual funcional al tratamiento psicológico. *Edupsykhé*, 5, 2, 203-229.
- Ferro García, R. (2006). La Psicoterapia Analítica funcional: estableciendo relaciones terapéuticas intensas y curativas. *Psicología Conductual*, 14, 3, 343-359.
- Ferro García, R. (2008). Recent Studies in functional Analytic Psychotherapy. *Internacional Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 4, 2, 239-249.
- Ferro García, R. y Valero, L. (1998). Psicoterapias conductistas: nuevos enfoques clínicos. *Psicologemas*, 12, 31-62.
- Ferro García, R., Valero Aguayo, L. y López Bermúdez, M. A. (2007). Novedades y aportaciones desde la Psicoterapia Analítica Funcional. *Psicothema*, 19, 3, 452-458.
- Ferro García, R., Valero, L. y Vives, M.C. (2006). Application of Functional Analytic Psychotherapy: Clinical Analysis of a patient with Depressive Disorder. *The Behavior Analyst Today*, 7, 1-18.
- Gaynor, S.T. y Scott, P. (2002). Complementing CBT for depressed adolescents with learning through in vivo experience (LIVE): Conceptual Analysis, Treatment

- description, and feasibility study. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 30, 79-101.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy. An Experiential Approach to Behavior Change*. New York: The Guilford Press.
- Jacobson, N.J. y Christensen, A. (1996). *Acceptance and Change in Couple Therapy*. New York: Norton.
- Kanter, J. W., Weeks, C. E., Bonow, J. T., Landes, S. J., Callaghan, G. M. y Follette, W. C. (2009). Assessment and Case Conceptualization. En M. Tsai, R. J. Kohlenberg, J. W. Kanter, B. Kohlenberg, W.C. Follette, y G. M. Callaghan, G.M. (Eds). *A Guide to Functional Analytic Psychotherapy. Awareness, Courage, Love and Behaviorism*. (pp.: 37-59). New York: Springer.
- Kohlenberg, R.J., Hayes, S.C. y Tsai, M. (1993). Radical behavioral psychotherapy: Two contemporary examples. *Clinical Psychology Review*, 13, 579-592.
- Kohlenberg, R.J., Kanter, J.W., Bolling, M.Y., Parker, C.R. y Tsai, M. (2002). Enhancing Cognitive Therapy for Depression with Functional Analytic Psychotherapy: Treatment Guidelines and Empirical Findings. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 213-229.
- Kohlenberg, R.J. y Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy. Creating intense and curative therapeutic relationship*. New York: Plenum Press. (traducción en español en el Servicio de Publicaciones Universidad de Málaga, 2007).
- Kohlenberg, R.J. y Tsai, M. (1994a). Improving cognitive therapy for depression with functional analytic psychotherapy: Theory and case study. *The Behavior Analyst*, 17, 305-319.
- Kohlenberg, R.J. y Tsai, M. (1994b) Functional Analytic Psychotherapy: A Radical Behavioral Approach to Treatment and Integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 4, 174-201.
- Kohlenberg, R.J. y Tsai, M. (1995). Functional analytic psychotherapy: a behavioral approach to intensive treatment. En W. O'Donohue y L. Krasner (Eds.), *Theories of behavior therapy. Exploring behavior change*, (pp.: 637-658). Washington: APA.
- Kohlenberg, R. J. y Tsai, M.. (2000). Radical Behavioral Help for Katrina. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 500-505.
- Kohlenberg, R.J. y Tsai, M. (2001). Hablo, luego existo: una aproximación conductual para entender los problemas del yo. *Escritos de Psicología*, 5, 58-62.
- Kohlenberg, R. J., Tsai, M. y Kanter, J. W. (2009). What is Functional Analytic Psychotherapy? En M. Tsai, R. J. Kohlenberg, J. W. Kanter, B. Kohlenberg, W.C. Follette, y G. M. Callaghan, G.M. (Eds). *A Guide to Functional Analytic Psychotherapy. Awareness, Courage, Love and Behaviorism*. (pp.: 1-19). New York: Springer.
- Kohlenberg, R.J., Tsai, M., Ferro García, R., Valero, L., Fernández Parra, A., y Virués-Ortega, J. (2005). Psicoterapia analítico-funcional y terapia de aceptación y compromiso: Teoría, aplicaciones y continuidad con el análisis del comportamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(2), 37-67.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: The Guilford Press.
- Martell, C. R., Addis, M. E. y Jacobson, N. S. (2001). *Depression in context, strategies for guided action*. New York: Norton.
- Michael, J. (1993). Establishing operations. *The Behavior Analyst*, 16, 191-206.
- O'Donohue, W. (1998). Conditioning and third-generation behavior therapy. En W. O'Donohue (Ed.). *Learning and behavior therapy* (pp.: 1-14). Needham Heights: Allyn and Bacon.
- Pérez Álvarez, M. (1996a). *La psicoterapia desde el punto de vista conductista*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Pérez Álvarez, M. (1996b). *Tratamientos psicológicos*. Madrid: Universitas.
- Pérez Álvarez, M. (1998). La Psicología Clínica desde un punto de vista contextual. *Papeles del Psicólogo*, 69, 25-40.
- Pérez Álvarez, M. (2006). La terapia de Conducta de tercera generación. *Edupsykhé*, 5, 2, 159-172.
- Skinner, B. F. (1957/1981). *Conducta Verbal*. México: Trillas.
- Tsai, M., Kohlenberg, R.J., Kanter, J. W., Kohlenberg, B., Follette, W.C. y Callaghan, G.M. (2009). *A Guide to Functional Analytic Psychotherapy. Awareness, Courage, Love and Behaviorism*. New York: Springer.
- Tsai, M., Kohlenberg, R.J., Kanter, J. W., y Waltz, J. (2009). Therapeutic Technique: The Five Rules. En M. Tsai, R. J. Kohlenberg, J. W. Kanter, B. Kohlenberg, W.C. Follette, y G. M. Callaghan, G.M. (Eds). *A Guide to Functional Analytic Psychotherapy. Awareness, Courage, Love and Behaviorism*. (pp.: 61-102). New York: Springer.
- Whaler, R. G. y Fox, J. J. (1981). Setting events in Applied Behavior Analysis: Toward a Conceptual and Methodological Expansion. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 14, 3, 327-338.