

Mavis Tsai • Robert J. Kohlenberg • Jonathan W. Kanter  
Barbara Kohlenberg • William C. Follette • Glenn M. Callaghan

# A Guide to Functional Analytic Psychotherapy

Awareness, Courage, Love,  
and Behaviorism

 Springer



Mavis Tsai · Robert J. Kohlenberg · Jonathan W. Kanter  
Barbara Kohlenberg · William C. Follete · Glenn M.  
Callaghan

# Guía de la Psicoterapia Analítica Funcional

Consciencia, valor, amor y conductismo

Traducido por:

Springer



[Prófugopsi \(@profugopsi\)](#) •  
[Fotos y videos de Instagram](#)

## Prefacio

Nuestro primer libro, *Psicoterapia Analítica Funcional: Creando relaciones terapéuticas intensas y curativas*, se publicó hace casi dos décadas. Terminamos ese manuscrito un día antes de que naciera nuestro hijo, y a medida que él ha crecido y florecido, también lo ha hecho la FAP. Concluimos ese libro con la siguiente afirmación: "Si este libro produce una sola relación significativa e intensa entre el cliente y el terapeuta que de otro modo no se habría producido, entonces, para nosotros, ha sido útil". De hecho, según los comentarios que hemos recibido, se han producido innumerables interacciones significativas como resultado de que los terapeutas hayan utilizado los principios de FAP. Nuestro libro ha sido traducido cuidadosamente al portugués (Rachel Kerbauy, Ph.D., Fa'tima Conte, Ph.D., Mali Delitti, Ph.D., Maria Zilah da Silva Brandaño, M.A., Priscila Derdyk, M.A., Regina Christina Wielenska, Ph.D., Roberto Banaco, Ph.D., y Roosevelt Starling, M.A.), japonés (Hiroto Okouchi, Ph.D. Takashi Muto, Ph.D., Akio Matsumoto, M.A., Minoru Takahashi, M.A., Toshihiko Yoshino, Ph.D., Hiroko Sugiwaka, Ph.D., Masanobu Kuwahara, M.A., Yuriko Jikko, M.A., y Mariko Hirai, M.A.) y español (Luis Valero, Ph.D., Sebastián Cobos, B.A., Rafael Ferro, Ph.D., y Modesto Ruiz, M.A.), y hemos presentado numerosos talleres a nivel nacional e internacional ante un público entusiasta. La relevancia de las reglas y la metodología de la FAP parece universal para todos los terapeutas que quieran crear relaciones terapéuticas más intensas y curativas. Para aquellos que no estén familiarizados con los fundamentos de la FAP, el capítulo 1 de este volumen ofrece una introducción que detalla los principios conductuales sobre los que se fundó la FAP. Aunque la FAP tiene un largo camino por recorrer antes de cumplir los criterios de un tratamiento con apoyo empírico, los principios básicos de la FAP -la importancia de la relación terapéutica y el uso del refuerzo natural para dar forma a los problemas del cliente cuando se producen en la relación terapéutica- son bastante sólidos, y en el capítulo 2 se describen las pruebas procedentes de múltiples y diversas áreas de investigación en apoyo de estos principios. La FAP, cuando se lleva a cabo correctamente, requiere una evaluación y una conceptualización del caso minuciosa y precisa, tema que se aborda en el capítulo 3. El núcleo de la metodología de la FAP se dilucida en el capítulo 4, en el que se trata la técnica terapéutica y las cinco reglas. En el capítulo 5 se discute nuestro relato conductual sobre cómo se crea la experiencia del yo, y por qué es necesario un sentido del yo para que uno se involucre en mindfulness. El desarrollo de la intimidad y cómo implica la asunción de riesgos por parte del cliente y del terapeuta es el tema del capítulo 6. En el capítulo 7, El curso de la terapia, se describe un tratamiento típico de FAP desde el principio hasta el final. El capítulo 8 abarca los modelos de

supervisión de la FAP, tanto individuales como de grupo, y también ofrece sugerencias para el autodesarrollo del terapeuta. Los terapeutas que creen que el mundo se encuentra en una encrucijada para la supervivencia y quieren ir más allá del tratamiento de los síntomas de sus clientes, sacando lo mejor de ellos mismos y un compromiso con el activismo, resonarán con las ideas expuestas en el capítulo 9, Valores en la terapia y FAP verde.

El lenguaje y los conceptos conductuales utilizados a lo largo de este libro ayudan a dar una visión nueva y más precisa de los fenómenos clínicos. Sin embargo, esta terminología no se desarrolló en el entorno de la psicoterapia y, por lo tanto, puede resultar engorrosa cuando se utiliza para comunicar la experiencia clínica. Al escribir este libro hemos caminado por una línea entre el lenguaje de los conductistas y el utilizado por la mayoría de los clínicos, y hemos tratado de aprovechar la riqueza de ambos. Para aquellos que prefieren el lenguaje cotidiano, hacemos hincapié en la consciencia terapéutica, el valor y el amor, porque estas cualidades son importantes a la hora de aplicar las reglas de la FAP. Sea cual sea su orientación, dondequiera que se encuentre en su viaje individual como terapeuta, esperamos que las ideas y las informaciones contenidas en este libro le inspiren a ser más consciente, valiente y amoroso con sus clientes y que le refuercen por hacerlo.

Por último, queremos subrayar que la terapia no consiste sólo en seguir reglas y medidas de adhesión. Cada vez que interactúas con alguien, tienes la oportunidad de reflejar lo que es especial y precioso en esa persona, de curar una herida, de co-crear cercanía, posibilidades y magia. Cuando te arriesgas y dices tu verdad con compasión, das a tus clientes lo que sólo tú puedes dar: tus pensamientos, sentimientos y experiencias únicas. Al hacerlo, creas relaciones que son inolvidables. Cuando tocas los corazones de tus clientes, creas un legado de compasión que puede llegar a generaciones aún no nacidas.

Seattle, WA, USA

Mavis Tsai

Robert J. Kohlenberg

# Agradecimientos

## **Mavis Tsai**

Bob Kohlenberg y yo pedimos a Jonathan Kanter, Barbara Kohlenberg, Bill Follette y Glenn Callaghan que fueran coautores de este volumen porque cada uno de ellos ha dedicado un tiempo importante de su carrera a pensar, desarrollar, enseñar, investigar, practicar y escribir sobre la FAP. Quiero agradecer especialmente a Jonathan, cuyas importantes contribuciones a este libro nos ayudaron a completarlo en tiempo y forma. Tanto si su tarea consistía en escribir material sustantivo como en editarlo, siempre se mostró enérgicamente dispuesto. También quiero dar las gracias a los demás autores de los capítulos por su atento y arduo trabajo. Estoy en deuda con Bob, mi devoto compañero, que hace de la vida un patio de recreo de trabajo y amor. En todo lo que colaboramos, él me apoya, me desafía, me anima y saca lo mejor de mí. Agradezco el apoyo de mis queridos amigos durante el largo proceso de escribir este libro. Quiero dar las gracias a mis colegas, cercanos y lejanos, cuya apreciación de las contribuciones de la FAP a su trabajo me da energía y me sostiene. Me gustaría dar las gracias a nuestra editora de Springer, Sharon Panulla, por reconocer la importancia de la FAP y ayudarnos en todo el proceso de publicación. Nuestra editora Janie Busby Grant hizo un trabajo magnífico y concienzudo al pulir nuestro manuscrito final. Agradezco a mis clientes y estudiantes pasados y presentes que han formado lo que soy como persona, supervisor, profesor y clínico; os quiero más de lo que nunca sabréis.

## **Robert J. Kohlenberg**

Me convertí en un conductista radical en la escuela de posgrado mucho antes de que existiera un tratamiento ambulatorio para adultos con base skinneriana. Estaba erróneamente convencido de que pronto alguien desarrollaría un enfoque de este tipo. Esperé, pasaron los años y finalmente perdí la esperanza de que surgiera una terapia ambulatoria radical basada en la conducta. Mientras tanto, veía a Mavis hacer magia en la sala de terapia que parecía transformar a todas las personas con las que trabajaba; deseaba poder entender y hacer lo que ella hacía. Entonces, en 1980, mi hija Barbara Kohlenberg me dijo: "Papá, quiero que vayas a una reunión de la ABA (Asociación de Análisis de Conducta) conmigo y asistas a un taller de mi asesor, Steve Hayes; tienes que ver lo que está haciendo". Steve demostró que el conductismo radical podía servir de base a la terapia ambulatoria y me abrió el camino a seguir. Luego, en estrecha colaboración con mi preciosa e inspirada compañera Mavis, con una lucha considerable, tiempo y amor, desarrollamos una comprensión de cómo describir y reproducir los poderosos resultados terapéuticos que ella lograba. Mi querido amigo y colega Neil Jacobson, ya fallecido, nos instó a escribir sobre lo que estábamos haciendo, y así nació oficialmente la FAP. Desde el principio, mi amiga y colega Marsha Linehan ayudó a poner la

FAP en el mapa diciendo a sus estudiantes y asociados que necesitaban entender la FAP para poder hacer una buena DBT (Terapia Dialéctica Conductual). Quiero reconocer a los coautores Jonathan, Bárbara, Bill y Glenn, así como a mis otros estudiantes (todos son colaboradores del capítulo), quienes hicieron contribuciones especiales para sostener y hacer crecer la FAP a lo largo de los años. Por último, quiero agradecer a mis clientes que pacientemente alimentaron el desarrollo de mi capacidad de ser terapéuticamente consciente, valiente y amoroso.

### **Jonathan W. Kanter**

En primer lugar, me gustaría dar las gracias a Mavis Tsai y a los demás coautores por haber creado un proceso de escritura del libro que fue coherente con los temas del libro, un proceso en el que se produjeron tanto CCR1 como CCR2 para todos nosotros, siempre procesados con cariño en el espíritu de producir el mejor libro posible. También me gustaría dar las gracias a Bob Kohlenberg por sus años de tutoría y por haberme moldeado en mi forma actual como científico del comportamiento y profesional de la FAP. Mis estudiantes - Sara Landes, Andrew Busch, Keri Brown, Laura Rusch, Rachel Manos, Cristal Weeks, William Bowe y David Baruch - también siguen desempeñando un papel importante en el desarrollo de mi comprensión y enfoque de la FAP, y merecen todo el reconocimiento. Por último, me gustaría agradecer a mi mujer, Gwynne Kohl, su inquebrantable apoyo y todo lo que hace entre bastidores para facilitar mi continuo intento de una carrera productiva y significativa.

### **Barbara Kohlenberg**

En primer lugar, me gustaría dar las gracias, de todo corazón, a mi madre y a mi padre, Joan Giacomini y Bob Kohlenberg, por proporcionarme un amor constante y compasivo a lo largo de mi vida. Verdaderamente, el amor que pongo en el mundo, y en particular la forma en que el amor infunde mi trabajo clínico, mis amistades y mi familia, son en gran medida extensiones del amor que he sentido toda mi vida. También deseo reconocer a mis queridas amigas, Liz Gifford y Debra Hendrickson, que me recuerdan la importancia de ser fiel a mí misma en todos mis esfuerzos. Mi vida intelectual ha estado profundamente marcada por Steve Hayes, que ha guiado mi pensamiento desde la escuela de posgrado y que se prolonga hasta el día de hoy. Quiero dar las gracias a Mavis Tsai, cuyo amor por mi padre y su valor como médico, pensador y amigo han sido muy significativos para mí. Mis colegas del Departamento de Psiquiatría, especialmente David Antonuccio y Melissa Piasecki, han sido una fuente inagotable de apoyo para mí. Últimamente, mi colega Mark Broadhead ha compartido conmigo tanto su corazón como su intelecto, y me ha ayudado a no sentirme tan sola en un momento difícil. Estoy agradecida a mis pacientes, que a lo largo de los años me han permitido el privilegio de escuchar la historia de sus vidas, y por permitirme compartir sus alegrías y sus angustias. A mi marido, Steve Davis, que me ha enseñado tanto sobre el amor y la paciencia. Y, por último, a mis hijos, Hannah y Jack, que me recuerdan cada día

que el amor consiste tanto en sentir como en hacer, y que me han dado el regalo de ser su madre.

### **William C. Follette**

Me gustaría dar las gracias a todos los que han dado forma a mi pensamiento, a mi cariño y a mi humor. No tengo ni idea de quiénes son todos y cómo lo han hecho. Puedo dar las gracias a Bob Kohlenberg, que ha sido un mentor y un amigo en los buenos y en los malos momentos. A todos mis alumnos, pasados y presentes, quizá nunca sepáis lo mucho que sigo aprendiendo de vosotros. Si uno es afortunado, encuentra un amigo en el camino que está ahí cuando necesitas a alguien que se ría contigo y a veces de ti, y que acepte tu amistad y le devuelva la suya. Glenn Callaghan es un amigo así. Me gustaría dar las gracias a Laura, a mamá, a papá, a Debbie y a los que empezaron este viaje conmigo pero no pudieron terminarlo.

### **Glenn M. Callaghan**

Quiero agradecer a mi maravillosa esposa, compañera y colega, la Dra. Jennifer Gregg, su amor, compasión, orientación intelectual y apoyo. Sin ella, no sería el terapeuta de la FAP ni el académico que soy hoy. Más que eso, no sería la persona que soy sin ella. Mis relaciones con Jen, Hope y Jack son las más importantes que jamás tendré. Mi profundo agradecimiento a Bob Kohlenberg y Mavis Tsai por su oferta de formar parte de este libro y por su ánimo y comprensión en el proceso de mis contribuciones. Quiero dar las gracias a Bill Follette por ser el mejor colega y amigo que podría haber imaginado encontrar en este campo. No formaría parte de este libro, ni sería un terapeuta de FAP, ni realmente la persona que soy hoy sin su amabilidad, paciencia y humor a lo largo de los años. Quiero dar las gracias a todos los clientes de FAP que he visto por su ayuda en la configuración de la forma en que hago FAP más eficaz con la apertura, la gracia y la valentía que me han mostrado.

# Contenido

## **1. ¿Qué es la psicoterapia analítica funcional?**

Robert J. Kohlenberg, Mavis Tsai, and Jonathan W. Kanter

## **2. Líneas de evidencia en apoyo de la FAP**

David E. Baruch, Jonathan W. Kanter, Andrew M. Busch, Mary D. Plummer, Mavis Tsai, Laura C. Rusch, Sara J. Landes y Gareth I. Holman

## **3. Evaluación y conceptualización del caso**

Jonathan W. Kanter, Cristal E. Weeks, Jordan T. Bonow, Sara J. Landes, Glenn M. Callaghan y William C. Follette

## **4. Técnica terapéutica: Las cinco reglas**

Mavis Tsai, Robert J. Kohlenberg, Jonathan W. Kanter y Jennifer Waltz

## **5. El Yo y el Mindfulness**

Robert J. Kohlenberg, Mavis Tsai, Jonathan W. Kanter y Chauncey R. Parker

## **6. Intimidación**

Robert J. Kohlenberg, Barbara Kohlenberg y Mavis Tsai

## **7. El curso de la terapia: Fases inicial, intermedia y final de la FAP**

Mavis Tsai, Jonathan W. Kanter, Sara J. Landes, Reo W. Newring y Robert J. Kohlenberg

## **8. Supervisión y autodesarrollo del terapeuta**

Mavis Tsai, Glenn M. Callaghan, Robert J. Kohlenberg, William C. Follette y Sabrina M. Darrow

## **9. Valores en la terapia y FAP verde**

Mavis Tsai, Robert J. Kohlenberg, Madelon Y. Bolling y Christeine Terry

## **Autores principales**

**La doctora Mavis Tsai**, co-creadora de la FAP, es una psicóloga clínica que ejerce de forma independiente. También es directora de la clínica especializada en FAP dentro del Centro de Servicios Psicológicos y Formación de la Universidad de Washington, donde participa en la enseñanza, la supervisión y la investigación sobre el desarrollo del tratamiento. Sus publicaciones y presentaciones incluyen trabajos sobre la curación del trauma interpersonal del trastorno de estrés postraumático con FAP, los trastornos del yo, los problemas de poder en la terapia marital, la incorporación de la sabiduría oriental en la psicoterapia, el racismo y los grupos minoritarios, la enseñanza a los jóvenes para que sean activistas por la paz, y el empoderamiento de las mujeres mediante la recuperación del propósito y la pasión. Forma parte de la lista de especialistas senior de Fulbright, ha presentado sesiones de "Master Clinician" en la Asociación de Terapia Cognitiva y del Comportamiento, y ha dirigido numerosos talleres a nivel nacional e internacional. Está interesada en los enfoques multimodales informados por el comportamiento para la curación y el crecimiento que integran la mente, el cuerpo, las emociones y el espíritu. Correo electrónico: [mavis@u.washington.edu](mailto:mavis@u.washington.edu)

**Robert J. Kohlenberg, Ph.D., ABPP**, cooriginador de la FAP, es profesor de psicología en la Universidad de Washington, donde ocupó el cargo de Director de Formación Clínica de 1997 a 2004. La Asociación de Psicología del Estado de Washington le otorgó el Premio al Psicólogo Distinguido en 1999. Pertenece a la lista de especialistas senior de Fulbright y ha presentado sesiones de "Master Clinician" y "World Round" en la Association for Behavioral and Cognitive Therapies. Ha presentado talleres de la FAP tanto en Estados Unidos como en el extranjero, y ha publicado artículos sobre la migraña, el trastorno obsesivo-compulsivo, la depresión, la intimidad de la relación terapéutica y un enfoque de la FAP para la comprensión del yo. Ha obtenido becas de investigación para el desarrollo de tratamientos FAP, y sus intereses actuales son la identificación de los elementos de una psicoterapia eficaz, la integración de psicoterapias y el tratamiento de la comorbilidad. e-mail: [fap@u.washington.edu](mailto:fap@u.washington.edu)

**El doctor Jonathan W. Kanter** es profesor adjunto de psicología, director de la clínica especializada en el tratamiento de la depresión y coordinador de la clínica de psicología de la Universidad de Wisconsin-Milwaukee. Su investigación se centra en la activación conductual, los mecanismos de acción en la FAP y el estigma relacionado con la depresión. Ha presentado numerosos talleres sobre FAP y proporciona supervisión clínica tanto en FAP como en BA. e-mail: [jkanter@uwm.edu](mailto:jkanter@uwm.edu)

**Barbara Kohlenberg, Ph.D.**, es profesora asociada en la Escuela de Medicina de la Universidad de Nevada, Departamento de Psiquiatría y Ciencias del Comportamiento.

Tiene un interés especial en combinar la FAP y la Terapia de Aceptación y Compromiso. Ha sido investigadora principal y coinvestigadora en subvenciones de los Institutos Nacionales de la Salud (NIH) centradas en el desarrollo de tratamientos utilizando FAP y ACT, en las áreas de las adicciones, el estigma y el agotamiento. Sus intereses incluyen FAP, ACT y los elementos de una psicoterapia exitosa. También está interesada en la formación de estudiantes de medicina en habilidades de entrevista para su uso en entornos médicos. e-mail: [bkohlenberg@medicine.nevada.edu](mailto:bkohlenberg@medicine.nevada.edu)

**William C. Follette, Ph.D.**, es profesor asociado de psicología en la Universidad de Nevada, Reno, donde actualmente es el Director de Formación Clínica. Ha impartido varios talleres sobre FAP y dirige un gran equipo de supervisión de FAP en la UNR. Ha presentado varios paneles y simposios en reuniones nacionales, incluyendo la Asociación de Terapias Conductuales y Cognitivas y la Asociación de Análisis de Conducta. Ha recibido una beca del NIMH (Instituto Nacional de Salud Mental) para estudiar la FAP como intervención para los dependientes de las benzodiazepinas. Además de sus intereses en la investigación y el desarrollo de tratamientos y el análisis clínico de la conducta, también investiga sobre la adquisición de habilidades interpersonales complejas, la depresión y la evaluación funcional. Correo electrónico: [follette@unr.edu](mailto:follette@unr.edu)

**El doctor Glenn M. Callaghan** es profesor de psicología en la Universidad Estatal de San José, en California. Ha publicado una variedad de artículos sobre la FAP que van desde conceptualizaciones conductuales a la metodología de investigación esencial para el desarrollo de la FAP hasta estudios de resultados de tratamiento de un solo sujeto. Es coautor de la Escala de Calificación de Psicoterapia Analítica Funcional, un sistema de codificación utilizado para identificar el mecanismo de cambio en FAP. Desarrolló y fue autor de la Plantilla de Evaluación Idiográfica Funcional (FIAT) y de la Evaluación Funcional de las Habilidades de los Terapeutas Interpersonales (FASIT). Sus intereses en la FAP residen en el uso de terapias conductuales interpersonales basadas en el principio, centradas en problemas de repertorio generalizados de larga duración, como los que se observan en la depresión recurrente, el trastorno distímico y los trastornos de la personalidad. Se dedica tanto a la psicoterapia como a la supervisión de terapeutas FAP, y dirige talleres de introducción a la FAP para nuevos terapeutas y de formación de habilidades FAP para terapeutas intermedios y avanzados. e-mail: [Glenn.Callaghan@sjsu.edu](mailto:Glenn.Callaghan@sjsu.edu)

## **Autores colaboradores**

**David E. Baruch** Graduate Student, Cardinal Stritch University, Milwaukee, WI, USA, [debaruch@gmail.com](mailto:debaruch@gmail.com)

**Madelon Y. Bolling, Ph.D.** Independent Practice; Clinical Instructor, University of Washington, WA, USA, [mbolling@u.washington.edu](mailto:mbolling@u.washington.edu)

**Jordan T. Bonow** Graduate Student, University of Nevada, Reno, NV, USA, [jtbonow@yahoo.com](mailto:jtbonow@yahoo.com)

**Andrew M. Busch, M.S.** Graduate Student, University of Wisconsin-Milwaukee, Milwaukee, WI, USA, [ambusch@uwm.edu](mailto:ambusch@uwm.edu)

**Sabrina M. Darrow, M.A.** Graduate Student, University of Nevada, Reno, NV, USA, [darrow@unr.nevada.edu](mailto:darrow@unr.nevada.edu)

**Gareth I. Holman** Graduate Student, University of Washington, WA, USA, [gholman@u.washington.edu](mailto:gholman@u.washington.edu)

**Sara J. Landes, Ph.D.** Postdoctoral Fellow, Harborview Medical Center, University of Washington, WA, USA, [sjlandes@u.washington.edu](mailto:sjlandes@u.washington.edu)

**Reo W. Newring, Ph.D.** Postdoctoral Psychology Fellow, Behavioral Pediatrics and Family Services Clinic, Boys Town, Great Plains, NE, USA, [rwexner@u.washington.edu](mailto:rwexner@u.washington.edu)

**Chauncey R. Parker, Ph.D.** Independent Practice, Reno, NV, USA, [chaunceyparker@gmail.com](mailto:chaunceyparker@gmail.com)

**Mary D. Plummer, Ph.D.** Independent Practice; FAP Clinic Supervisor, University of Washington, WA, USA, [marydp@u.washington.edu](mailto:marydp@u.washington.edu)

**Laura C. Rusch, M.S.** Graduate Student, University of Wisconsin-Milwaukee, Milwaukee, WI, USA, [lrusch@uwm.edu](mailto:lrusch@uwm.edu)

**Christeine Terry** Graduate Student, University of Washington, WA, USA, [cmt3@u.washington.edu](mailto:cmt3@u.washington.edu)

**Jennifer Waltz, Ph.D.** Associate Professor of Psychology, University of Montana, Missoula, MT, USA, [jennifer.waltz@mso.umt.edu](mailto:jennifer.waltz@mso.umt.edu)

**Cristal E. Weeks, M.S.** Graduate Student, University of Wisconsin-Milwaukee, Milwaukee, WI, USA, [ceweeks@uwm.edu](mailto:ceweeks@uwm.edu)

# Capítulo 1

## ¿Qué es la Psicoterapia Analítica Funcional?

**Robert J. Kohlenberg, Mavis Tsai y Jonathan W. Kanter**

Al comenzar a leer este libro, imaginamos que tiene curiosidad intelectual y ganas de ampliar sus habilidades terapéuticas. Puede que ya tenga experiencia en el uso de la Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) y quieras profundizar en ella, o puede que esta sea tu primera exposición. Si no estás seguro de lo que es la FAP, puede que esperes una definición de diccionario basada en la conducta, o puede que estés buscando una respuesta que hable más de tu intuición. Sin embargo, en consonancia con el enfoque conductual que adoptamos en este libro, creemos que no existe un "mejor" absoluto y libre de contexto en términos de definiciones, intervenciones terapéuticas o teoría subyacente. Por el contrario, "lo mejor" siempre depende de lo que se intente conseguir. La FAP es una terapia idiográfica que se experimenta de forma diferente entre quienes la han aprendido, practicado, recibido, investigado, enseñado y/o escrito. Por lo tanto, comenzamos con un smörgåsbord de estas experiencias. Esperamos que al menos una de ellas le llame la atención.

### *1) Un cliente*

Una clienta ha estado luchando con síntomas de TEPT tras experiencias negativas relacionadas con profesionales sanitarios de confianza. En consonancia con los hallazgos de la literatura sobre el TEPT, tenía una vulnerabilidad preexistente que explicaría la inusual intensidad y gravedad de sus síntomas. Su historia incluía el abandono temprano, la falta de cuidados por parte de personas de confianza y la muerte de familiares cercanos. A continuación se presenta un extracto de un correo electrónico en el que describe las reacciones a su sesión de terapia con RJK unos días antes.

Siempre has pedido asociación libre, y esta mañana me he despertado a las 6:30 lleno de ella. Así que, aquí va. ¿Por qué, me preguntaba, estás [RJK] siendo tan persistente en este "perverso" camino de silbar en la oscuridad, en el que estás al mismo tiempo fomentando mi apego a ti (ostensiblemente), mientras hablas del final de nuestra terapia y presumiblemente de otros finales también? ¿En qué clase de tregua incómoda, me pregunté también, se sentarían Freud y los conductistas en la misma mesa a tomar el té? Bueno, se me ocurrió que estás utilizando el apego terapéutico/la transferencia para la terapia de desensibilización/exposición. Me estás pidiendo que esté, una y otra vez, al borde de mi zona de confort, en el espacio en el que uno está "conscientemente" apegado, confiando en ti, en mí mismo realmente, para amortiguar

el final, incluso deleitarse en él. “Terapia de exposición basada en la transferencia”, ¿eh?

2) *Un estudiante graduado*

La FAP me empuja a estirarme y a crecer y a ser teóricamente coherente con mis valores en todos los aspectos de mi vida. La FAP me desafía a ver la terapia a través de los ojos del cliente, a realizar una autointrospección y a analizarme con mayor precisión en mis interacciones.

3) *Un terapeuta de TCC (Terapia Cognitivo-Conductual)*

Aprender a "ser" en una relación terapéutica ha sido una de las ideas más valiosas que me ha dado la FAP. Ahora me doy cuenta de que la mayor parte del tiempo que estoy trabajando con un cliente soy consciente de cómo "estoy" y me centro en la intención de estar plenamente presente, y ha sido un proceso poderoso, incluso cuando es incómodo. Me ha impactado de una manera muy profunda, tanto profesional como personalmente. Soy mucho más consciente de mis patrones de evitación. Estoy más en contacto con mi deseo de vincular mi yo personal y mi yo profesional de una manera más real, más humana y más presente. El aprendizaje de la FAP ha sido una fuerza sanadora y de ampliación en mi vida, y ha enriquecido mucho mi vida. Ha sido una experiencia que ha cambiado mi vida.

4) *Un terapeuta de DBT (Terapia Dialéctica Conductual)*

La FAP consiste en vivir plenamente experimentando la emoción, arriesgando tanto como nuestros pacientes, queriendo cambiar el mundo, queriendo aliviar el sufrimiento y avanzando hacia el amor y la capacidad de amar. Me encanta la mezcla de creatividad, la superación de los límites, la intensidad, los encuentros existenciales y la potente técnica terapéutica.

5) *Coautor del libro*

La FAP es una psicoterapia de orientación interpersonal diseñada para ayudar a aliviar los problemas del cliente que tienen que ver fundamentalmente con las relaciones humanas. El sufrimiento del cliente puede producirse en presencia o en ausencia de personas. Sin embargo, el dolor emocional que sienten los clientes tiene que ver con su falta de conexión significativa. Lo que hace que la FAP sea única es el uso de supuestos conductuales básicos sobre la conformación contingente y la aplicación del refuerzo durante una sesión de terapia. El núcleo de la FAP es su mecanismo hipotético de cambio clínico, a través de la respuesta contingente del terapeuta a los problemas del cliente en directo, durante la sesión, mientras se producen.

6) *Coautor del libro*

La FAP utiliza principios conductuales para crear un espacio sagrado de consciencia, coraje y amor donde la relación terapéutica es el vehículo principal para la curación del cliente y la transformación. La FAP da forma a la eficacia interpersonal alimentando las capacidades de los clientes para hablar y actuar compasivamente

sobre sus verdades y dones, para participar en la intimidad y para dar y recibir plenamente el amor.

Originalmente desarrollamos la FAP (Kohlenberg & Tsai, 1991) para explicar por qué algunos de nuestros clientes que recibían la TCC estándar mostraban transformaciones imprevistas y marcadas en sus vidas, mucho más allá de las expectativas habituales del tratamiento. Cada uno de estos casos notables implicaba una relación terapeuta-cliente naturalmente intensa, involucrada y emocional. Intentamos explicar estas relaciones terapeuta-cliente utilizando un análisis conductual radical (Skinner, 1945, 1953, 1957, 1974) del proceso psicoterapéutico que enfatizaba la historia única de cada individuo.

Ciertamente, la noción de que la relación terapeuta-cliente desempeña un papel central en la producción del cambio es omnipresente en la literatura de la psicoterapia y tiene un apoyo empírico considerable (véase el capítulo 2). Nuestra intención al utilizar conceptos conductuales radicales para entender este fenómeno fue proporcionar una nueva perspectiva sobre la forma en que la relación terapeuta-cliente contribuye a los logros terapéuticos. Utilizamos un enfoque "descendente", comenzando con observaciones clínicas de las intervenciones del terapeuta y sus efectos, y luego utilizando conceptos conductuales para explicar estos efectos. También utilizamos un enfoque "ascendente", aplicando conceptos conductuales, la teoría asociada y los hallazgos de laboratorio para informar, dar forma y perfeccionar las intervenciones terapéuticas. La FAP, tal como se practica actualmente, refleja más de dos décadas de este proceso iterativo.

Una de las principales ventajas del enfoque conductual integrado en la FAP es que apunta a mecanismos de cambio hipotéticos que, a su vez, se prestan a directrices de tratamiento específicas y enseñables. Los conceptos y las definiciones conductuales permiten a los terapeutas poner en práctica una amplia gama de mecanismos terapéuticos potencialmente significativos, como la "valentía", el "amor terapéutico" y la "creación de un espacio sagrado" (véase el capítulo 4), que no suelen abordarse en las terapias cognitivo-conductuales. Llevar ese coraje y ese amor a sus relaciones con los clientes es un proceso difícil que lleva a los terapeutas al límite de sus propias zonas de confort, lo que a menudo evoca la evasión emocional. También buscamos que el conductismo facilite que los terapeutas asuman riesgos responsables y éticos que sean beneficiosos para los clientes.

## **Conceptos básicos de comportamiento que subyacen a la FAP**

El conductismo, que es el núcleo de la FAP, es fácilmente malinterpretado. Por esta razón, es conveniente revisar algunos conceptos conductuales básicos y cómo se aplican en la FAP. Remitimos a los lectores que deseen una descripción más detallada de los principios conductuales fundamentales a nuestro primer volumen (Kohlenberg y Tsai, 1991). En esta sección abordaremos tres conceptos clave: la conducta como acción, la diferencia entre el análisis funcional y el análisis topográfico, y el reforzamiento. Hay que tener en cuenta

que el conductismo es una teoría contextual que cuestiona la existencia de una realidad fija y conocida y, en su lugar, adopta el pragmatismo como criterio de verdad (Hayes, Hayes y Reese, 1988; Roche, 1999). La realidad, e incluso la noción de realidad en este enfoque contextualista de la comprensión de las personas, es una función de las historias experienciales únicas de aquellos para los que una realidad concreta es relevante. En otras palabras, la percepción de la realidad es un producto del contexto en el que se produce dicha percepción. Dado que el contexto desempeña un papel fundamental en esta teoría, la cuestión más importante no es si la teoría es correcta en un sentido objetivo, sino si es útil desde el punto de vista pragmático: ¿conduce a idear intervenciones terapéuticas útiles, a mejorar el sufrimiento humano y a facilitar que las personas lleven vidas significativas, productivas y satisfactorias?

### ***El comportamiento como acción<sup>3</sup>***

¿Qué es el comportamiento? La forma en que se suele responder a esta pregunta está en la raíz de una idea errónea generalizada sobre el conductismo radical. Con demasiada frecuencia, el comportamiento se define de una manera estrecha que se limita a los eventos manifiestos y públicamente observables y no incluye el pensamiento o los sentimientos. Sin embargo, el comportamiento (también conocido como actos) se refiere en realidad a cualquier cosa que haga una persona. El comportamiento engloba sin duda acontecimientos observables como caminar, fumar, reír, hablar y llorar. También incluye actos privados, como tener un sueño, que le guste una película, calcular una propina, sentirse triste, desear un día soleado, pensar, sentir, ver, oír, experimentar y conocer. El comportamiento incluye también la actividad de los órganos corporales, como el latido del corazón. Así pues, todos los aspectos del ser humano están incluidos en esta definición de comportamiento, siempre que el acto se exprese como un verbo: en lugar de tener memoria, la gente recuerda; en lugar de tener valores, la gente valora; en lugar de tener valor, la gente actúa con valor.

El conductismo es una teoría de cambio de conducta, por lo que si las entidades mentales de interés pueden especificarse como verbos, acciones o procesos, los objetivos adecuados de la terapia son mucho más claros. Por ejemplo, en lugar de tener una baja autoestima, las personas piensan, creen, atribuyen, sienten y actúan de formas que ellos mismos u otros etiquetan como indicativas de una baja autoestima. En lugar de tener problemas con el yo, a las personas les resulta difícil experimentar una consciencia permanente, o se vuelven temerosas en las relaciones íntimas. El psicoanalista Schafer (1976) ha pedido y demostrado la viabilidad de una traducción similar de las estructuras psicoanalíticas en procesos (verbos). Por lo tanto, traducir los nombres en verbos también facilita un lenguaje común entre los diferentes sistemas terapéuticos y ayuda a la integración de la psicoterapia (Kohlenberg y Tsai, 1994). A continuación se presentan más ejemplos de conductas como acciones.

---

<sup>3</sup> Esta sección, incluido el poema sobre el comportamiento que figura a continuación, se basa en parte en Biglan (1995).

Soñar, cantar, beber,  
Caminando, hablando, guiñando el ojo, navegando, lamentándose, tomando  
notas y agitándose.  
Preguntando y vagando, lavando y reflexionando.  
Pensando en un viejo amigo, mezclando una buena mezcla.  
Decir tu verdad, beber vermut francés.  
Correr, jadear, suspirar, marcharse.  
Eructar, lanzar, soplar, coser.  
Recoger palos, salir de un apuro.  
Pasar gas, pensar en un vaso.  
Es un comportamiento si puedes hacerlo.  
No importa si nadie lo sabe.

Una vez destacada la importancia de los verbos, es necesario especificar una advertencia, a saber, que cuando en este libro aparezcan sustantivos que parezcan entidades mentales, seguiremos hablando de procesos, pero utilizaremos una forma abreviada de transmitir el significado, ya que utilizar sólo el lenguaje verbal puede resultar poco manejable.

### ***Análisis funcional versus análisis topográfico***

Para ilustrar lo que se entiende por "análisis funcional", considere el siguiente estudio de caso (Haughton y Ayllon, 1965), uno de los primeros reportados en la literatura de terapia de conducta. El paciente representado en la Fig. 1.1 era un residente de larga duración en un pabellón psiquiátrico en una época en la que tanto la medicación como las opciones de tratamiento de apoyo comunitario/social eran limitadas. En ese momento de la historia de la terapia de conducta, los modelos médicos y psicoanalíticos dominaban casi todos los aspectos del tratamiento. En ese contexto, los doctores Haughton y Ayllon intentaban desesperadamente demostrar que las contingencias de refuerzo pueden influir en un comportamiento que se considera casi universalmente como "patológico". Los investigadores trataron de descubrir si la conducta de sostener una escoba y barrer el piso podía ser moldeada en este paciente mediante el uso de cigarrillos como reforzadores. Tras unas semanas de refuerzo de esta conducta, la paciente pasaba la mayor parte del tiempo sujetando la escoba (como se muestra en la Fig. 1.1). Se pidió entonces a dos terapeutas de orientación psicoanalítica, que no estaban al tanto del moldeamiento, que explicaran por qué la paciente actuaba de esa manera. El Dr. A dio la siguiente explicación.



**Fig. 1.1** Esquema del paciente en posición reforzada

La escoba representa para esta paciente un elemento perceptivo esencial en su campo de consciencia. No se sabe cómo ha llegado a serlo; en términos freudianos, podría interpretarse como un símbolo, y en términos conductuales, como un hábito que se ha vuelto esencial para su tranquilidad. Cualquiera que sea el caso, se trata ciertamente de una forma estereotipada de comportamiento, como la que se observa comúnmente en los esquizofrénicos más bien regresivos, y es bastante análoga a la forma en que los niños pequeños o los bebés se niegan a separarse de algún juguete favorito, pedazo de trapo, etc.

El relato del Dr. B fue el siguiente.

Su constante y compulsivo paseo sosteniendo una escoba de la forma en que lo hace podría verse como un procedimiento ritual, una acción mágica. Cuando la regresión conquista el proceso asociativo, las formas primitivas y arcaicas de pensamiento controlan el comportamiento. El simbolismo es un modo predominante de expresión de los deseos insatisfechos más profundos y de los impulsos instintivos. Mediante la magia, controla a los demás, los poderes cósmicos están a su disposición y los objetos inanimados se convierten en criaturas vivas. Su escoba podría ser entonces (1) un niño que le da amor y ella le da a cambio su devoción, (2) un símbolo fálico, (3) el cetro de una reina omnipotente. Su paso rítmico y preestablecido en un espacio determinado no se asemeja a las compulsiones de un neurótico, sino que se trata de un comportamiento mucho más irracional, mucho más controlado. Desde un pensamiento primitivo, se trata de un procedimiento mágico en el que la paciente lleva a cabo sus deseos, expresados de una manera que está muy por encima de nuestra forma sólida, racional y convencional de pensar y actuar.

¿Qué había de malo en las explicaciones de los doctores A y B? Nosotros diríamos que no se basaron en el análisis funcional. Cometieron el error de suponer que se podía inferir la causalidad simplemente observando la topografía (la apariencia formal) del comportamiento. Como conductistas, tratamos de evitar tales inferencias y, en cambio, intentamos descubrir los factores causales que explican el comportamiento. No es que los relatos del Dr. A y del Dr. B no puedan ser correctos. Más bien, existen numerosas causas posibles para el comportamiento del paciente. Sin un análisis funcional, es imposible saber qué explicación es la adecuada para este "síntoma" concreto de este paciente concreto en este momento concreto. Los conductistas creen que el comportamiento independiente del contexto no tiene ningún significado. Las causas, según los conductistas, son estímulos ambientales que influyen en el comportamiento en contextos específicos. Un análisis funcional es un intento de identificar estos estímulos y cómo han adquirido históricamente su influencia en la conducta.

Existen principalmente tres tipos de estímulos de interés en el análisis funcional.

- 1) Los estímulos *reforzadores* son estímulos que siguen a un comportamiento, haciendo que sea más o menos probable que ocurra en el futuro. Los estímulos reforzadores son, en esencia, consecuencias que afectan a la probabilidad o fuerza futura de un comportamiento concreto. Por ejemplo, un vaso de agua refuerza la conducta de una persona sedienta que pide un vaso de agua. En la FAP, el refuerzo es la función más

importante que hay que entender, y la clave de la FAP es comprender cómo los terapeutas refuerzan de forma natural la conducta del cliente.

- 2) Los estímulos *discriminativos* son estímulos que preceden de forma fiable a una conducta y predicen que puede producirse un refuerzo. Los estímulos discriminativos pueden ser complejos. En el ejemplo anterior, un vaso de agua real (o un vaso cercano y agua disponible) y una persona que pueda escuchar la petición son aspectos del estímulo discriminativo para la conducta de pedir un vaso de agua. En otras palabras, los estímulos discriminativos son circunstancias en las que se refuerzan determinadas conductas y, por tanto, es más probable que se produzcan. La conducta que se produce debido a la presencia de un estímulo discriminativo y cuya fuerza se ve afectada por sus consecuencias, o refuerzo, se conoce comúnmente como conducta voluntaria, y técnicamente se denomina conducta "operante". La conducta operante implica tanto estímulos discriminativos como de refuerzo. Una persona no pediría un vaso de agua si, basándose en la experiencia pasada, no tuviera ninguna posibilidad de obtenerlo (estímulos reforzadores) y no hubiera nadie que escuchara la petición (estímulos discriminativos).
- 3) Los estímulos *elicidores*, al igual que los estímulos discriminativos, también preceden al comportamiento. Sin embargo, provocan un tipo de comportamiento diferente y no es necesario el refuerzo. Los estímulos desencadenantes provocan un comportamiento involuntario o reflexivo, denominado técnicamente comportamiento "respondiente". El comportamiento respondiente es el que entra en el paradigma del condicionamiento pavloviano, como la salivación en respuesta a la comida en la lengua. Muchas reacciones emocionales "visceral" pueden considerarse comportamientos de respuesta.

El análisis funcional responde a la pregunta "¿Cuál es la función de un comportamiento?" identificando los estímulos reforzantes, discriminativos y elicidores de los que el comportamiento es una función. La FAP se ocupa principalmente (pero no sólo) del refuerzo, por lo que se analiza en detalle más adelante. Por ahora, el punto crucial es que el refuerzo es un proceso histórico. Uno pide agua, no porque el refuerzo se produzca y el agua se reciba en ese caso, sino porque hacer la pregunta ha sido reforzado con agua de forma fiable *en el pasado*.

El análisis funcional requiere comprender la historia única de cada cliente, y esta comprensión nos permite definir conductas topográficamente similares según las diferentes funciones. Por ejemplo, consideremos la conducta de beber alcohol en exceso en una fiesta. Para un individuo, esto podría representar un refuerzo negativo, si en el pasado el alcohol ha aliviado la ansiedad social y ha hecho que el individuo esté menos nervioso. Para otro individuo, esto podría representar un refuerzo positivo, si en el pasado el consumo de alcohol ha llevado a momentos de diversión. Por supuesto, a menudo están implicadas múltiples funciones, especialmente en el caso de comportamientos complejos. Lo importante por ahora es que, como conductistas, definimos la conducta según su función. Decir que el individuo tiene un problema de consumo de alcohol no es suficiente. Esto es simplemente una descripción de la topografía de la conducta - lo que parece.

Preferimos descripciones como que el problema funciona para aliviar la ansiedad, para obtener beneficios de la disminución de la inhibición social, o que el problema tiene múltiples funciones. Como se ha comentado anteriormente, hay que tener en cuenta que el conductismo es un sistema contextual. Por lo tanto, se prefiere el análisis funcional no porque sea "correcto" o "mejor" en un sentido absoluto u objetivo, sino sólo en la medida en que sea pragmático y conduzca a intervenciones terapéuticas útiles.

Un análisis funcional puede llevarse a cabo de muchas maneras. El método ideal consiste en realizar un experimento que controle y manipule cuidadosamente diferentes variables -en esencia, la creación de una historia real en el laboratorio- mientras se mide la frecuencia de la conducta en cuestión para identificar claramente qué variables funcionan como reforzadores. Salvo raras excepciones (por ejemplo, Kanter et al., 2006), estos análisis funcionales experimentales son difíciles de realizar durante la psicoterapia ambulatoria. De hecho, como las funciones están determinadas por la historia, el terapeuta rara vez tiene acceso directo a esta historia. En su lugar, el terapeuta simplemente hace preguntas para discernir, con la mayor precisión posible, las funciones potenciales de una conducta (véase el capítulo 3 para una discusión detallada de la evaluación). El terapeuta FAP también observa atentamente cómo responde el cliente al terapeuta, lo que constituye una importante fuente de información para ayudar al análisis funcional.

## ***Refuerzo***

En la teoría conductista radical, el refuerzo se considera omnipresente en nuestra vida cotidiana. El término "refuerzo" se utiliza aquí en su sentido preciso y genérico, refiriéndose a todas las consecuencias o contingencias que afectan (aumentan o disminuyen) la fuerza del comportamiento, incluyendo el refuerzo positivo y negativo y el castigo. El refuerzo o el debilitamiento de la conducta se produce a un nivel inconsciente, de modo que no es necesario tener consciencia ni sentimientos. Aunque los individuos a menudo experimentan placer cuando son reforzados positivamente o desagrado cuando son reforzados o castigados negativamente, esta consciencia no es una parte necesaria del proceso de refuerzo y no debe confundirse con él.

El refuerzo es la causa última y fundamental de la acción. Las explicaciones conductuales radicales completas implican necesariamente la identificación del historial de refuerzos. Por ejemplo, un cliente puede decir que gritó a su cónyuge porque estaba enfadado. Sin embargo, como explicación conductual es incompleta y requiere información sobre las contingencias pasadas que explican tanto las acciones de enfadarse como de gritar. Es decir, no todos los cónyuges se enfadan en esas circunstancias ni, aunque se enfaden, todos los cónyuges gritan. Una explicación completa aborda estas cuestiones además de los estados internos del individuo y la situación actual.

Aunque las explicaciones completas siempre se refieren a la historia y se prefieren, a veces puede ser suficiente o útil considerar los problemas de los clientes como resultado

de estímulos discriminativos más próximos (influencias) en el entorno actual, incluidos los pensamientos y emociones privados.

Tres aspectos del refuerzo especialmente relevantes para la situación de la psicoterapia son los reforzadores naturales frente a los artificiales, las contingencias dentro de la sesión y el moldeamiento.

*Refuerzos naturales versus artificiales.* Desgraciadamente, decir simplemente "bien" u ofrecer una recompensa tangible a un cliente por comportarse como el terapeuta quiere son imágenes típicas que vienen a la mente cuando se menciona el término "refuerzo". Estas imágenes no sólo son técnicamente erróneas, sino que ejemplifican el refuerzo artificial. La distinción entre refuerzo natural y refuerzo artificial es especialmente importante en el proceso de cambio (Ferster, 1967; Skinner, 1982). El refuerzo casi siempre se produce de forma natural y rara vez es el resultado de que alguien "intente" reforzar a otro. Los refuerzos naturales son típicos y fiables en la vida diaria, mientras que los artificiales generalmente no lo son. Por ejemplo, dar un caramelo a un niño por ponerse el abrigo es artificial, mientras que sentir frío por no tener su abrigo es un reforzador natural. Del mismo modo, multar a un cliente con cinco centavos por no hacer contacto visual es artificial, mientras que el desplazamiento espontáneo de la atención del terapeuta cuando el cliente mira hacia otro lado es natural.

Los reforzadores artificiales pueden ser muy eficaces en el tratamiento de clientes con limitaciones de movimiento y/o que viven en entornos controlables como escuelas, hospitales o prisiones. En estos entornos, los reforzadores artificiales pueden utilizarse de forma constante y no sólo en el contexto de una breve interacción terapéutica. Sin embargo, el refuerzo artificial puede ser insuficiente cuando se espera que el cambio de conducta se generalice en la vida diaria. Pensemos, por ejemplo, en un cliente para el que expresar su enfado es un problema y que, de hecho, expresa su enfado durante una sesión de terapia por la inflexibilidad del terapeuta respecto a las condiciones de pago. Si el terapeuta responde sonriendo y diciendo: "Me alegro de que hayas expresado tu ira hacia mí", es probable que se trate de un refuerzo artificial, ya que es poco probable que esa consecuencia se produzca en el entorno natural. Los clientes que aprenden a expresar su enfado porque fue seguido de sonrisas no estarían preparados para expresar su enfado de forma adecuada durante la vida diaria. Un refuerzo natural probablemente habría consistido en que el terapeuta tomara en serio al cliente, discutiera y quizás modificara la política de pagos. Los cambios producidos por estas consecuencias tendrían más probabilidades de trasladarse a la vida cotidiana.

Desgraciadamente, el uso deliberado de reforzadores puede llevarlos a ser artificiosos o "falsos" y a perder su eficacia (Ferster, 1972). Este problema fue aludido por Wachtel (1977), quien observó que los terapeutas de la conducta eran a menudo demasiado exuberantes en su uso de los elogios, disminuyendo así su eficacia. Además, el uso deliberado de las consecuencias puede ser visto como manipulador o aversivo por los clientes e inducir esfuerzos por su parte para reducir o alterar los esfuerzos de cambio terapéutico - lo que Skinner (1953) llamaría "contra-control".

El uso del refuerzo en psicoterapia presenta, pues, un gran dilema. Por un lado, el refuerzo natural que depende de la conducta objetivo es el principal agente de cambio disponible en la situación terapéutica. Por otro lado, si el terapeuta intenta "utilizar" a propósito los reforzadores naturales existentes, éstos pueden perder su eficacia, inducir un contra-control y producir un tratamiento manipulador. Sin embargo, el dilema se obvia cuando la terapia está estructurada de forma que las reacciones genuinas del terapeuta ante el comportamiento del cliente refuerzan de forma natural las mejoras a medida que se producen. Más concretamente, dado que el aspecto dominante de la psicoterapia es la interacción, el refuerzo natural inmediato de las mejoras del cliente es más probable cuando la relación cliente-terapeuta evoca de forma natural los problemas que presenta el cliente. El ejemplo siguiente es una relación de este tipo.

Un cliente masculino acaba de demostrar una mejora en la sesión: después de evitar hablar de su dolor por la muerte de su madre durante meses, ha roto y ha empezado a llorar por su muerte. Hasta este momento, el matrimonio del cliente se ha visto perturbado, en parte porque su evasión de la expresión del dolor se lograba estando más distante emocionalmente de su esposa. En este momento, el terapeuta FAP debe hacerse una serie de preguntas como: "¿Cómo me siento hacia este cliente en este momento concreto?", "¿Me siento cercano, íntimo, conectado, solidario, o me siento distante, aburrido, desconectado?", "¿Expresar mi propia reacción ante el cliente en este momento mejoraría nuestra relación y nos acercaría, o le asustaría y castigaría por mostrar sus sentimientos?", "¿Qué probabilidad hay de que mi reacción en este momento sea la típica de su mujer? ¿Sentiría ella lo mismo que yo?". Si las respuestas a estas preguntas son adecuadas, el terapeuta FAP podría ampliar sus sentimientos al cliente diciendo: "Que me muestres tus sentimientos en este momento me hace sentir tan cerca de ti como nunca. Me conecta contigo de una manera profunda". Esto constituye un refuerzo natural. El terapeuta puede animar después al cliente a que deje que su mujer vea también esos sentimientos.

En esencia, la FAP proporciona un conjunto sencillo de directrices (las cinco reglas comentadas en el capítulo 4) que especifican cuándo y cómo aplicar el refuerzo natural en la relación terapéutica.

*Contingencias dentro de la sesión.* Una característica bien conocida del refuerzo es que cuanto más cerca en tiempo y lugar esté una consecuencia de la conducta, mayor será el efecto de esa consecuencia. Por lo tanto, se deduce que los efectos del tratamiento serán más fuertes si las conductas problemáticas y las mejoras de los clientes ocurren durante la sesión, donde están más cerca en tiempo y lugar del refuerzo disponible. Por ejemplo, si una clienta afirma que tiene dificultades para confiar en los demás, la terapia será mucho más potente si su desconfianza se manifiesta realmente en la relación terapéutica, donde el terapeuta puede reaccionar inmediatamente, en lugar de limitarse a hablar de esos incidentes que ocurren entre sesiones. El cambio terapéutico significativo es el resultado de las contingencias que se producen durante la sesión de terapia dentro de la relación cliente-terapeuta.

*Moldeamiento.* El concepto de moldeamiento implica que hay una gran clase de respuesta de las conductas del cliente para que el terapeuta las refuerce. Es el equivalente conductual a decir que "los clientes harán todo lo posible por mejorar y los terapeutas sólo tienen que reconocer cuándo ocurre esto". El moldeamiento es contextual en el sentido de que tiene en cuenta la historia de aprendizaje del cliente y las conductas presentes y ausentes del repertorio del cliente. Así, un mismo comportamiento puede considerarse un problema para un cliente, pero una mejora para otro. Por ejemplo, tomemos el caso de un cliente masculino que golpea el reposabrazos y grita al terapeuta: "¡No me entiendes!". Si este comportamiento proviene de un cliente que entró en terapia sin poder expresar sus sentimientos, constituiría una mejora, y la apertura del terapeuta a este arrebato sería importante. Por supuesto, si estos arrebatos fueran típicos, el terapeuta podría sugerir una forma alternativa de expresar los sentimientos de descontento que no implique demostraciones físicas agresivas.

## **Una visión conductista de la psicoterapia**

¿Qué ocurre durante las sesiones de psicoterapia ambulatoria? Básicamente, un cliente y un terapeuta se sientan en un despacho y hablan entre sí. El cliente está allí por problemas de la vida cotidiana, acude voluntariamente de forma regular y paga el tiempo del terapeuta. El terapeuta no observa al cliente fuera de las sesiones semanales de cincuenta minutos de terapia ni controla los acontecimientos del entorno cotidiano del cliente. Sin embargo, el proceso pretende ayudar al cliente fuera de la consulta en su vida cotidiana.

A la luz de lo anterior, una pregunta teórica interesante a la que se enfrenta todo psicoterapeuta es: "¿Qué hace el terapeuta en la sesión que ayuda al cliente con los problemas que ocurren fuera de la sesión?". Las visiones del mundo y las teorías del comportamiento del terapeuta tienen marcadas implicaciones para los métodos y la forma de la práctica psicoterapéutica empleada. Poniéndonos un sombrero conductista, diríamos que la respuesta está en el análisis funcional. Todo lo que un terapeuta puede hacer para ayudar a los clientes implica la presentación de los tres tipos de estímulos mencionados anteriormente (estímulos reforzantes, discriminativos y elicidores), cada uno de ellos definido por sus funciones o los efectos que tienen en los clientes.

Todas y cada una de las acciones de un terapeuta pueden tener una o varias de las tres funciones anteriores al mismo tiempo. Considere la posibilidad de que un terapeuta pregunte: "¿Qué sientes ahora mismo?". Esta pregunta podría tener una función discriminativa, diciendo en efecto: "Ahora es apropiado describir tus sentimientos". La respuesta del cliente a esta pregunta es la aparición de un operante. Sin embargo, también es posible que la pregunta sea aversiva para el cliente y, por tanto, castigue la conducta que la precede inmediatamente. Por ejemplo, imaginemos que el cliente estaba llorando inmediatamente antes de que el terapeuta hiciera la pregunta, pero no sabe exactamente por qué estaba llorando y odia no tener respuestas. En este caso, la pregunta del terapeuta puede castigar la expresión emocional del llanto y hacer que sea menos probable que se produzca en el futuro. Este debilitamiento de la

conducta anterior del cliente es el resultado de la función de refuerzo (castigo en este caso). La función elicitoria de la pregunta puede hacer que el cliente se ponga rojo, sude, se ponga ansioso o induzca otros estados corporales privados. La razón específica por la que el cliente reacciona de esta manera puede encontrarse en su historia.

La aplicación del análisis funcional a la psicoterapia ambulatoria puede parecer una idea extraña. Sin embargo, ha quedado bastante claro que el análisis funcional es extremadamente beneficioso en otras áreas de la psicología. De hecho, al aplicar los principios básicos del análisis funcional para efectuar cambios de conducta en entornos controlados e institucionales, como las aulas y las unidades de hospitalización, los analistas funcionales aplicados han tenido un inmenso impacto en el campo. Dichos analistas han creado una serie de tratamientos exitosos para muchas poblaciones definidas por graves alteraciones de la conducta y deficiencias físicas y cognitivas

Durante muchos años, a pesar del éxito continuado en entornos como los mencionados anteriormente, los analistas funcionales (con la notable excepción de Hayes (1987)) no intentaron aplicar el principio fundamental del refuerzo al contexto de la psicoterapia para adultos, en régimen ambulatorio. Los factores que retrasaron el nacimiento de la FAP se han descrito en detalle en otros lugares (Kohlenberg, Tsai y Dougher, 1993; Kohlenberg, Bolling, Kanter y Parker, 2002; Kohlenberg, Tsai y Kohlenberg, 1996). Aquí, simplemente señalamos que una de las razones de la reticencia a aplicar los principios del refuerzo en la terapia puede ser el desagrado por el refuerzo arbitrario o privado, que muchos no conductistas asumen erróneamente como la única forma de refuerzo. Por ejemplo, es difícil para los terapeutas ver la relevancia de los reforzadores que se utilizan a menudo en la investigación básica (por ejemplo, bolitas de comida o agua), o los que se utilizan en el trabajo aplicado en entornos controlados (por ejemplo, privilegios de juego o fichas para comprar cigarrillos) para su trabajo con clientes adultos, en régimen ambulatorio. Creemos que la FAP resuelve con elegancia este problema y aprovecha el poder del refuerzo para crear experiencias terapéuticas genuinas que cambian la vida.

## **El enfoque terapéutico "aquí y ahora" de la FAP**

La FAP se basa en los supuestos de que, (1) la única forma en que un terapeuta ayuda al cliente es a través de las funciones discriminativas, reforzadoras y elicitorias de lo que hace el terapeuta, y (2) estas funciones de estímulo tendrán sus efectos más fuertes en la conducta del cliente que ocurren durante la sesión. Por lo tanto, la característica más importante de un problema adecuado para la FAP es que puede ocurrir durante la sesión de terapia. Las mejoras del cliente también deben tener lugar durante la sesión y ser reforzadas de forma natural por las acciones y reacciones del terapeuta. La aplicación de este enfoque "aquí y ahora" es el núcleo de la FAP.

## ***Comportamiento clínicamente relevante***

El concepto de conducta clínicamente relevante (CCR) es fundamental para la aplicación del enfoque "aquí y ahora" de la FAP. El terapeuta FAP necesita distinguir entre tres tipos de comportamientos clínicamente relevantes del cliente que puede ocurrir durante la sesión; estos CCRs son de importancia central para el proceso de terapia.

*CCR1s: Problemas del cliente que ocurren en la sesión.* Los CCR1 son ocurrencias en sesión de los repertorios del cliente que han sido especificados como problemas de acuerdo con los objetivos del cliente para la terapia y la conceptualización del caso. Debe haber una correspondencia entre los CCR1 específicos y los problemas particulares de la vida diaria. La comprensión de los CCR1 requiere una apreciación de la conducta en términos de clases de respuesta amplias que incluyen topografías conductuales variadas; algunas ocurren en la sesión en relación con el proceso de terapia y el terapeuta, mientras que otras ocurren fuera de la sesión en relación con el trabajo, los amigos, la familia, las personas significativas, etc. En una FAP exitosa, la frecuencia de los CCR1 debería disminuir en el transcurso de la terapia. Típicamente, las CCR1 están bajo el control de estímulos aversivos y consisten en la evitación (incluyendo la evitación emocional), pero las CCR1 no se limitan en absoluto a los repertorios de evitación problemática. Los siguientes comportamientos son casos reales de presentación de problemas clínicos.

- Una mujer que no tiene amigos y "no sabe hacer amigos" evita el contacto visual, responde a las preguntas hablando largo y tendido de forma desenfocada y tangencial, tiene una "crisis" tras otra, exige que la atiendan, se enfada con el terapeuta por no tener todas las respuestas y se queja con frecuencia de que el mundo "se caga" en ella y de que recibe un trato injusto.
- Un hombre que evita entablar relaciones amorosas decide siempre con antelación de qué va a hablar durante la hora de terapia, vigila el reloj para poder terminar precisamente a tiempo, afirma que sólo puede venir a terapia cada dos semanas debido a lo ajustado de su economía (gana 70.000 dólares al año) y cancela la siguiente sesión después de hacer una auto-revelación importante.
- Un autodenominado "ermitaño" al que le gustaría entablar una relación estrecha y que lleva tres años en terapia, sigue pensando periódicamente que su terapeuta "sólo está en esto por el dinero" y que le desprecia en secreto.
- Una mujer que tiene un patrón de relaciones con hombres inalcanzables se enamora de su terapeuta.
- Una mujer que tiene un historial de gente que la abandona porque "se cansa" de ella introduce temas nuevos e implicados al final de la hora, amenaza frecuentemente con suicidarse y se presenta borracha en casa de su terapeuta en mitad de la noche.
- Un hombre que sufre de ansiedad al hablar se "congela" y es incapaz de hablar con su terapeuta durante la sesión.
- Un hombre deprimido que se siente controlado por su mujer se presenta sesión tras sesión sin aportar nada a la agenda terapéutica y acepta pasivamente todo lo que el terapeuta le sugiere.

- Un hombre que debe ser siempre el alma de la fiesta pasa la mayor parte de cada sesión contando historias divertidas al terapeuta, al principio se siente satisfecho después de cada sesión pero finalmente siente que su terapia no progresa.
- Una mujer que cree erróneamente que su marido la engaña siente que al terapeuta le gustan más sus otros clientes que ella.

CCR2s: *Mejoras del cliente que se producen en la sesión.* Los CCR2 son mejoras en sesión en los repertorios CCR1 y deberían aumentar en frecuencia en el curso de una FAP exitosa. Durante las primeras etapas del tratamiento, las conductas CCR2 son raras o de baja intensidad cuando ocurre una instancia del problema clínico, CCR1. Por ejemplo, considere un cliente cuyo problema es el retraimiento y los sentimientos de baja autoestima que lo acompañan cuando "la gente no le presta atención" durante las conversaciones y en otras situaciones sociales. Este cliente puede mostrar comportamientos de retraimiento similares cuando el terapeuta no atiende a lo que está diciendo o le interrumpe. Los posibles CCR2 para esta situación incluyen repertorios de conductas asertivas que habrían dirigido al terapeuta de vuelta a lo que el cliente estaba diciendo, o la capacidad de discernir el interés decreciente del terapeuta antes de que éste procediera al punto de interrumpirlo.

Consideremos otro caso, el de una clienta que ha sufrido abusos sexuales de niña por parte de su padre y tiene problemas de ansiedad e insomnio constantes. Además, evita las relaciones íntimas y no es abierta, confiada o vulnerable. Los objetivos terapéuticos serían reducir la evitación generalizada y aumentar los CCR2 de: (1) contactar con sentimientos como el dolor, la ira y la pena, (2) aprender a pedir lo que quiere (es decir, que sus necesidades son importantes y merecen atención), (3) aprender a aceptar el cuidado de su terapeuta a través de la sensación de ablandar su corazón, sentir su respiración y respirar más profundamente.

CCR3s: *Interpretaciones de la conducta por parte del cliente.* Hasta ahora hemos enfatizado que el análisis funcional, el proceso de intentar comprender la conducta en términos de historias de refuerzo y otras funciones de estímulo, es crucial para la FAP. Dicho análisis es un componente crítico de la FAP porque esta charla funcional ayudará al terapeuta a describir más eficazmente la conducta en términos que conduzcan a intervenciones útiles de la FAP. La identificación de la naturaleza de los reforzadores que históricamente han conformado y mantenido una conducta debería permitir al terapeuta identificar e intervenir en respuestas reforzadoras específicas para cambiar esa conducta. Otro componente vital de la FAP es el proceso a través del cual los clientes aprenden a ver el mundo a través de esas lentes funcionales. En este sentido, cualquier intento de un cliente de describir las causas de su comportamiento en la terapia es una oportunidad para que el terapeuta de FAP dé forma a una charla más funcional y, con suerte, más útil. Para resaltar la importancia de esta cuestión, la conversación de los clientes sobre su propio comportamiento y las causas del mismo se denomina CCR3. Los CCR3 incluyen "dar razones" e "interpretaciones".

La mayoría de las conversaciones del cliente en la terapia no son particularmente funcionales. Mientras que las mejores CCR3 implican la observación y descripción de la propia conducta y de los estímulos reforzantes, discriminativos y elicidores asociados,

cualquier conversación "causal" puede considerarse como CCR3 porque representa una oportunidad para dar forma a algo importante para la FAP en la sesión de terapia. Por ejemplo, un cliente puede decir: "Le grité a mi hijo porque soy una persona terrible". Esta afirmación ciertamente identifica una causa para un comportamiento, pero no una causa particularmente útil. Esto debería considerarse una oportunidad para dar forma a una charla más funcional. El terapeuta puede ayudar al cliente a identificar los estímulos discriminativos que ocasionaron la conducta (por ejemplo, el niño no estaba escuchando y llegaban tarde a la guardería), y las condiciones de refuerzo que fortalecieron la conducta a lo largo del tiempo (por ejemplo, gritar funciona, al menos a corto plazo, para calmar al niño). El terapeuta y el cliente también pueden discutir otros factores históricos relevantes para la situación, como que el cliente nunca haya tenido la oportunidad de aprender respuestas alternativas. Obsérvese que la mejora de la charla funcional no sólo puede ayudar al cliente a sentirse mejor consigo mismo, sino que también puede dar lugar a intervenciones útiles tanto en términos de estímulos discriminativos (por ejemplo, salir antes a la guardería) como de refuerzo (por ejemplo, elogiar al niño cuando se comporta correctamente).

Los CCR3 son especialmente importantes para la FAP cuando se relacionan con los CCR1 y los CCR2, porque los CCR3 deberían ayudar a la generalización de los CCR2 de la terapia a la vida exterior. Pensemos en una usuaria que, después de una intensa interacción terapéutica, dice: "Vaya, me sorprende que pueda alterarme tanto aquí y tú lo toleres. Mi padre habría salido corriendo gritando". Aunque la clienta no utilizó términos como refuerzo o castigo, claramente está contrastando una respuesta de refuerzo del terapeuta (en reacción a su despliegue emocional) con una respuesta de castigo de su padre. El terapeuta podría preguntar entonces: "¿Pero qué pasa con tu marido? ¿Lo tolerará?". La clienta podría considerar entonces que sí. Este tipo de experiencia terapéutica, en la que el refuerzo se experimenta en la sala de terapia y luego se identifica a través de la CCR3 con el mundo exterior, debería llevar al cliente a probar la CCR2 con mayor facilidad

Tomemos otro ejemplo, el de una mujer de unos cuarenta años que no había tenido relaciones sexuales con nadie durante más de 15 años. Después de tres años en FAP, se convirtió en la amante de un hombre que conoció a través de su iglesia. Su CCR3 fue: "La razón por la que estoy en esta situación íntima es porque usted [el terapeuta] estuvo ahí para mí. Es un cambio fenomenal. Si no fuera por usted, no estaría en esta situación. Con usted fue el primer lugar seguro que tuve para hablar de lo que siento, para encontrar las razones por las que es deseable ser sexual. Hubo un periodo de tiempo en el que me sentí más abiertamente atraída por ti y tú aceptaste mis sentimientos. Aquí aprendí que era mejor estar entera y sentir mi sexualidad que estar blindada y vacía, y practiqué aprendiendo a ser directa contigo". Este tipo de afirmación puede ayudar a aumentar la transferencia de los logros del cliente en la situación de terapia a la vida diaria. En este caso, la conducta a generalizar la ayudó a formar una relación íntima y a aumentar el consiguiente refuerzo positivo en la vida diaria.

Un último punto sobre los CCR3 está relacionado con el hecho de que muchos sistemas terapéuticos asumen que el comportamiento importante en la terapia es hablar (después de todo, se llama comúnmente terapia de "conversación"). En la FAP, la etiqueta CCR3 reconoce el hecho de que en la terapia se habla mucho y, por lo tanto, queremos que sea el tipo de

conversación más útil (conversación funcional). Sin embargo, el objetivo final de la FAP no es formar repertorios CCR3, sino formar CCR2, y los CCR3 sólo son útiles en la medida en que facilitan esto. Los terapeutas a veces confunden los repertorios CCR3 con la conducta a la que se refieren. Un cliente que dice que se retira cada vez que se vuelve dependiente en una relación (CCR3) es muy diferente de retirarse realmente durante la sesión porque se está volviendo dependiente del terapeuta (CCR1). Desafortunadamente, algunos terapeutas se centran en aquellos repertorios verbales que describen una conducta problemática que ocurre en la vida diaria y no observan las conductas problemáticas (CCR1) o las mejoras (CCR2) a medida que ocurren. En la FAP, cuando se produce la CCR2, la mejor respuesta podría ser inclinarse hacia delante, mantener un contacto visual estrecho y permitirse sentir y expresar lo que surja de forma natural. Esta interacción se puede comentar después de que pase el momento.

## **Una cosmología conductual**

La FAP exige que el terapeuta aprenda la filosofía conductista y sea capaz de hablar como un conductista. Algunos pueden juzgar este enfoque como frío y distante, pero eso no es cierto. De hecho, la filosofía en su núcleo fomenta las conexiones emocionales profundas, la empatía y el amor. Terminamos este capítulo con una cosmología conductista, una metáfora que amplía el conductismo para dar cuenta de la interconexión de toda la vida y que puede conducir a una consciencia plena de la experiencia del "aquí y ahora". En la FAP, la atención a la experiencia del "aquí y ahora" del cliente es fundamental, y una de las mejores formas de hacerlo es "experimentar" (el verbo). Ni que decir tiene lo que el cliente "experimenta" suele ser el enfoque más productivo de la terapia y que, si se ignora, puede ser antiterapéutico. Para atender mejor a la experiencia de los clientes, los terapeutas tienen que estar primero en contacto con su propia experiencia. Comenzamos este capítulo con relatos personales de la experiencia de la FAP, antes de describir cómo el conductismo intenta dar cuenta de todo lo que la gente hace, lo que lleva al énfasis del "aquí y ahora" en la psicoterapia. Concluimos con cómo el conductismo conduce a una experiencia de "aquí y ahora" para el terapeuta, que puede facilitar las conexiones emocionales y empáticas esenciales para la FAP.

Una explicación conductual de quiénes somos y cómo pensamos, sentimos y percibimos es una descripción verbal de nuestra historia, en particular de las contingencias de refuerzo que explican la aparición de nuestros repertorios conductuales. Las contingencias de refuerzo fortalecen y debilitan diferencialmente repertorios específicos de conducta operante. Además, hay otro tipo de contingencias que también han moldeado aspectos importantes de lo que somos. Se trata de las contingencias de supervivencia que determinaron que nuestros antepasados sobrevivieran o murieran. El material genético, la estructura física y las tendencias de comportamiento de nuestros antepasados fueron moldeados por estas contingencias de supervivencia. La conducta operante es una de las tendencias moldeadas de esta manera. Las contingencias de refuerzo, desde esta perspectiva, funcionan para producir la conducta operante porque nuestros ancestros cuyos patrones de conducta adaptativa fueron reforzados por ciertas consecuencias de supervivencia sobrevivieron. Por ejemplo, nuestros

antepasados aprendieron a volver sobre sus pasos hasta los abrevaderos porque se vieron reforzados al encontrar agua. Nos transmitieron la tendencia a que el comportamiento se viera reforzado por contingencias de refuerzo.

Una técnica mediante la cual podemos conectar con nuestra experiencia del momento presente e identificarla es intentar ser conscientes (véase el capítulo 5 para los significados conductuales de "consciente") de las contingencias de refuerzo que han dado forma a lo que somos. A continuación se expone la experiencia del momento presente de un autor (RJK) en forma de metáfora.

Estoy aquí, en este momento, frente a mi ordenador. Cuando hago una pausa, puedo experimentar que estoy al frente de una corriente de experiencias que se extiende hacia el pasado. Mi imagen es que estoy de pie al frente de un río que se mueve lentamente y que me ha traído a este instante. Cuando miro hacia atrás por encima de mi hombro, puedo verme a mí mismo levantándome esta mañana, y mis interacciones con Mavis, mi compañera de raquetbol, mis estudiantes, mi hijo y mi perro que llenaron el paso del tiempo, conduciéndome a este punto. Para dar cuenta de estas acciones e interacciones de "llegar a este instante", puedo mirar aún más atrás en la corriente, antes de levantarme, y ver que he aprendido a levantarme temprano para llegar a tiempo a mi oficina, para preparar una clase o una sesión de terapia, porque cuando lo hacía había consecuencias. Al igual que ahora, me refuerzan las palabras que aparecen en el monitor mientras tecleo y avanzo en este manuscrito, que marca un hito en mi vida. Mis interacciones de hoy son una pequeña fracción de la multitud de experiencias que he tenido: con Mavis, mis hijos, mis amigos, mis hermanos, mis alumnos, mis clientes, mis padres y mis abuelos. A diferencia de los sentimientos que experimento ahora (por ejemplo, alerta, contemplación, compromiso, emoción), cuando miro hacia atrás en la corriente me doy cuenta de que normalmente no era consciente de estas contingencias o consecuencias de mis acciones pasadas. Estas contingencias, independientemente de mi consciencia de ellas, cambiaron las sinapsis de mi cerebro y son responsables de lo que hago, siento, noto, pienso y percibo en este momento. La corriente de tiempo y todas las contingencias a las que he estado expuesto incluyen el evento más responsable de mi comportamiento actual (trabajar en este manuscrito), a saber, una conferencia inspiradora a la que asistí. En concreto, las interacciones o contingencias que se produjeron con mis colegas, mis estudiantes y mi hija en esa conferencia son los estímulos para mi escritura actual. Sin embargo, cada una de estas personas en ese momento pasado tenía sus propias corrientes de experiencias que se arrastraban tras ellas y que, a su vez, influyeron en lo que hicieron durante esa reunión. En cierto sentido, hubo una confluencia de corrientes durante esa reunión, y sin duda me afectaron muchas de las experiencias de sus corrientes que entraron en sus interacciones. Por supuesto, cada una de sus corrientes estaba influenciada por la confluencia con otras corrientes que habían ocurrido antes en sus días, sus semanas y, en última instancia, sus vidas.

## *Ejercicio vivencial*

Realicemos un breve ejercicio similar al descrito anteriormente. Elija un momento para hacerlo que le resulte conveniente. Primero cierra los ojos y centra tu atención en la respiración. Respire de forma natural, centrándose en las sensaciones de inhalación y exhalación. Es normal que te distraigas en este momento, y si lo haces, simplemente vuelve suavemente a la tarea de notar tu respiración. Después de unas diez respiraciones, intente utilizar imágenes para conceptualizar su experiencia. Una imagen útil es la de un arroyo, como se describe en el ejemplo anterior. Imagina que te encuentras al frente de una corriente de experiencias pasadas. Si miras un poco hacia atrás en esta corriente, puedes verte en algún momento hace unas horas (despertando, almorzando, conduciendo tu coche, etc.). A continuación, eche un vistazo a la corriente de los últimos días, semanas o meses y véase teniendo una interacción especialmente agradable, íntima o implicada con una persona concreta. Intente recordar los detalles: cómo era esa persona, qué se dijeron, cómo se sintió al estar con ella. Ahora, imagina que esa persona también tiene un arroyo que se extiende detrás de ella y que vuestra interacción implica la confluencia de ambos arroyos. En ese momento, los riachuelos de cada una de vuestras corrientes se unen y regresan. Percibe cómo lo que ha ocurrido entre los dos ha sido influenciado no sólo por tu historia, sino también por la del otro. Cuando hayas experimentado esta imagen, haz una pausa y lee el siguiente paso:

Mira más atrás en el tiempo desde esa interacción significativa, muy atrás en tu corriente. Al retroceder, vete a ti mismo como un joven adulto, un adolescente, un niño, un niño pequeño dando sus primeros pasos. Dedicar un momento a reconocer algunas de las personas y acontecimientos más importantes que han dado forma a lo que eres. A continuación, concéntrate en una imagen concreta, o simplemente en la noción de que eras un bebé, con una serie de experiencias precedentes que te han moldeado (independientemente de que seas consciente de esas experiencias). Intenta mirar más atrás, visualízate como un feto en el vientre materno, y luego retrocede en el tiempo hasta el momento en que la unión del espermatozoide y el óvulo formó un embrión. El espermatozoide y el óvulo tuvieron sus propias corrientes de experiencias pasadas que dan cuenta del material genético de cada uno. Por último, permítase sentir una sensación de interconexión con los demás y con el pulso del universo mientras abre gradualmente los ojos.

El ejercicio anterior se detuvo en la unión del espermatozoide y el óvulo. Sin embargo, de acuerdo con Skinner, la metáfora completa incluiría la inversión de la cadena evolutiva hasta el limo que se formó en los bordes de la sopa primordial y, a continuación, los acontecimientos geofísicos que condujeron a la formación de aminoácidos, etc. A partir de esta metáfora conductual de nuestras historias de contingencias de refuerzo y supervivencia, existe una unidad cósmica y una interconexión entre todos nosotros y con los orígenes del mundo material que tenemos en común.

Esta experiencia se describe elocuentemente en esta cita de un discurso de 1854 atribuido al Jefe Seattle:

Cada aguja de pino brillante, cada orilla de arena, cada niebla en los bosques oscuros, cada pradera, cada insecto que zumba... todo es sagrado en la memoria y la

experiencia de mi pueblo. Conocemos la savia que corre por los árboles como conocemos la sangre que corre por nuestras venas. Somos parte de la tierra y ella es parte de nosotros... Las crestas rocosas, el rocío de la pradera, el calor del cuerpo del poni y el hombre pertenecen a la misma familia. El agua brillante que se mueve en los arroyos y ríos no es sólo agua, sino la sangre de nuestros antepasados... Cada reflejo brillante en las aguas claras de los lagos habla de acontecimientos y recuerdos en la vida de mi pueblo. El murmullo del agua es la voz del padre de mi padre... El viento que dio a nuestro abuelo su primer aliento también recibió su último suspiro... Todas las cosas están conectadas como la sangre que nos une a todos. El hombre no tejió la red de la vida, él es simplemente una hebra en ella. Lo que hace a la red, se lo hace a sí mismo...

Desde una perspectiva conductual, ese contacto profundo con el momento presente es crucial, ya que debería conducir a una mayor consciencia y contacto con las contingencias inmediatas y a una mayor capacidad para reforzar de forma más natural a sus clientes y a otras personas que entren en contacto con usted y su corriente de experiencia.

## Referencias

- Biglan, A. (1995). *Changing cultural practices: A contextualist framework for intervention research*. Reno, NV: Context Press.
- Chief Seattle (1854). Retrieved January 31, 2008, from <http://www.cs.rice.edu/ssiyer/minstrels/poems/184.html>
- Ferster, C. B. (1967). Arbitrary and natural reinforcement. *The Psychological Record*, 22, 1–16.
- Ferster, C. B. (1972). Clinical reinforcement. *Seminars in Psychiatry*, 4(2), 101–111.
- Haughton, E., & Ayllon, T. (1965). Production and elimination of symptomatic behavior. In L. Ullman, & L. Krasner (Eds.), *Case studies in behavior modification* (pp. 94–98) New York: Holt Rinehart.
- Hayes, S. C. (1987). A contextual approach to therapeutic change. In N. Jacobson (Ed.), *Psychotherapists in clinical practice: Cognitive and behavioral perspectives* (pp. 327–387). New York: Guilford
- Hayes, S. C., Hayes, L. J., & Reese, H. W. (1988). Finding the philosophical core: A review of Stephen C. Pepper's world hypotheses: A study in evidence. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 50(1), 97–111.
- Kanter, J. W., Landes, S. J., Busch, A. M., Rusch, L. C., Brown, K. R., Baruch, D. E., et al. (2006). The effect of contingent reinforcement on target variables in outpatient psychotherapy for depression: A successful and unsuccessful case using functional analytic psychotherapy. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 39(4), 463–467.
- Kohlenberg, R. J., Bolling, M. Y., Kanter, J. W., & Parker, C. R. (2002). Clinical behavior analysis: Where it went wrong, how it was made good again, and why its future is so bright. *The Behavior Analyst Today*, 3(3), 248–254.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationships*. New York: Plenum Press.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1994). *Functional analytic psychotherapy: A radical behavioral approach to treatment and integration*. *Journal of Psychotherapy Integration*, 4(3), 175–201.

- Kohlenberg, R. J., Tsai, M., & Dougher, M. J. (1993). The dimensions of clinical behavior analysis. *Behavior Analyst*, 16(2), 271–282.
- Kohlenberg, R. J., Tsai, M., & Kohlenberg, B. S. (1996). Functional analysis in behavior therapy. In M. Hersen, R. M. Eisler, & P. M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification* (pp. 1–24). Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Roche, B. (1999). ‘New wave’ analysis. *The Psychologist*, 12(10), 498–499.
- Schafer, R. (1976). *A new language for psychoanalysis*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Skinner, B. F. (1945). The operational analysis of psychological terms. *Psychological Record*, 52, 270–276.
- Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. New York: McMillian.
- Skinner, B. F. (1957). *Verbal behavior*. New York: Appleton-Century-Croft.
- Skinner, B. F. (1974). *About behaviorism*. New York: Knopf.
- Skinner, B. F. (1982). Contrived reinforcement. *The Behavior Analyst*, 5, 3–8.
- Wachtel, P. L. (1977). *Psychoanalysis and behavior therapy: Toward an integration*. New York: Basic Books.

## Capítulo 2

### Líneas de evidencia en apoyo de la FAP

**David E. Baruch, Jonathan W. Kanter, Andrew M. Busch, Mary D. Plummer, Mavis Tsai, Laura C. Rusch, Sara J. Landes y Gareth I. Holman**

¿Qué pruebas empíricas respaldan la FAP? Por un lado, la FAP se basa en un puñado de principios conductuales básicos derivados teórica y empíricamente de décadas de experimentación en laboratorio. Por otro lado, la FAP aún no se ha probado en un ensayo controlado aleatorio. Nuestra creencia es que los principios básicos de la FAP -a saber, la importancia de la relación terapéutica y el uso del refuerzo natural para dar forma a los problemas del cliente cuando se producen de forma natural en la relación terapéutica- son sólidos, y las líneas de evidencia en apoyo de estos principios convergen desde múltiples y diversas áreas de investigación. En este capítulo revisamos estas líneas de evidencia. Sin embargo, debe quedar claro desde el principio que esta revisión no pretende en absoluto justificar la escasez de pruebas empíricas directas en apoyo de la FAP. Por el contrario, creemos que los resultados de esta revisión sugieren fuertemente que se justifica una investigación empírica adicional que investigue específicamente la eficacia de la FAP, ya que se desarrolló a partir de una base sólida de principios y pruebas y representa una convergencia de algunos de los hallazgos más sólidos en la investigación psicológica.

Aunque la FAP es una terapia basada en los principios del análisis de la conducta, en el fondo es una terapia interpersonal. La FAP se basa en el supuesto de que tanto las causas como el tratamiento de la psicopatología están íntimamente relacionados con las relaciones interpersonales. Esta suposición tiene un apoyo sustancial en la literatura con respecto a los trastornos depresivos. Está bien establecido que los problemas interpersonales, las relaciones problemáticas y la falta de apoyo social predicen la aparición (Stice, Ragan y Randall, 2004), el curso (Lara, Leader y Klein, 1997; Miller et al., 1992), la duración (Brown y Moran, 1994) y la recaída de la depresión (Hooley y Teasdale, 1989). Por el contrario, la presencia de apoyo social tiene efectos protectores (Peirce, Frone, Russell, Cooper y Mudar, 2000) y predice la recuperación de la depresión (Lara et al., 1997; Sherbourne, Hays y Wells, 1995). Mientras que varias terapias alternativas se centran en la relación terapéutica y los procesos asociados, la FAP utiliza principios básicos de aprendizaje para aprovechar la relación terapeuta-cliente, centrándose en el establecimiento de un repertorio interpersonal más eficaz con el fin de efectuar la generalización de estas nuevas habilidades a las relaciones en la vida de los clientes.

Los estudios de casos que incluyen la FAP como tratamiento independiente han incluido los celos (López, 2003), el trastorno de ansiedad sin agorafobia (Bermudez, Ferro, & Calvillo, 2002), el dolor crónico (Vandenberghe, Ferro, & Furtado da Cruz, 2003), trastorno de estrés postraumático (Kohlenberg & Tsai, 1998), patrones agresivos-defiantes en un niño (Gosch & Vandenberghe, 2004), trastorno obsesivo-compulsivo (Kohlenberg & Vandenberghe, 2007; Vandenberghe, 2007) y la depresión (Ferro, Valero y Vives, 2006). También se han publicado varios estudios de casos de otras intervenciones que incorporan la FAP. Entre ellos se incluyen estudios de casos que utilizan la FAP y la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT; Hayes, Strosahl y Wilson, 1999) en las áreas de fibromialgia (Queiroz y Vandenberghe, 2006), anorgasmia (Oliveira-Nasser y Vandenberghe, 2005) y exhibicionismo (Paul, Marx y Orsillo, 1999). También se ha utilizado una combinación de Terapia Dialéctica Conductual (DBT) y FAP en el caso de un individuo diagnosticado con un trastorno de personalidad NOS (no especificado) (Wagner, 2005). Estos informes proporcionan evidencia anecdótica y orientación clínica, y sugieren la amplitud de los problemas que se presentan para los que la FAP y las mejoras de la FAP pueden ser apropiadas. Esta abundancia de literatura de casos plantea la pregunta: ¿cuál es la base empírica de la FAP?

Nuestro objetivo en este capítulo es destacar las líneas de evidencia convergentes de múltiples disciplinas que apoyan los principios clave de la FAP. Al mismo tiempo, señalamos las formas en que la teoría FAP contribuye a cada una de estas literaturas, y al hacerlo informa a los terapeutas sobre la promoción del cambio del cliente utilizando una metodología única y poderosa. Con este fin, tratamos de abordar no sólo las áreas de convergencia, sino también destacar los puntos en los que la FAP diverge, ya sea en la interpretación de los resultados o en sus implicaciones para la terapia.

## **La alianza terapéutica**

La FAP se basa en la noción de que la relación terapéutica es un factor importante en la psicoterapia, lo cual no es una noción controvertida. Sin embargo, la FAP argumenta que para aprovechar plenamente la relación como mecanismo de cambio, debe conceptualizarse de manera que se especifique el llamado factor "no específico" de la relación. Es decir, ¿cuáles son los factores específicos que hacen que la interacción terapeuta-cliente sea curativa? Antes de aclarar esta posición, primero revisamos las pruebas que apoyan la relevancia de la relación para la psicoterapia.

El concepto de alianza terapéutica se remonta a los primeros escritos de Freud (1912/1958), quien abordó por primera vez la importancia de los sentimientos amistosos o afectivos entre el paciente y el terapeuta como base para cualquier beneficio terapéutico futuro. El concepto de alianza también se basa en gran medida en la afirmación de Rogers (1957) de que la empatía terapéutica, la consideración positiva incondicional y la autenticidad constituyen condiciones necesarias y suficientes para el éxito de la psicoterapia. En los últimos 25 años, ha crecido el interés por la alianza terapéutica como elemento esencial del

proceso terapéutico, de tal manera que los investigadores contemporáneos de la psicoterapia la definen ampliamente como el vínculo colaborativo y afectivo entre el terapeuta y el cliente y su capacidad para ponerse de acuerdo sobre los objetivos y las tareas del tratamiento (Martin, Garske y Davis, 2000).

Las evidencias de la importancia de la alianza terapéutica surgen de dos fuentes principales. En primer lugar, aunque los investigadores de diferentes orientaciones teóricas han evaluado la alianza terapéutica de diferentes maneras utilizando una variedad de medidas, han encontrado consistentemente que la fuerza de la alianza es predictiva del resultado (Barber, Connolly, Crits-Christoph, Gladis, & Siqueland, 2000; Horvath, 2001; Martin et al., 2000). En segundo lugar, los investigadores que no han podido encontrar una diferencia consistente en la efectividad de las psicoterapias a través de las orientaciones (por ejemplo, Lambert y Bergin, 1994) han conceptualizado la alianza terapéutica como un factor común a las diferentes terapias. De hecho, algunos investigadores incluso han comenzado a argumentar que la calidad de la alianza es más importante que el tipo de tratamiento para predecir resultados terapéuticos positivos (por ejemplo, Safran y Muran, 1995), de modo que la alianza terapéutica se ha denominado la "variable integradora por excelencia" de la terapia (Wolfe y Goldfried, 1988).

Aunque está claro en la literatura sobre la alianza terapéutica que la fuerza de la alianza está relacionada con el resultado del tratamiento, hay pruebas de que muchos terapeutas no se centran en la relación terapéutica durante la sesión. Codificando todos los turnos de palabra del terapeuta durante la sesión, Goldfried y sus colegas (Castonguay, Hayes, Goldfried y DeRubeis, 1995; Goldfried, Castonguay, Hayes, Drozd y Shapiro, 1997; Goldfried, Raue y Castonguay, 1998) mostraron que los terapeutas de TCC (Terapia Cognitivo-Conductual) no se centran frecuentemente en la relación terapéutica en la sesión, aunque se encontró un mayor enfoque durante las sesiones significativas de alto impacto cuando los terapeutas maestros dirigían la terapia. Del mismo modo, Kanter, Schildcrout y Kohlenberg (2005) han demostrado que los terapeutas en varios estudios de TCC para la depresión rara vez se centran en la relación terapéutica durante un período prolongado de tiempo de la sesión.

Tal vez la limitada atención a la relación terapéutica pueda explicarse por la falta de consenso en cuanto a lo que los terapeutas deben hacer para asegurar una relación sólida, cuánta y qué tipo de atención prestar directamente a la relación terapéutica, el mecanismo subyacente a la relación o su efecto curativo. Un análisis FAP arroja luz sobre estas cuestiones al: (1) especificar conductualmente los "ingredientes activos" de la relación terapéutica que, en última instancia, facilitarán el cambio del cliente, y (2) evaluar funcionalmente las conductas del cliente por su relevancia clínica en la construcción de la alianza, en lugar de fijarse únicamente en la forma o topografía de una conducta. En otras palabras, el uso del término "alianza terapéutica" tiende a centrarse principalmente en el aspecto de la conducta, más que en la función que cumple. Por el contrario, una conceptualización FAP del comportamiento durante la sesión se centraría en cómo funciona un comportamiento concreto para el cliente, no en si parece un comportamiento de tipo alianza.

Para investigar más a fondo el punto anterior, imagine un comportamiento que parece estar topográficamente asociado con la construcción de alianzas en la sesión, pero que en realidad puede funcionar como cumplimiento. Consideremos, por ejemplo, a un cliente masculino poco asertivo que cumple obedientemente con sus deberes, pero que siente que no está "obteniendo nada" de ellos. Lo que parece un comportamiento de alianza en este caso es en realidad un CCR1, un ejemplo dentro de la sesión de un comportamiento problemático tal que no está expresando un sentimiento relevante que está experimentando. Si este cliente expresara sus dudas sobre la validez de la tarea, topográficamente puede parecer un comportamiento de ruptura de la alianza, pero funcionalmente es una mejora, y conducirá a un fortalecimiento de la alianza terapéutica si las preocupaciones del cliente son tomadas en serio por el terapeuta. Por otro lado, si la conducta de cumplimiento se evalúa como un CCR2 (por ejemplo, en el caso de un cliente cuya dificultad para cumplir con las expectativas de los demás interfiere con sus relaciones), entonces sería interpretada por un terapeuta FAP como una conducta de construcción de la alianza. Así, una perspectiva FAP permite la explicación y predicción de los medios por los que una alianza puede ser mejorada e incluso aprovechada como resultado del refuerzo contingente general por parte del terapeuta de las CCR2 del cliente (Follette, Naugle, & Callaghan, 1996).

En resumen, en lugar de hacer afirmaciones generales sobre la relación predictiva entre la alianza terapéutica y el resultado de la terapia, la FAP especifica lo que el terapeuta debe hacer para construir la alianza y utilizarla como contexto para el cambio (Kohlenberg, Yeater y Kohlenberg, 1998). Específicamente, la FAP hace tres suposiciones generales, a saber, que (1) las CCR de los clientes son evocadas por el contexto terapéutico, (2) las CCR pueden ser moldeadas mediante la aplicación de contingencias en la relación terapéutica, y (3) estas contingencias implican un refuerzo natural. En las tres secciones siguientes se revisarán los resultados de la investigación que corroboran estas suposiciones.

## **Principios de FAP**

### ***CCRs son evocadas por el contexto terapéutico***

La FAP vuelve a adoptar una posición poco controvertida al afirmar que los patrones interpersonales problemáticos de los clientes (CCR1) surgirán en el contexto terapéutico. Tal vez se hayan escrito millones de páginas de teoría psicoterapéutica sobre este tema, siendo la literatura teórica y empírica que aborda la teoría de la transferencia tal vez el penúltimo ejemplo. Aunque el término transferencia proviene de una perspectiva teórica diferente, la investigación sobre ella es relevante para la FAP, ya que proporciona apoyo a la afirmación de que los CCR1 pueden ser evocados por el contexto terapéutico.

Hasta hace poco, la transferencia seguía siendo un constructo en gran medida teórico y era objeto de escaso examen empírico (Connolly et al., 1996). De hecho, se ha informado que la proporción de artículos teóricos y empíricos sobre la transferencia es de aproximadamente 500 a 1 (Ogrodniczuk, Piper, Joyce y McCallum, 1999). Sin embargo, se ha encontrado que la transferencia ocurre en un conjunto diverso de relaciones sociales diarias (Andersen & Baum,

1994; Andersen & Cole, 1990; Andersen, Glassman, Chen, & Cole, 1995) y en el contexto de la relación terapéutica (Connolly et al., 1996; Crits-Christoph, Demorest, & Connolly, 1990; Luborsky, McLellan, Woody, O'Brian, & Auerbach, 1985). Por lo tanto, existe una amplia evidencia que apoya la afirmación de que las reacciones de transferencia ocurren en la terapia. Si bien esta investigación es relevante para la FAP, en el sentido de que corrobora la ocurrencia de las CCR, la FAP y la teoría psicodinámica divergen con respecto a la respuesta más efectiva a las reacciones de transferencia y a las CCR (*véanse las secciones de contingencias de refuerzo e interpretaciones de la transferencia más adelante*).

### ***Las CCR pueden moldearse mediante la aplicación de contingencias en la relación terapéutica***

*¿Es importante reforzar de forma contingente el comportamiento en vivo, durante la sesión?*  
Una premisa fundamental de la FAP es que cuanto más cerca en tiempo y lugar esté la conducta del cliente de la intervención del terapeuta (es decir, el refuerzo contingente), más fuerte será el efecto de la intervención. En otras palabras, se espera que una respuesta del terapeuta "retrasada" o alejada sea menos beneficiosa que el refuerzo de la conducta en vivo. Por ejemplo, algunos terapeutas pueden argumentar que refuerzan las mejoras del cliente cuando le proporcionan elogios (por ejemplo, decir "Buen trabajo" en respuesta a un cliente que informó de que había sido asertivo en las interacciones con su empleador durante la semana anterior). La FAP sostiene que este tipo de refuerzo sería más eficaz si se proporcionara al mismo tiempo y en el mismo lugar que el comportamiento que se pretende reforzar (que el cliente sea asertivo con su empleador en el lugar de trabajo). Esta creencia subyace en el enfoque de clases similares de comportamiento (CCR2) que surgen en el contexto de la terapia y que pueden ser reforzadas inmediatamente.

¿Qué investigaciones apoyan esta máxima tan aceptada? Por un lado, literalmente miles de estudios han utilizado el refuerzo inmediato para establecer y mantener la conducta. De hecho, se requiere nada menos que una revisión de la historia de la investigación sobre la teoría del aprendizaje, desde los gatos en las cajas de rompecabezas de Thorndike, las ratas en las cajas T, las palomas en las cajas de Skinner, hasta los humanos en las cámaras de atenuación de sonido, para describir toda la evidencia (por ejemplo, Catania, 1998). Esencialmente, la literatura animal apoya firmemente la noción de que el retraso del refuerzo afecta negativamente al aprendizaje posterior, aunque la relación entre el retraso y el aprendizaje es compleja y está mediada por varios factores (Renner, 1964; Tarpy y Sawabini, 1974). En general, los estudios con sujetos humanos han generado resultados similares (Greenspoon y Foreman, 1956; Saltzman, 1951; Bilodeau y Ryan, 1960). El efecto de demora -que el refuerzo se vuelve menos efectivo a medida que aumenta la demora entre una respuesta y el refuerzo- se demuestra más claramente en humanos con tareas complejas (Hockman y Lipsitt, 1961) y cuando se produce una conducta intermedia entre una respuesta y el refuerzo (Atkinson, 1969).

La literatura sobre la demora en humanos, aunque apoya la afirmación anterior, es difícil de generalizar a la situación de la psicoterapia. Esto se debe principalmente a que la duración de la demora estudiada en las preparaciones de la investigación (hasta 12 segundos) es demasiado pequeña para ser relevante para la cuestión de si las respuestas inmediatas al comportamiento en la sesión son preferibles a la retroalimentación sobre el comportamiento que ocurrió fuera de la sesión, tal vez hace una semana. No obstante, se ha descubierto que la respuesta contingente inmediata mejora el tratamiento de los clientes que se tiran del pelo (Rapp, Miltenberger y Long, 1998; Stricker, Miltenberger, Garlinghouse, Deaver y Anderson, 2001; Stricker, Miltenberger y Garlinghouse, 2003).

*¿El refuerzo contingente va en contra de la consideración positiva "incondicional"?*  
Las contingencias de refuerzo y su inmediatez pueden ser importantes en ciertas situaciones experimentales o con problemas discretos como tirarse del pelo, pero ¿son estas cuestiones relevantes para las poblaciones clínicas adultas que tratan con problemas abstractos de intimidad, soledad, ira, desamor, etc.? Quizás estas preocupaciones requieran algo más sofisticado que simples contingencias de refuerzo. Como explicaremos a continuación, la teoría FAP sugiere lo contrario, y la investigación sobre la terapia rogeriana, "no directiva", destaca cómo el refuerzo contingente es relevante para la psicoterapia.

El énfasis de la FAP en la relación terapéutica y la respuesta natural puede llevar a algunos a confundirla con una variante del estilo de terapia humanista centrada en el cliente de Carl Roger (véase Rogers, 1957). Aunque ambos enfoques creen en el poder de la relación terapéutica para producir el cambio, la teoría FAP diverge significativamente con respecto a la afirmación de la teoría rogeriana de que el cambio puede producirse únicamente a través de la conducta no directiva o no contingente del terapeuta. Nos gustaría argumentar que una cuestión a plantear es si la consideración positiva no directiva o incondicional es realmente no contingente. Las personas pueden ser reforzadas fácilmente sin ser conscientes de ello (Frank, 1961; Krasner, 1958) y, por tanto, un cliente puede sentir una consideración positiva incondicional sin ser consciente de un proceso contingente. Dos estudios hablan directamente de este fenómeno de condicionamiento. En un experimento (Greenspoon, 1955) se pidió a los sujetos que enumeraran tantos sustantivos como pudieran. Mientras lo hacían, un experimentador respondía con sutiles sonidos de aprobación ("mmm-hm") o desaprobación ("huh-uh") a cada término. Descubrieron que, a pesar de no ser conscientes de la contingencia, los sujetos aumentaban la frecuencia de los sustantivos cuando iban seguidos de "mmm-hm" y la disminuían cuando iban seguidos de "huh-uh". Tales investigaciones han llevado a Frank (1961) a concluir que "esto, al menos, parece establecido con seguridad: Una persona puede influir en las verbalizaciones de otra a través de señales muy sutiles, que pueden ser tan leves que nunca llegan al centro de la consciencia" (p. 108).

El punto crucial que surge de la discusión anterior es que los terapeutas pueden estar reforzando contingentemente la conducta del cliente sin ser conscientes de ello. Si ese es el caso, entonces las respuestas del terapeuta, como el "mmm-hm" que indica a los clientes que continúen hablando, pueden reforzar contingentemente una clase de conducta favorecida (es decir, las mejoras) de forma inadvertida. En consecuencia, la terapia que podría "sentirse" como una consideración positiva incondicional o no directiva puede ser, de hecho,

contingente. Investigando esta posibilidad, Truax (1966) llevó a cabo un análisis de proceso del propio Carl Rogers proporcionando terapia (por ejemplo, terapia no directiva compuesta por comprensión enfática, aceptación y consideración positiva incondicional).

En consonancia con la FAP, los resultados revelaron que, a pesar de intentar responder conscientemente de forma no contingente, la mejora en la terapia estaba asociada a un refuerzo diferencial, aunque inadvertido, de las mejoras del cliente. Estos resultados sugieren que, aunque muchos terapeutas no se den cuenta, están moldeando *constantemente* la conducta de sus clientes a través de contingencias de refuerzo verbal y no verbal, castigo y extinción.

La teoría rogeriana afirma que la consideración positiva incondicional y la empatía son necesarias y suficientes para una recuperación completa. La FAP está de acuerdo en que dicho enfoque es necesario (por ejemplo, un enfoque en el refuerzo natural), sin embargo, un enfoque no directivo se considera no sólo raro, sino también insuficiente. Reconociendo el inevitable impacto del comportamiento de los terapeutas en los clientes, la FAP anima a los terapeutas a aprovechar la relación terapéutica para moldear de forma natural y contingente un comportamiento interpersonal más eficaz del cliente.

*¿En qué se diferencian las interpretaciones de la transferencia de la respuesta contingente?* A la luz de los hallazgos de que el cambio en la transferencia ha mediado en el resultado del tratamiento (O'Connor, Edelstein, Berry y Weiss, 1994), varios investigadores han examinado la interpretación de la transferencia como un mecanismo de cambio en los tratamientos centrados en la relación (Leichsenring y Leibing, 2007). La interpretación de la transferencia se produce cuando el terapeuta explica la transferencia del cliente con el fin de proporcionar una visión de los conflictos inconscientes que subyacen a los patrones de comportamiento problemáticos actuales. En resumen, los hallazgos sugieren que los niveles más altos de interpretaciones de la transferencia se asocian en realidad con un resultado más pobre en clientes con bajos niveles de funcionamiento interpersonal, particularmente cuando la interpretación gira en torno a la relación terapéutica (Connolly et al., 1999; Ogrodniczuk et al., 1999).

La FAP predice que cualquier respuesta al comportamiento interpersonal problemático en sesión que no tenga en cuenta el contexto o la función perdería oportunidades de reforzar las CCR2 o reforzaría inadvertidamente las CCR1. Esta puede ser una explicación de los pobres resultados del tratamiento tras un gran número de interpretaciones de la transferencia. Por ejemplo, en muchos casos un terapeuta psicodinámico ignoraría el comportamiento no conforme de un cliente. Sin embargo, en el caso de un cliente históricamente pasivo que tiene problemas para hacer valer sus necesidades, el incumplimiento puede estar funcionando como un CCR2. Por lo tanto, mientras que en la práctica puede haber un considerable solapamiento entre los enfoques de tratamiento psicodinámico y FAP, las diferencias teóricas conducen a importantes implicaciones clínicas en términos de respuestas a la conducta interpersonal problemática evocada por la relación terapéutica.

## ***La importancia del refuerzo natural***

*¿La respuesta contingente socava la motivación intrínseca?* En la FAP se hace hincapié en la noción de que las CCR2 deben reforzarse de forma natural, normalmente a través de intercambios verbales interpersonales. Sin embargo, una crítica al conductismo que se cita a menudo es que cuando se refuerza la conducta de una persona, ésta comienza a emitirla específicamente para obtener recompensas externas (motivación externa), lo que perjudica el desarrollo del autodeterminismo (Deci, Koestner y Ryan, 1999; Kohn, 1993). La aplicación de esta crítica a la FAP lleva a sugerir que quizás el refuerzo de las conductas interpersonales por parte de los terapeutas de la FAP vincula extrínsecamente la motivación para estas nuevas conductas al terapeuta, limitando así la generalización de las ganancias a otras relaciones y reduciendo de hecho la motivación intrínseca para aprender nuevas conductas interpersonales. ¿Se sostiene esta crítica?

La motivación intrínseca se define generalmente como el comportamiento que se cree motivado por la propia actividad, en contraposición a los comportamientos motivados extrínsecamente por recompensas externas como premios, recompensas o aprobación (Cameron, Banko y Pierce, 2001). Sin embargo, hallazgos recientes sugieren que es una simplificación excesiva marcar todas las formas de motivación externa como inherentemente dañinas. Los investigadores han empezado a identificar entornos y condiciones en los que la motivación externa puede realmente proporcionar importantes beneficios (Dickinson, 1989; Cameron et al., 2001). No obstante, la distinción entre motivación extrínseca e intrínseca se corresponde aproximadamente con la distinción promovida por la FAP entre refuerzo artificial y natural, respectivamente. Por ejemplo, mientras que un meta-análisis realizado por Cameron et al. (2001) reveló que el refuerzo verbal puede favorecer la motivación intrínseca, la FAP se centra en si el refuerzo se ha administrado de forma artificiosa o natural.

Tomemos como ejemplo un cliente en el que un CCR2 es arriesgarse a exponer una opinión delante del terapeuta. Una respuesta de "Buen trabajo compartiendo una opinión conmigo" sería probablemente un reforzador artificial (por ejemplo, la aprobación del terapeuta). La teoría FAP sugiere que una respuesta de refuerzo más natural por parte del terapeuta, como tomar la opinión en serio, no sólo reforzaría la CCR2, sino que lo haría de una manera que facilitaría la generalización a otras relaciones. De este modo, la FAP utiliza contingencias de refuerzo para dar forma a un mejor funcionamiento interpersonal y apoyar la motivación intrínseca.

*¿Cómo se puede reforzar de forma contingente y utilizar los efectos de expectativa interpersonal?* Los efectos del refuerzo contingente natural en la terapia pueden confundirse a menudo con factores comunes "no específicos". La investigación que examina el efecto de expectativa interpersonal ayuda a aclarar esta cuestión. En general, los efectos de expectativa interpersonal son el resultado de las expectativas de una persona sobre el comportamiento de otra. En una revisión meta-analítica de la investigación de los efectos de la expectativa interpersonal, Harris y Rosenthal (1985) proporcionaron una lista de comportamientos de los profesores apoyados empíricamente que han demostrado dar lugar a respuestas de confirmación de la expectativa en los estudiantes. Esta lista incluía:

- Crear una atmósfera menos negativa (por ejemplo, no comportarse de forma fría)
- Mantener distancias físicas más estrechas
- Proporcionar más información introduciendo más material o material más difícil
- Crear una atmósfera más cálida
- Mostrando menos comportamientos fuera de la tarea
- Tener interacciones más largas y frecuentes
- Hacer más preguntas
- Animar más
- Establecer más contacto visual
- Sonreír más
- Elogiar más
- Aceptar las ideas del alumno modificando, reconociendo, resumiendo o aplicando lo que ha dicho
- Proporcionar más retroalimentación correctiva
- Asentir más con la cabeza
- Esperar más tiempo las respuestas

Esta lista sugiere que los comportamientos y las señales implicadas pueden ser bastante sutiles y operar fuera de la consciencia del profesor y del sujeto.

Desde la perspectiva de la FAP, la lista anterior es un ejemplo perfecto de reforzadores naturales en acción, el tipo de reacciones naturales que las personas muestran en las interacciones cotidianas y que dan forma y mantienen dichas interacciones. También cabe destacar que los elementos de esta lista representan algunos de los "factores no específicos" más ubicuos de los terapeutas en un amplio espectro de modalidades terapéuticas. Como se ha comentado anteriormente, se trata sin duda del tipo de respuestas que el propio Carl Rogers desplegaba de forma contingente, y no consciente, cuando intentaba ser incondicional. Aunque estas señales sutiles influyen en el comportamiento del cliente en todas las modalidades terapéuticas, la FAP es única porque explica estas interacciones sutiles y desafía a los terapeutas a aprovecharlas deliberada y estratégicamente para dar forma a un mejor funcionamiento interpersonal.

*¿Puede el refuerzo contingente y natural promover la generalización?* La FAP sostiene que los comportamientos interpersonales moldeados de forma natural durante la sesión serán más beneficiosos para los clientes que el simple hecho de proporcionarles reglas sobre cómo ser más eficaces. En concreto, la FAP se distingue de otros enfoques psicoterapéuticos por su enfoque en la conducta moldeada por contingencias en lugar de la conducta gobernada por reglas. En comparación con la conducta moldeada por contingencias, que es la conducta aprendida a través del contacto directo con el refuerzo (es decir, aprender a resolver un rompecabezas a través de ensayo y error), la conducta gobernada por reglas es la conducta controlada por descripciones verbales de refuerzo (es decir, seguir instrucciones sobre cómo resolver un rompecabezas) (Hayes, Zettle y Rosenfarb, 1989; Skinner, 1953, 1957). Por lo tanto, el comportamiento gobernado por reglas permite que se produzca un cambio de comportamiento sin necesidad de un moldeado directo. Desde una perspectiva

conductual, la mayoría de los enfoques psicoterapéuticos pueden considerarse como una forma de proporcionar reglas a los clientes para que se comporten de forma más eficaz.

Los clientes suelen esperar que sus terapeutas les proporcionen más, nuevas o mejores reglas que conduzcan a la reducción de los síntomas. La terapia basada en la especificación de reglas, sin embargo, puede obstruir el progreso de los clientes en contextos dinámicos y evocadores (por ejemplo, las relaciones interpersonales) en los que el mismo comportamiento puede ser castigado por una persona y reforzado por otra. En esta situación, se requiere una exquisita sensibilidad a las contingencias, más que a la conducta regida por reglas. La investigación conductual apoya esta afirmación. Por ejemplo, un gran número de pruebas sugiere que cuando el comportamiento de una persona está moldeada por las contingencias, el individuo es más capaz de adaptarse a las contingencias cambiantes que cuando ese comportamiento está gobernado por reglas (por ejemplo, Catania, Mathews y Shimoff, 1982; Rosenfarb, Bunker, Morris y Cush, 1993; Shimoff, Catanina y Mathews, 1981).

El enfoque de la FAP en el refuerzo natural ayuda a los terapeutas a evitar la promoción de conductas gobernadas por reglas en los clientes. Por esta razón, a los terapeutas de FAP no se les proporcionan instrucciones formales sobre cómo responder a un CCR, sino que se les instruye para que respondan "naturalmente". La respuesta natural implica la noción de que hay un número infinito de respuestas que funcionan para reducir las CCR1 y aumentar las CCR2. Para lograr esto, los terapeutas FAP deben recurrir a sus propias reacciones privadas ante sus clientes (pensamientos, emociones, respuestas fisiológicas) y responder naturalmente a cada CCR en consecuencia. De este modo, cuando los clientes presentan una conducta mejorada (CCR2) -en particular, una conducta que rompe las reglas a las que normalmente se adhieren- la FAP enfatiza el efecto interpersonal de la conducta del terapeuta y las reacciones reveladoras de los clientes en el momento. De esta manera, las respuestas naturales y contingentes del terapeuta no sólo pueden dar forma a la mejora del funcionamiento del cliente, sino que lo hacen de una manera que promueve la generalización y la adaptabilidad del cliente.

## **Investigación existente sobre los principios FAP**

Una última línea de evidencia en apoyo de la FAP y del mecanismo de acción propuesto por la FAP proviene de la investigación sobre la propia FAP. La eficacia de la FAP como tratamiento independiente ha sido respaldada por una investigación con un solo sujeto (Callaghan, Summers y Weidman, 2003; descrita más adelante). La eficacia incremental de la adición de la FAP a la TCC se ha demostrado tanto en estudios de un solo sujeto (Gaynor y Lawrence, 2002; Kanter et al., 2006) como en estudios de diseño grupal (Kohlenberg, Kanter, Bolling, Parker y Tsai, 2002).

En un ensayo no aleatorio de la terapia cognitiva potenciada por la FAP (denominada FECT) para la depresión, Kohlenberg y sus colegas (2002) compararon los resultados de los clientes en 20 sujetos tratados con TC (terapia cognitiva) con 28 clientes tratados por los mismos terapeutas tras el entrenamiento en FECT. Los resultados revelaron que la FECT fue

incrementalmente más eficaz que la TCC, de manera que el 79% de los participantes en la FECT respondieron (experimentaron una disminución mayor del 50% en la sintomatología de la depresión) en comparación con el 60% de los participantes en la TC. Además, los participantes de la FECT experimentaron mejoras significativas en su funcionamiento interpersonal en comparación con los participantes de la TC. Los análisis de proceso posteriores (Kanter et al., 2005) ilustraron que las tasas de las intervenciones de la FAP (por ejemplo, el aumento de la atención a las CCR) se multiplicaron casi por tres durante la FECT y que estas intervenciones se relacionaron con los informes semanales de los clientes sobre el progreso en la terapia.

Por último, en el único estudio aleatorizado y controlado que incorpora la FAP, Gifford y sus colegas (2008) compararon una combinación de ACT (Terapia de Aceptación y Compromiso) y FAP con la Terapia de Sustitución de la Nicotina (por ejemplo, Rigotti, 2002) en un ensayo para dejar de fumar. No hubo diferencias entre las condiciones en el post-tratamiento, sin embargo los participantes en la condición ACT y FAP experimentaron resultados significativamente mejores en el seguimiento de un año. Por lo tanto, hasta la fecha, la mayoría de las investigaciones que evalúan la FAP se han centrado en la mejora de otros tratamientos mediante la adición de intervenciones de FAP. Teniendo en cuenta este hecho, una cuestión vital es si existe apoyo empírico para el mecanismo de cambio propuesto por la FAP.

Las investigaciones recientes que examinan el mecanismo de la FAP se han llevado a cabo de forma coherente con la filosofía funcional subyacente de la FAP mediante el empleo de metodologías de investigación analítica funcional. Dada la flexibilidad de la FAP y la noción general de que (debido al intenso enfoque de la FAP en la función) la aplicación de su mecanismo puede ser muy diferente para diferentes terapeutas y clientes, el primer objetivo de esta investigación fue la especificación del mecanismo de la FAP. Este proceso implicaba especificar, en términos funcionales, diversas topografías de la técnica. El mecanismo definido para esta investigación fue *la respuesta contingente del terapeuta con refuerzo natural a las CCR*. Por lo tanto, esta investigación no tiene como objetivo proporcionar apoyo empírico a la FAP como un paquete de tratamiento a través de un ensayo controlado aleatorio, sino más bien aislar e identificar el supuesto mecanismo de acción de la FAP y demostrar los efectos de este mecanismo en el comportamiento de los clientes individuales.

El primer requisito de esta investigación era una medida fiable y válida que permitiera la identificación fiable de los problemas durante la sesión (CCR1), las mejoras (CCR2) y las respuestas contingentes del terapeuta. Callaghan et al. (2003) crearon y aplicaron una medida de este tipo, la Escala de Calificación de Psicoterapia Analítica Funcional (FAPRS), diseñada para medir el comportamiento del cliente y del terapeuta en la FAP. Para emplear la FAPRS, un codificador utiliza conceptualizaciones detalladas del caso para identificar instancias de CCRs (por ejemplo, CCR1 o CCR2) mientras que también codifica las respuestas contingentes del terapeuta a las CCRs. Se utilizaron varios códigos más para distinguir las respuestas FAP y las respuestas "tradicionales" del terapeuta, la discusión sobre la relación terapéutica frente a la respuesta contingente, etc. (véase Callaghan, Ruckstuhl y Busch, 2005 para una descripción completa). Una ventaja clave de esta metodología por turnos es que

analiza el proceso de FAP en el nivel de la interacción terapeuta-cliente (es decir, momento a momento). De este modo, la investigación sobre el mecanismo de cambio de la FAP se produce a un nivel que puede informar directamente al trabajo clínico del terapeuta de la FAP.

Callaghan y sus colegas (2003) utilizaron la FAPRS para codificar segmentos de interacciones terapeuta-cliente para el tratamiento de un cliente con trastorno de personalidad con rasgos histriónicos y narcisistas. No sólo se identificaron las CCR (apoyando la creencia de la FAP de que los problemas interpersonales generales pueden presentarse en el contexto terapéutico), sino que también se identificó el contingente del terapeuta que respondía a las CCR. De manera crucial, los hallazgos también indicaron que las CCR1 disminuyeron y las CCR2 aumentaron en el curso de la FAP.

Kanter y sus colegas (2006) proporcionaron datos de un solo sujeto sobre dos sujetos que recibieron TCC y luego FAP en un diseño A/A + B intra sujeto. Los resultados fueron mixtos. El sujeto 1 demostró ligeras disminuciones en sus conductas objetivo (por ejemplo, habilidades de comunicación), pero abandonó el estudio antes de completarlo. El sujeto 2 demostró mejoras inmediatas en sus conductas objetivo (por ejemplo, búsqueda de atención, ser vulnerable) tras la introducción de la FAP. Busch y sus colegas (en proceso de publicación) aplicaron el sistema de codificación FAPRS al sujeto 2, replicando los hallazgos anteriores de que la respuesta del terapeuta moldeaba con éxito la conducta del cliente en la sesión. Es importante destacar que tanto las conductas del cliente fuera de la sesión (recogidas a través de las tarjetas del diario del cliente) como las conductas dentro de la sesión (CCRs) mejoraron tras el cambio de fase. Por lo tanto, los resultados obtenidos utilizando la FAPRS han proporcionado apoyo al mecanismo de cambio (respuesta contingente).

## **Conclusión**

En este capítulo se han revisado varias líneas de evidencia convergentes en apoyo de los principios de la FAP, incluyendo la alianza terapéutica, la transferencia, las interpretaciones de la transferencia, la consideración positiva "incondicional", el refuerzo inmediato (retraso del refuerzo), la motivación intrínseca frente a la extrínseca, los efectos de la expectativa interpersonal y la conducta regida por reglas. Cada una de estas áreas de investigación es incontrovertible y relativamente sólida. Por lo tanto, aunque no proporcionan directamente apoyo a la FAP y a las técnicas de FAP, estas líneas de evidencia describen en conjunto una imagen convincente de lo que podría ser un tratamiento basado en dicha evidencia. Creemos que la FAP es precisamente ese tratamiento.

Hay que admitir que la investigación que examina directamente la FAP está en sus inicios. Sin embargo, existen datos que apoyan tanto la validez creciente de la FAP cuando se combina con otras intervenciones como el mecanismo de cambio propuesto en la FAP, es decir, la respuesta contingente del terapeuta con el refuerzo natural a las CCR. En combinación con las líneas de evidencia convergentes revisadas anteriormente en apoyo de los principios de la FAP, la justificación de la FAP parece fuerte. Sin embargo, queda por demostrar que la FAP puede superar a los tratamientos existentes en los ensayos clínicos

aleatorios estándar. Esperamos que este capítulo pueda inspirar a los investigadores a realizar dichos ensayos.

## Referencias

- Andersen, S. M., & Baum, A. B. (1994). Transference in interpersonal relations: Inferences and affect based on significant-other representations. *Journal of Personality, 62*, 460–497.
- Andersen, S. M., & Cole, S. W. (1990). ‘Do I know you?’: The role of significant others in general social perception. *Journal of Personality and Social Psychology, 59*, 384–399.
- Andersen, S. M., Glassman, N. S., Chen, S., & Cole, S. W. (1995). Transference in social perception: The role of chronic accessibility in significant-other representations. *Journal of Personality and Social Psychology, 69*, 41–57.
- Atkinson, R. C. (1969). Information delay in human learning. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior, 8*, 507–511.
- Barber, J. P., Connolly, M. B., Crits-Christoph, P., Gladis, L., & Siqueland, L. (2000). Alliance predicts patients’ outcome beyond in-treatment change in symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 6*, 1027–1032.
- Bermúdez, M. A. L., Ferro G. R., & Calvillo, M. (2002). Una aplicación de la Psicoterapia Analítica Funcional en un trastorno de angustia sin agorafobia. [An application of 32 D.E. Baruch et al. Functional Analytic Psychotherapy in a case of anxiety disorder without agoraphobia.] *Análisis y Modificación de Conducta*, 28, 553–583.
- Bilodeau, E. A., & Ryan, F. J. (1960). A test for interaction of delay of knowledge of results and two types of interpolated activity. *Journal of Experimental Psychology, 59*, 414–419.
- Brown, G. W., & Moran, P. (1994). Clinical and psychosocial origins of chronic depressive episodes: I. A community survey. *British Journal of Psychiatry, 165*, 447–456.
- Busch, A. M., Kanter, J. W., Callaghan, G. M., Baruch, D. E., Weeks, C. E., & Berlin, K. S. (in press). A micro-process analysis of Functional Analytic Psychotherapy’s mechanism of change. *Behavior Therapy*.
- Callaghan, G. M., Ruckstuhl, L. E., & Busch, A. M. (2005). Manual for the Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale III. Unpublished manual.
- Callaghan, G. M., Summers, C. J., & Weidman, M. (2003). The treatment of histrionic and narcissistic personality disorder behaviors: A single-subject demonstration of clinical effectiveness using Functional Analytic Psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 33*, 321–339.
- Cameron, J., Banko, K. M., & Pierce, W. D. (2001). Pervasive negative effects of rewards on intrinsic motivation: The myth continues. *Behavior Analyst, 24*, 1–44.
- Castonguay, L. G., Hayes, A. M., Goldfried, M. R., & DeRubeis, R. J. (1995). The focus of therapist interventions in cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research, 19*, 485–503.
- Catania, A. (1998). *The taxonomy of verbal behavior*. New York: Plenum Press.
- Catania, A. C., Matthews, A. A., & Shimoff, E. (1982). Instructed versus shaped human verbal behavior: Interactions with nonverbal responding. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 38*, 233–248.
- Connolly, M. B., Crits-Christoph, P., Demorest, A., Azarian, K., Muenz, L., & Chittams, J. (1996). Varieties of transference patterns in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 1213–1221.

- Connolly, M. B., Crits-Christoph, P., Shappell, J., Barber, J. P., Luborsky, L., & Shaffer, C. (1999). Relation of transference interpretations to outcome in the early sessions of brief supportive-expressive psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 9, 485–495.
- Crits-Christoph, P., Demorest, A., & Connolly, M. B. (1990). Quantitative assessment of interpersonal themes over the course of a psychotherapy. *Psychotherapy*, 27, 513–521.
- Deci, E. L., Koestner, R., & Ryan, R. M. (1999). A meta-analytic review of experiments examining the effects of extrinsic rewards on intrinsic motivation. *Psychological Bulletin*, 125, 627–668.
- Dickinson, A. (1989). The detrimental effects of extrinsic reinforcement on “intrinsic motivation.” *Behavior Analyst*, 12, 1–15.
- Ferro, R., Valero, L., & Vives, M. C. (2006). Application of Functional Analytic Psychotherapy: Clinical analysis of a patient with depressive disorder. *The Behavior Analyst Today*, 7, 1–18.
- Follette, W. C., Naugle, A. E., & Callaghan, G. M. (1996). A radical behavioral understanding of the therapeutic relationship in effecting change. *Behavior Therapy*, 27, 623–641.
- Frank, J. D. (1961). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy*. Baltimore, MD: Johns Hopkins Press.
- Freud, S. (1912/1958). The dynamics of transference. In J. Starchey (Ed., & Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 99–108). London: Hogarth Press. (Original work published 1912)
- Gaynor, S. T., & Lawrence, P. (2002). Complementing CBT for depressed adolescents with Learning through In Vivo Experience (LIVE): Conceptual analysis, treatment description, and feasibility study. *Behavioural & Cognitive Psychotherapy*, 79–101.
- Gifford, E. V., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. H., Pierson, H., Piasecki, M.M., Antonuccio, D. O., Palm, K. M. (2008). Applying acceptance and the therapeutic relationship to smoking cessation: A randomized controlled trial. Unpublished Paper, University of Nevada, Reno, NV.
- Goldfried, M. R., Castonguay, L. G., Hayes, A. M., Drozd, J. F., & Shapiro, D. A. (1997). A comparative analysis of the therapeutic focus in cognitive-behavioral and psychodynamic interpersonal sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 740–748.
- Goldfried, M. R., Raue, P. J., & Castonguay, L. G. (1998). The therapeutic focus in significant sessions of master therapists: A comparison of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 803–810.
- Gosch, C. S., & Vandenberghe, L. (2004). Análise do comportamento e a relação terapêutica em um tratamento de um padrão desafiador-agressivo. [Behavior analysis and the therapist-child relationship in the treatment of an aggressive-defiant pattern]. *Revista brasileira de terapia comportamental e cognitiva*, 6, 173–183.
- Greenspoon, J. (1955). The reinforcing effect of two spoken sounds on the frequency of two responses. *American Journal of Psychology*, 68, 409–416.
- Greenspoon, J., & Foreman, S. (1956). Effect of delay of knowledge of results on learning a motor task. *Journal of Experimental Psychology*, 51, 226–228.
- Harris, M. J., & Rosenthal, R. (1985). The mediation of interpersonal expectancy effects: 31 meta-analyses. *Psychological Bulletin*, 97, 363–386.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Zettle, R. D., & Rosenfarb, I. (1989). Rule-following. In S. C. Hayes (Ed.), *Rule-governed behavior: Cognition, contingencies, and instructional control* (pp. 191–220). New York: Plenum Press.

- Hockman, C. H., & Lipsitt, L. P. (1961). Delay-of-reward gradients in discrimination learning with children for two levels of difficulty. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 54, 24–27.
- Hooley, J. M., & Teasdale, J. D. (1989). Predictors of relapse in unipolar depressives: Expressed emotion, marital distress, and perceived criticism. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 229–235.
- Horvath, A. O. (2001). The alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38, 365–372.
- Kanter, J. W., Schildcrout, J. S., & Kohlenberg, R. J. (2005). In vivo processes in cognitive therapy for depression: Frequency and benefits. *Psychotherapy Research*, 15, 366–373.
- Kanter, J. W., Landes, S. J., Busch, A. M., Rusch, L. C., Brown, K. R., Baruch, D. E., et al. (2006). The effect of contingent reinforcement on target variables in outpatient psychotherapy for depression: A successful and unsuccessful case using Functional Analytic Psychotherapy. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 39, 463–467.
- Kohlenberg, B. S., Yeater, E. A., & Kohlenberg, R. J. (1998). Functional analytic psychotherapy, the therapeutic alliance, and brief psychotherapy. In J. D. Safran & J. C. Muran (Eds.), *The therapeutic alliance in brief psychotherapy* (pp. 63–93). Washington, DC: APA Press.
- Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Bolling, M. Y., Parker, C., & 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., & Tsai, M. (1998). Healing interpersonal trauma with the intimacy of the therapeutic relationship. In V. M. Follette, J. I. Ruzek, & F. R. Abueg (Eds.), *Cognitivebehavioral therapies for trauma* (pp. 305–320). New York: Guilford.
- Kohlenberg, R. J., & Vandenbergh, L. (2007). Treatment resistant OCD, inflated responsibility, and the therapeutic relationship: Two case examples. *Psychology and Psychotherapy: Theory Research and Practice*, 80, 455–465.
- Kohn, A. (1993). *Punished by rewards: The trouble with gold stars, incentive plans, A's, praise, and other bribes*. Boston, MA: Houghton Mifflin Co.
- Krasner, L. (1958). Studies of the conditioning of verbal behavior. *Psychological Bulletin*, 55, 148–170.
- Lambert, M. J., & Bergin, A. E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 143–189). Oxford: John Wiley & Sons.
- Lara, M. E., Leader, J., & Klein, D. N. (1997). The association between social support and course of depression: Is it confounded with personality? *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 478–482.
- Leichsenring, F., & Leibing, E. (2007). Psychodynamic psychotherapy: A systematic review of techniques, indications and empirical evidence. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 80, 217–228.
- Lopez, F. J. C. (2003). Jealousy: A case of application of Functional Analytic Psychotherapy. *Psychology in Spain*, 7, 86–98.
- Luborsky, L., McLellan, A. T., Woody, G. E., O'Brian, C., & Auerbach, A. (1985). Therapist's success and its determinants. *Archives of General Psychiatry*, 42, 602–611.
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438–450.

- Miller, I. W., Keitner, G. I., Whisman, M. A., Ryan, C. E., Epstein, N. B., & Bishop, D. S. (1992). Depressed patients with dysfunctional families: Description and course of illness. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 637–646.
- O'Connor, L. E., Edelstein, S., Berry, J. W., & Weiss, J. (1994). Changes in the patient's level of insight in brief psychotherapy: Two pilot studies. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 31, 533–544.
- Ogrodniczuk, J. S., Piper, W. E., Joyce, A. S., & McCallum, M. (1999). Transference interpretations in short-term dynamic psychotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 572–579.
- Oliveira-Nasser, K. C. F., & Vandenberghe, L. (2005). Anorgasmia e esquiva experiencial, um estudo de caso. [Anorgasmia and experiential avoidance, a case study]. *Psicologia Clínica*, 17, 162–176.
- Paul, R. H., Marx, B. P., & Orsillo, S. M. (1999). Acceptance-based psychotherapy in the treatment of an adjudicated exhibitionist: A case example. *Behavior Therapy*, 30, 149–162.
- Peirce, R. S., Frone, M. R., Russell, M., Cooper, M. L., & Mudar, P. (2000). A longitudinal model of social contact, social support, depression and alcohol use. *Health Psychology*, 19, 28–38.
- Queiroz, M. A. M., & Vandenberghe, L. (2006). Psicoterapia no tratamento da fibromialgia: Mesclando FAP e ACT. [Psychotherapy in the treatment of fibromialgia: Interweaving FAP and ACT.]. In H. J. Guilhardi & N. Aguire (Eds.), *Sobre Comportamento e Cognic*, a ão (pp. 238–248). Santo Andre': ESETec.
- Rapp, J. T., Miltenberger, R. G., & Long, E. S. (1998). Augmenting simplified habit reversal with an awareness enhancement device: Preliminary findings. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 31, 665–668.
- Renner, K. E. (1964). Delay of reinforcement: A historical review. *Psychological Bulletin*, 61, 341–361.
- Rigotti, N. A. (2002). Treatment of tobacco use and dependence. *New England Journal of Medicine*, 346, 506–512.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95–103.
- Rosenfarb, I. S., Burker, E. J., Morris, S. A., & Cush, D. T. (1993). Effects of changing contingencies on the behavior of depressed and nondepressed individuals. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 642–646.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (1995). Resolving therapeutic alliance ruptures: Diversity and integration. In *Session: Psychotherapy in Practice*, 1, 81–92.
- Saltzman, I. J. (1951). Delay of reward and human verbal learning. *Journal of Experimental Psychology*, 41, 437–439.
- Shimoff, E., Catania, A. C., & Matthews, B. A. (1981). Uninstructed human responding: Sensitivity of low-rate performance to schedule contingencies. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 36, 207–220.
- Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. New York: Mcmillian.
- Skinner, B. F. (1957). *Verbal behavior*. New York: Appleton-Century-Croft.
- Stice, E., Ragan, J., & Randall, P. (2004). Prospective relations between social support and depression: Differential direction of effects for parent and peer support? *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 155–159.
- Stricker, J. M., Miltenberger, R. G., & Garlinghouse, M. (2003). Augmenting stimulus intensity with an awareness enhancement device in the treatment of finger sucking. *Education & Treatment of Children*, 26, 22–29.

- Stricker, J. M., Miltenberger, R. G., Garlinghouse, M. A., Deaver, C. M., & Anderson, C. A. (2001). Evaluation of an awareness enhancement device for the treatment of thumb sucking in children. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 34, 77–80.
- Tarpy, R. M., & Sawabini, F. L. (1974). Reinforcement delay: A selective review of the last decade. *Psychological Bulletin*, 81, 984–997.
- Truax, C. B. (1966). Reinforcement and nonreinforcement in Rogerian psychotherapy. *Journal of Abnormal Psychology*, 71, 1–9.
- Vandenberghe, L. (2007). Functional analytic psychotherapy and the treatment of obsessive compulsive disorder. *Counseling Psychology Quarterly*, 20, 105–114.
- Vandenberghe, L., Ferro, C. L. B., & Furtado da Cruz, A. C. (2003). FAP-enhanced group therapy for chronic pain. *The Behavior Analyst Today*, 4, 369–375.
- Wagner, A. W. (2005). A behavioral approach to the case of Ms. S. *Journal of Psychotherapy Integration*, 15, 101–114.
- Wolfe, B., & Goldfried, M. (1988). Research on psychotherapy integration: Recommendations and conclusions from an NIMH workshop. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 448–451.

## Capítulo 3

### Evaluación y conceptualización del caso

**Jonathan W. Kanter, Cristal E. Weeks, Jordan T. Bonow, Sara J. Landes, Glenn M. Callaghan y William C. Follette**

La evaluación es significativa sólo si afecta a lo que uno hace en la terapia (Hayes, Nelson y Jarret, 1987). La evaluación en la FAP se centra en las conductas clínicamente relevantes (CCRs) y en las variables relacionadas a lo largo del curso de la terapia, informando las respuestas de los terapeutas al comportamiento del cliente en el momento. De todas las terapias que intentan abordar el funcionamiento interpersonal de los adultos ambulatorios, la FAP encarna el enfoque analítico de la conducta más fuerte. Los terapeutas FAP tratan de definir funcionalmente las CCR, reconocer los principios básicos de la conducta, apreciar lo distintivo de cada caso y definir idiográficamente los objetivos del tratamiento para un cliente en particular. Las conceptualizaciones de casos FAP son dinámicas, cambiando tanto con el comportamiento del cliente como con la comprensión del terapeuta sobre el mismo. Las definiciones de los CCR tienen en cuenta la historia del cliente, los problemas que presenta y el comportamiento durante la sesión.

Aunque gran parte de este capítulo está escrito en el lenguaje del análisis funcional, no es necesario utilizar dicho lenguaje con los clientes. En muchos de los ejemplos que se presentan en este libro se describe un lenguaje alternativo y amigable con el cliente (que incluye frases como "abrir el corazón" o "decir la verdad"), a pesar de que estos términos harían girar la cabeza de muchos analistas funcionales. Esto se debe a que los terapeutas FAP utilizan un lenguaje funcional, contextual y pragmático. Intentamos utilizar una terminología que tenga sentido para nuestros clientes, que mejore la intimidad de la relación terapéutica, que fomente el crecimiento y el cambio profundo y significativo. Un tratamiento que permite el uso flexible y funcional del lenguaje es un tratamiento verdaderamente funcional; por el contrario, un tratamiento que insiste dogmáticamente en el uso de la terminología funcional es topográficamente funcional pero no funcional. El lenguaje flexible que se utiliza con los clientes en FAP se superpone a un análisis funcional de la conducta del cliente. Ese análisis es el foco de este capítulo.

## **El contexto de la evaluación**

Al igual que ocurre con muchos otros enfoques de tratamiento, la evaluación diagnóstica basada en el DSM (Manual de Diagnóstico y Estadística) no se considera una estrategia de evaluación suficiente en la FAP. Un diagnóstico sindrómico sugiere la aplicación de paquetes de tratamiento específicos con apoyo empírico, pero no informa de las intervenciones específicas dentro de un paquete, lo que requiere una evaluación y conceptualización adicionales. Destacados psicólogos como David Barlow (Barlow, Allen, & Choate, 2004), Gerald Rosen y Gerald Davison (2003) han pedido recientemente principios con apoyo empírico que se vinculen directamente con estrategias de intervención específicas. La evaluación y la conceptualización del caso en FAP se ajustan a este objetivo, ya que aunque la evaluación diagnóstica sigue siendo un componente de este proceso, en última instancia está diseñada para informar directamente la conceptualización del caso y las intervenciones específicas del terapeuta.

La FAP no prescribe un único medio para evaluar las variables objetivo. Los profesionales FAP trabajan en una serie de entornos con una variedad de clientes, y un componente intrínseco de la FAP es que las estrategias de evaluación se adaptan a las necesidades únicas de cada situación. De hecho, algunos terapeutas de FAP que trabajan en la práctica privada son ahora conocidos específicamente, y son buscados por su intenso enfoque en las relaciones interpersonales íntimas. En estos casos, no es necesaria una evaluación completa; en su lugar, el cliente y el terapeuta pueden proceder rápidamente a la identificación de las CCR relacionadas con los problemas interpersonales específicos del cliente. Los terapeutas de la FAP también trabajan en otros entornos, como centros residenciales para clientes con discapacidades de desarrollo, clínicas comunitarias y universitarias y prisiones. En estos entornos puede verse una gama más amplia de problemas objetivo y la evaluación será probablemente más elaborada y extensa, adaptada a la población y al contexto específicos. Este capítulo se centrará en las estrategias de evaluación para individuos con un funcionamiento relativamente alto, tal y como se ve normalmente en la práctica privada y en las clínicas ambulatorias. Los comportamientos que se observan en estos entornos tienden a implicar dificultades interpersonales y trastornos del estado de ánimo, de ansiedad y de personalidad asociados.

La evaluación en la FAP está inextricablemente ligada al tratamiento y forma parte del proceso inicial de construcción de la relación entre el cliente y el terapeuta. Durante la terapia, el terapeuta y el cliente determinan juntos qué comportamientos están causando dificultades al cliente en su vida diaria; la naturaleza colaborativa del proceso de evaluación es una de las razones por las que la FAP es una intervención intensa. En conjunto con la FAP, el proceso de evaluación permite al terapeuta ser un ser humano genuino, y funciona no sólo para producir un resultado de evaluación, sino también para expresar interés, preocupación y cuidado genuino hacia el cliente.

## Una visión general de la evaluación idiográfica funcional

Las evaluaciones en FAP son funcionales e idiográficas. Al realizar una evaluación de este tipo, es fundamental distinguir entre función y topografía. La topografía de un estímulo o comportamiento es simplemente su aspecto. Cuando describimos lo que hacen las personas, solemos referirnos a la topografía o forma de su comportamiento (por ejemplo, describir a una persona como "riendo", o regañando a un niño ruidoso como "castigo"). En la FAP, un análisis topográfico es menos útil desde el punto de vista clínico que una descripción de la función.

La función de un estímulo está relacionada con su efecto sobre la conducta (es decir, si la aumenta, la disminuye o prepara la ocasión para su emisión). Si el niño sigue haciendo ruido en el futuro, la regañina puede haber actuado no como un "castigo" sino como una "recompensa" (de modo que la atención de los padres sirvió de refuerzo para el comportamiento). Del mismo modo, la función de un comportamiento se define por el efecto que éste tiene en el entorno. Si el comportamiento se considera en el contexto de sus antecedentes (las condiciones que *preceden* al comportamiento) y sus consecuencias (lo que *sigue* al comportamiento), esta conceptualización se hace más clara. A menudo, una persona puede mostrar el mismo comportamiento topográfico en diferentes contextos, y el comportamiento puede funcionar de forma muy diferente en cada uno de esos contextos. Por ejemplo, reírse en un club de comedia puede servir para expresar alegría, mientras que reírse en un funeral puede servir para evitar una emoción negativa.

También es importante tener en cuenta que la función de un estímulo o comportamiento puede no ser la prevista. Una persona que exprese demasiadas (o muy pocas) emociones al tratar de conectar con los demás puede en realidad alejarlos, o los intentos de hacer cumplidos pueden tomarse a mal. Ofrecer dinero a las personas después de que hagan una obra de caridad puede hacer que sea menos probable que vuelvan a ser voluntarios. El comportamiento, tanto dentro como fuera de las sesiones, puede funcionar de forma muy distinta a la intención del cliente. Esta brecha entre el efecto deseado y el real es a menudo una fuente de confusión y angustia para los clientes, y lo mismo puede ocurrir con los terapeutas. Por lo tanto, es esencial que los terapeutas reevalúen continuamente si sus acciones están funcionando para reforzar y castigar las conductas de los clientes como se espera (consulte la Regla 4 del Capítulo 4).

El objetivo principal de la evaluación conductual es la identificación de las relaciones funcionales entre los antecedentes, las conductas y las consecuencias. Este proceso, sin embargo, puede ser muy difícil. Un comportamiento puede servir de estímulo antecedente para la emisión de otro comportamiento, que a su vez puede proporcionar una consecuencia para el primer comportamiento y un antecedente para la emisión de un tercer comportamiento. También es vital reconocer que los pensamientos y los sentimientos, además de los estímulos externos, pueden actuar como señales para realizar conductas específicas. Existe una idea errónea sobre el papel de los pensamientos y sentimientos en un tratamiento basado en la conducta. A los pensamientos y sentimientos no sólo se les concede un papel en la perspectiva conductual radical, sino que se consideran factores importantes en la evaluación de la

conducta. Los pensamientos y los sentimientos se consideran simplemente como conductas encubiertas y, por lo tanto, se someten al mismo análisis que las conductas manifiestas y, del mismo modo, pueden actuar como indicios. Por lo tanto, al realizar una evaluación funcional, es vital examinar la función de cualquier pensamiento o sentimiento que pueda estar ocurriendo inmediatamente antes o después de una conducta.

Una advertencia importante a las afirmaciones anteriores es que el enfoque de la FAP no se centra en la exactitud de un pensamiento o sentimiento (como en la terapia cognitiva), sino en la función que puede proporcionar. Considere un cliente que rumia mientras está en reuniones sociales, experimentando pensamientos tales como, "No tengo nada interesante que decir, nadie querrá hablar conmigo..." Un terapeuta cognitivo puede abordar los pensamientos específicos que tiene el cliente pidiéndole que los contraste con la realidad (es decir, ¿realmente no soy interesante?, ¿realmente los demás no quieren hablar conmigo?). Por el contrario, un terapeuta de FAP puede descubrir que mientras el cliente está rumiando está evitando tomar cualquier riesgo interpersonal, como iniciar una conversación con otros, o conocer a alguien nuevo. Esto implica que la función de la rumiación del cliente es el refuerzo negativo o la evitación, y sugiere técnicas de tratamiento específicas para abordar la función de la conducta, independientemente del contenido de los pensamientos rumiantes.

La evaluación de las relaciones funcionales entre las variables suele requerir observaciones repetidas a lo largo del tiempo. La discusión de las interacciones interpersonales de un cliente en la vida diaria (por ejemplo: obtener información sobre el comportamiento del cliente, la situación) es un componente integral de casi todos los tratamientos terapéuticos. Este proceso proporciona la oportunidad al terapeuta de observar la conducta del cliente y las variables que influyen en ella por delegación. Durante estas conversaciones, las conductas problemáticas del cliente se hacen evidentes para el terapeuta; sin embargo, su función puede no estar tan clara. Es particularmente difícil identificar correctamente las funciones de los comportamientos de los clientes si éstos proporcionan informes inexactos o incompletos. Puede parecer obvio que un cliente adolescente que a menudo cuenta chistes a sus compañeros de clase lo hace para recibir aprobación social, hasta que se revela que contar chistes le ayuda a evitar completar las tareas escolares.

Afortunadamente, los terapeutas pueden observar directamente cómo interactúan los clientes en la sesión. En la FAP se asume que los mismos procesos funcionales que ocurren en la vida diaria del cliente a menudo también ocurrirán en la sala con el terapeuta, aunque posiblemente en una forma topográfica diferente. Por lo tanto, el terapeuta se considera una parte inextricable de estas interacciones. Una fuente importante de información para la evaluación funcional surge de la observación de cómo reacciona el cliente al comportamiento del terapeuta en diversas circunstancias. Con el tiempo, el terapeuta podrá desarrollar hipótesis sobre las funciones de diversos comportamientos y estímulos. Estas hipótesis pueden ponerse a prueba durante un análisis funcional. En la FAP, una evaluación funcional se convierte en un análisis funcional cuando el terapeuta manipula sistemáticamente las variables antecedentes y consecuentes durante las interacciones con los clientes, observa los cambios previstos en la conducta a medida que se producen y compara estos cambios con los niveles anteriores de respuesta. Por ejemplo, un terapeuta puede cambiar a propósito su tono

de voz y su ritmo de habla al responder a las expresiones emocionales de un cliente reservado para determinar la forma más reforzante de responder a esas revelaciones.

Mientras que la investigación conductual básica ha reducido la función de las conductas a categorías discretas, el objetivo clave de la evaluación funcional en la FAP no es encontrar una etiqueta técnica específica para la conducta del cliente, sino identificar las señales internas y ambientales que están actuando para evocar y mantener las conductas desadaptativas del cliente. El terapeuta intenta organizar los casos de conducta ineficaz del cliente en clases de respuestas funcionales (por ejemplo, evitar la intimidad) definidas por eventos similares (por ejemplo, los intentos de intimidad de la pareja) que evocan y mantienen (por ejemplo, a través del refuerzo negativo) esas respuestas. En esencia, el terapeuta simplemente busca identificar los estímulos discriminativos y los estímulos reforzadores que definen funcionalmente las conductas objetivo.

La clave para entender el concepto de clase funcional es el reconocimiento de que hay muchas formas diferentes de lograr el mismo objetivo. Si diferentes comportamientos tienen el mismo efecto, se dice que son miembros de la misma clase funcional. Sin embargo, la identificación de una clase funcional se vuelve importante y difícil cuando se producen topografías muy diferentes de comportamientos con la misma función durante la sesión. Cuando se produce esta situación, puede ser muy difícil para el cliente y el terapeuta reconocer que una sola clase funcional puede explicar la aparición o la persistencia de las dificultades interpersonales. Por ejemplo, una serie de conductas del cliente aparentemente no relacionadas (por ejemplo: discutir con el terapeuta, faltar a las sesiones, ideación suicida) podrían ser en realidad de la misma clase funcional (por ejemplo: impedir una mayor intimidad en la relación terapéutica, cuando la intimidad es aversiva para el cliente). La identificación de estos comportamientos como de la misma clase funcional probablemente conducirá a respuestas dramáticamente diferentes, y más efectivas, por parte del terapeuta.

El proceso de identificación funcional se realiza intrínsecamente de forma idiográfica (es decir, de forma individual). Esta flexibilidad es un punto de diferenciación entre la FAP y otras terapias manualizadas. Sin embargo, esto no significa que un terapeuta nunca tendrá dos clientes con las mismas clases de conducta objetivo. De hecho, varias conductas interpersonales comunes se observan con frecuencia en diferentes clientes. Si un terapeuta de FAP formula sistemáticamente la misma conceptualización del caso para cada cliente, se aconseja precaución y consulta externa. Tales similitudes no se asumen en FAP sino que se disciernen a través de la evaluación. La FAP no es prescriptiva con respecto a cómo formular una conceptualización del caso. Más bien, el énfasis se pone en que el terapeuta componga una conceptualización del caso que le sirva de guía para elegir cómo responder cuando se produzcan conductas o mejoras clínicamente relevantes.

El proceso de evaluación funcional debe dar como resultado el reconocimiento de patrones de clases funcionales que pueden utilizarse para organizar las CCR de los clientes y conducir a la formación de una conceptualización del caso. El proceso de evaluación es bastante complejo, pero el producto es en realidad muy sencillo; en el Apéndice A se puede encontrar un posible formato de conceptualización de FAP. Una conceptualización del caso es

un resumen (breve) de las variables históricas relevantes, las conductas fuera de la sesión (Os) que son problemas de la vida diaria (O1s) o metas de la vida diaria (O2s), las variables que mantienen esos problemas en el entorno del cliente, los activos y fortalezas del cliente, las CCR1s, las CCR2s, las intervenciones planificadas, y una lista de T1s (conductas problemáticas del terapeuta) y T2s (conductas objetivo del terapeuta). Todos estos componentes de la conceptualización del caso se describen con más detalle a continuación, y los T1 y T2 se desarrollan en el capítulo 8, Supervisión y autodesarrollo del terapeuta.

Se puede añadir más información a la conceptualización del caso si se utilizan otras modalidades de tratamiento junto con la FAP, como la incorporación de creencias problemáticas cuando se utiliza la Terapia Cognitiva Mejorada con FAP (Kohlenberg, Kanter, Bolling, Parker y Tsai, 2002; Kohlenberg, Kanter, & Tsai, en proceso de publicación) o las conductas sociopolíticas (SPs) que se ven como problemas (SP1s), y las mejoras (SP2s) si se está modificando la FAP para tales cuestiones (Terry, Bolling, Ruiz, & Brown, en proceso de publicación).

Un terapeuta FAP busca cambiar la conducta del cliente a través de un enfoque en la sesión, por lo que las variables enumeradas en la conceptualización del caso deben ser tan específicas y operacionalizadas como sea posible. Cuanto más claramente se defina el umbral de las CCR1 y CCR2, más fácil será para el terapeuta identificar y responder a estas conductas. Además, la conceptualización del caso debe ser una herramienta dinámica, cuyo objetivo principal es la identificación precisa de las clases funcionales, permitiendo así una respuesta adecuada por parte del terapeuta. Incluso es posible que un mismo comportamiento topográfico pertenezca a más de una clase funcional. Al descubrir las funciones de ciertos comportamientos, puede surgir más de un tema. Esto no significa que un tema sea incorrecto o que otro sea correcto, sino que un comportamiento puede servir para diferentes funciones en diferentes situaciones. Los clientes suelen tener un repertorio limitado de comportamientos, por lo que es habitual que un mismo comportamiento tenga diferentes consecuencias.

## **Evaluación a lo largo de la terapia**

A veces se considera que la evaluación es un precursor de la terapia, pero en un tratamiento funcional como la FAP, la evaluación es continua y flexible. Es un proceso interactivo e iterativo de revisión de las hipótesis sobre el comportamiento del cliente y su función. El proceso de evaluación y conceptualización del caso continúa a lo largo de la terapia; se producirán cambios dentro y fuera de las clases funcionales identificadas inicialmente. Tras el inicio del proceso terapéutico, pueden ser necesarias varias sesiones para determinar en colaboración los objetivos del tratamiento y precisar las conductas o clases de respuesta específicas. Por ejemplo, un cliente puede informar de diferentes objetivos de tratamiento en diferentes sesiones. Sólo después de varias semanas el terapeuta puede llegar a entender que el objetivo real puede definirse mejor como la indecisión sobre los objetivos, y pueden ser necesarias varias semanas más para que el cliente sea consciente de este patrón y acepte que cambiarlo debe ser un objetivo del tratamiento.

Después de que se refinen las conductas más antiguas y se descubran nuevas conductas objetivo, es necesario repetir la evaluación, que suele ser un proceso menos intensivo más adelante en la terapia. Con cada nueva alteración de las conductas objetivo, la conceptualización del caso también cambia, evolucionando al ritmo del repertorio interpersonal cambiante del cliente y respondiendo a los acontecimientos de la vida encontrados durante la terapia. Los CCR2 que inicialmente no formaban parte del repertorio del cliente pueden tener que ser moldeados en el curso de la terapia. En esta situación, las aproximaciones relativamente gruesas a una CCR2 ideal pueden considerarse una CCR2 y reforzarse al principio de la terapia, pero no se considerarían una CCR2 en un momento posterior, después de que una conducta más adaptativa haya pasado a formar parte del repertorio del cliente. Más concretamente, la definición operativa de una CCR se modificará a lo largo de la terapia en función del progreso del cliente. Por ejemplo, un cliente que no hace valer sus necesidades al principio de la terapia puede decir: "Hoy hace mucho calor aquí". El terapeuta puede considerar esta afirmación como una primera aproximación a la asertividad y responder ofreciéndole subir el aire acondicionado y discutir métodos alternativos para hacer valer sus necesidades. Más adelante en la terapia, el mismo cliente puede no ser reforzado por una declaración tan vaga. El terapeuta, en cambio, puede responder solicitando una petición más específica. También es habitual que se manifiesten nuevas clases de CCR a medida que los clientes amplían sus repertorios. Por ejemplo, un cliente que supera un déficit en la realización de revelaciones íntimas puede empezar a hacer demandas excesivas a una nueva pareja romántica.

También hay que vigilar de cerca otros cambios durante el curso de la terapia. La fase inicial de la relación terapéutica puede evocar una clase diferente de CCR que una relación ya establecida que se produce a mitad de la terapia, y de forma similar la fase de finalización también puede evocar CCR diferentes. El miedo de un cliente al abandono puede evocar conductas inapropiadas en muchas de sus relaciones, pero este miedo puede no ser elicitado hasta que se acerque la terminación de la terapia, y por lo tanto sólo podría ser abordado como una conducta objetivo en este contexto. Además, los objetivos del cliente pueden cambiar legítimamente a lo largo de la terapia a medida que cambian las situaciones del entorno, se abordan con éxito los O1/CCR1 y los O2/CCR2 pasan a formar parte del repertorio del cliente. Por ejemplo, después de superar el miedo a hablar con gente nueva, un cliente puede empezar a centrarse en mejorar una relación romántica recién formada. Los objetivos pueden cambiar entonces de una falta de comportamiento verbal a revelaciones personales que mejoren la intimidad.

## **Estrategias para la formulación de casos prácticos**

Las consideraciones generales descritas anteriormente constituyen los principios conceptuales que impulsan la conceptualización del caso en curso. En términos prácticos, la FAP se basa en el rápido establecimiento de una relación intensa e importante con el cliente. Por lo tanto, el prolongado período de evaluación para la obtención de información que existe en la terapia tradicional no suele ser práctico. La FAP reconoce que hay muchos caminos para alcanzar los

objetivos, y esto se aplica tanto a los clientes como a los terapeutas. Algunos terapeutas son capaces de comenzar la terapia con relativamente poca evaluación formal formando hipótesis sueltas que se modifican fácilmente con la adición de nueva información, mientras que otros son más metódicos en sus estrategias de recopilación de datos. Independientemente del enfoque, la evaluación debe realizarse de manera que mejore la relación terapéutica. Como se ha señalado anteriormente, la FAP no dicta los medios para formular las conceptualizaciones del caso, sino que hace hincapié en el desarrollo de una conceptualización del caso de trabajo que guiará las respuestas del terapeuta a las CCR. El objetivo de la evaluación es, por lo tanto, una conceptualización del caso que delinee la historia de vida relevante del cliente, los comportamientos fuera de la sesión y las CCR. Hay una serie de estrategias útiles para evaluar informalmente estas variables.

### ***Historia de vida***

Algunos clientes, si no la mayoría, se sentirán comprendidos al máximo si pueden relatar una historia (a menudo presentada cronológicamente) que revele sus creencias sobre su camino hasta la situación actual. Aunque la relación de esta historia puede no ser necesaria para que el terapeuta actúe con éxito, puede permitir aprender el lenguaje preferido del cliente y aportar información útil sobre la mejor manera de indicar la comprensión y de abordar el cambio. En algunos casos, los detalles de dicha narración pueden ser directamente útiles en la formulación del caso, como cuando los clientes describen casos repetidos de una clase de conducta problemática específica (por ejemplo, hacer demandas excesivas en las relaciones). Otros clientes más expertos pueden incluso ser capaces de describir las variables que influyen en sus conductas (por ejemplo, los puntos comunes entre las situaciones que inducen a la ansiedad y que conducen a la evitación). En estos casos, el cliente ayudará al terapeuta a identificar las clases de CCR.

Al recopilar esta información, es importante tener en cuenta que las variables que mantienen un comportamiento pueden no ser las mismas que las que dieron forma a un comportamiento inicialmente (p. ej.: los comentarios sarcásticos que originalmente servían para ganar la atención y las risas de los compañeros se mantienen más tarde distanciando al cliente de los demás). Además, el comportamiento puede ser mantenido por patrones de refuerzo o castigo en los que las consecuencias se presentaban previamente en niveles altos pero actualmente están en niveles más bajos, o viceversa (por ejemplo, un cliente que de niño fue abusado físicamente en repetidas ocasiones por su padre). Estas historias a menudo manifiestan reglas verbales que se elicitán en situaciones actuales y guían el comportamiento. Estas reglas pueden anular las señales del entorno para un comportamiento más apropiado desde el punto de vista social, lo que da lugar a un control ambiental débil en el presente y, a menudo, a un comportamiento inadaptado. Además, es relativamente común que los clientes no puedan informar con precisión sobre su comportamiento y sus variables de control. Su mala interpretación de las situaciones puede ser en sí misma un objetivo de la terapia.

En última instancia, aunque la FAP es una terapia conductual dirigida a lograr un cambio de conducta actual, la evaluación de las variables históricas (incluyendo las historias infantiles lejanas) puede desempeñar un papel en la conceptualización completa de las conductas objetivo del cliente y su función. Sin embargo, en la FAP, el terapeuta se centra en los acontecimientos y las relaciones del pasado sólo para comprender el comportamiento y las relaciones actuales; la comprensión del pasado no es un objetivo final en la FAP.

En consonancia con la discusión anterior, el Apéndice B incorpora un cuestionario de "Información preliminar del cliente", una herramienta para la terapia que se puede enviar por correo o por correo electrónico al cliente antes de la primera sesión. En este cuestionario se pide un resumen detallado de los acontecimientos vitales, una descripción de los puntos fuertes y los activos, los objetivos de la terapia y cualquier otro factor o acontecimiento que pueda ser importante que el terapeuta conozca. La información proporcionada de esta manera puede ser discutida durante las primeras sesiones de terapia.

Se puede utilizar una serie de preguntas para incitar a los clientes a proporcionar información histórica relevante, sin embargo, lo crucial es la función de la pregunta. Formular una pregunta que no sirva para un propósito terapéutico (por ejemplo, la construcción de una relación o la evaluación) es en realidad desperdiciar la oportunidad de formular una que sí lo haga. Corresponde al terapeuta decidir si una pregunta puede funcionar como se desea. Esto puede ser difícil de determinar al principio de la terapia, por lo que a continuación se exponen las preguntas de stock que los terapeutas de la FAP suelen utilizar para evaluar la historia de vida de un cliente.

- ¿Cuál diría que es su mayor problema en las relaciones?
- ¿Cuándo comenzó su dificultad para establecer y mantener relaciones?
- ¿Ha tenido alguna relación importante en el pasado?
- ¿Hay momentos en tu vida en los que tus dificultades en las relaciones fueron mejores o peores?

## ***Metas y Valores***

La evaluación funcional suele parecer un proceso tedioso y técnico. En la FAP no es así. Una forma de dignificar el proceso de evaluación es comenzar con una discusión de las declaraciones verbales del cliente sobre sus objetivos y valores.<sup>1</sup> La mayoría de las terapias comienzan con una discusión de los objetivos del cliente, es decir, lo que el cliente quiere del tratamiento y de la vida. La FAP se toma muy en serio este aspecto de la evaluación, ya que el objetivo de la FAP no es la reducción de los síntomas, sino ayudar a los clientes a avanzar hacia estos objetivos y a llevar una vida productiva, significativa y plena. Todo en la evaluación depende de la apreciación de estos objetivos vitales.

---

<sup>1</sup> Desde una perspectiva técnica conductual, los valores son mucho más que simples declaraciones de objetivos del cliente. Una discusión completa de los valores debe centrarse en el comportamiento manifiesto y verbal, además de las variables que controlan ese comportamiento (Leigland, 2005).

Cuando se lleva a cabo al principio de la terapia, el proceso de identificar y aclarar los valores declarados por el cliente ayudará al proceso terapéutico de tres maneras. En primer lugar, la discusión sobre las esperanzas y los sueños del cliente comenzará a construir la relación terapéutica, ya que permite al terapeuta reforzar los intentos del cliente en el proceso de cambio. En segundo lugar, la clarificación de los valores ayudará a identificar qué estímulos funcionan como reforzadores naturales para el cliente. Esto permitirá al terapeuta responder a los cambios de conducta del cliente de forma más significativa (es decir, reforzando funcionalmente las CCR2). Además, las conductas que están en línea con los valores del cliente tienen más probabilidades de ser reforzadas automáticamente, de manera que el cliente se "sentirá bien" cuando muestre conductas que apoyen lo que se valora. Los valores clarificados de un cliente actuarán como una operación de establecimiento o motivación reforzando el comportamiento en el repertorio del cliente. Cualquier contingencia de refuerzo adicional que se haya dispuesto actuará como "guinda del pastel" para fortalecer aún más el comportamiento con el tiempo. En tercer lugar, y lo más importante, determinar los valores del cliente proporcionará una dirección general para la terapia. La discusión de los valores proporciona un contexto para los objetivos del cliente y proporciona al terapeuta información útil sobre los comportamientos objetivos en los que sería mejor centrarse.

Hay muchos métodos para aclarar los valores del cliente. Uno de ellos consiste en plantear al cliente preguntas sobre su vida, sus objetivos y sus sueños. Estas pueden ser:

- ¿Cuál es su yo ideal?
- Si el dinero no fuera un problema, ¿qué harías con tu vida?
- Si pudieras agitar una varita mágica y cambiar lo que quisieras, ¿cómo sería tu vida?
- ¿A quién admiras y qué admiras de él?

Otro método es hacer que el cliente realice un automonitoreo. Esto puede hacerse de manera informal preguntando a los clientes qué es lo que les gusta hacer, o un enfoque más implicado sería pedir a los clientes que recojan datos sobre sus actividades diarias. Un tercer proceso que puede utilizarse para ayudar a un cliente a identificar sus valores es guiarlo a través de ejercicios experienciales, como el ejercicio del funeral utilizado en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT; Hayes, Strosahl y Wilson, 1999). En este ejercicio se pide a los clientes que imaginen los elogios, tanto probables como deseados, que se dirían en sus funerales. Este proceso puede permitir al cliente determinar lo que realmente le importa.

La "Instantánea de la Vida" (Apéndice C) es otro medio para evaluar y explorar los valores de un individuo. En la instantánea de la vida se pide a los clientes que, en primer lugar, califiquen la importancia de varios valores para ellos y, a continuación, que califiquen el grado de satisfacción de su comportamiento con respecto a ese valor. En esencia, puede verse como una elaboración (aunque más flexible e inclusiva de otros valores relacionados con la FAP) del Cuestionario de Vida Valiosa (VLQ) utilizado en la Terapia de Aceptación y Compromiso (Wilson y Groom, 2002). Cada uno de estos cuestionarios es un medio rápido de evaluar los valores del cliente y su progreso en dimensiones vitales importantes, tanto al principio del tratamiento como a lo largo del proceso terapéutico.

Por último, una declaración de misión es una herramienta útil que puede servir para recordar a los clientes sus valores y guiarlos para que adopten comportamientos más adaptativos y orientados a los valores (véase el capítulo 9). Una declaración de misión puede adoptar muchas formas, ya sea describiendo el lugar en el que el cliente se ve a sí mismo en el futuro, simplemente enumerando los valores del cliente, o incluso poetizando sobre los objetivos que el cliente desea alcanzar. La declaración actúa como una "regla" para que los clientes vivan, de manera que antes de realizar un comportamiento puede considerar su declaración de misión y elegir un comportamiento que esté en línea con su "misión".

### ***Comportamiento fuera de la sesión (Os)***

Otra área importante de evaluación son las conductas del cliente fuera de la sesión (Os), tanto problemáticas (O1s) como positivas (O2s). Al principio de la terapia, la investigación de estos comportamientos proporcionará información para la conceptualización inicial del caso. A medida que la terapia avanza, la evaluación de la conducta del cliente fuera de la sesión puede utilizarse como indicador de la generalización de los repertorios conductuales formados por el terapeuta en la sesión.

### ***Comportamientos Clínicamente Relevantes (CCRs)***

Las CCR suelen evaluarse directamente durante las sesiones de terapia. Como se ha señalado anteriormente, dada la premisa de que la relación terapéutica evocará los comportamientos de la vida diaria del cliente, se supone que las reacciones del terapeuta reflejan las reacciones de los amigos, la familia y las personas significativas del cliente. Si el terapeuta tiene una fuerte reacción a un comportamiento, especialmente si ocurre más de una vez, entonces ese comportamiento bien puede ser un CCR. Para poner a prueba esta teoría, el terapeuta debe hacer preguntas que ayuden a confirmar si el comportamiento es o no un CCR, y también evaluar la función de ese comportamiento en el momento. Cuando se realiza un proceso de este tipo, es crucial que los terapeutas sean hábiles en la identificación precisa de sus propias respuestas emocionales. Deben estar atentos y centrados en la relación terapéutica a lo largo de toda la sesión para poder identificar y abordar estas interacciones CCR. Además, los terapeutas tienen que ser conscientes de las idiosincrasias de sus propias historias que pueden llevar a reacciones emocionales no generalizables. En otras palabras, el terapeuta necesita estar seguro de que su propia respuesta al cliente es funcionalmente similar a la forma en que podrían reaccionar personas importantes en la vida del cliente.

No es necesario que el terapeuta evalúe las CCR de forma encubierta; de hecho, a menudo es útil preguntar directamente al cliente sobre las conductas para determinar si son importantes. Algunos ejemplos de estas preguntas son:

- ¿Cómo te sientes ahora mismo?
- ¿Qué ha ocurrido entre nosotros para que te sientas así?

- ¿Qué esperas de tu relación conmigo?
- ¿Qué te frustra de mí?
- Veo que parece disgustado. ¿Qué acaba de ocurrir entre nosotros?

*Paralelismos del interior al exterior.* Los posibles CCR determinados a través de la interacción directa con el cliente deben ser discutidos para determinar si las Os funcionalmente similares ocurren en su vida diaria, y si dirigirse a estos Os es consistente con los objetivos de la terapia del cliente. Esto puede verse como un proceso de evaluación "de dentro a fuera" en el que los terapeutas examinan sus propias respuestas momento a momento respecto al cliente, y cómo se sienten interactuando con el cliente a lo largo de la sesión, con el fin de especular e identificar las Os basados en la ocurrencia in-vivo de CCR. Este proceso demuestra que la FAP no intenta engañar al cliente para que se comporte de forma más eficaz, ya que las técnicas de la FAP deben describirse explícitamente y el cambio de conducta debe suponer una colaboración entre el cliente y el terapeuta, con el fin de alcanzar los objetivos del cliente. Por ejemplo, un terapeuta podría decir:

Estoy teniendo una reacción a lo que acaba de hacer. Me pregunto si sabe de otras personas que hayan reaccionado de forma similar. Estoy tratando de determinar si mi reacción es única para mí o no, o si sería útil que habláramos de ello con más detalle.

*Paralelismo del exterior al interior.* La evaluación de las CCR también puede ocurrir como un proceso "de afuera hacia adentro", comenzando con una discusión de la ocurrencia de las Os con un cliente. En este método, primero se identifican las Os (basados en los objetivos del cliente) y, a continuación, se pueden especular, evaluar y discutir con el cliente las ocurrencias de estas Os (CCR) durante la sesión. Los ejemplos incluyen:

- ¿Sucede eso alguna vez aquí?
- ¿Lo que pasa entre tú y tu pareja se produce en esta ocasión entre nosotros?
- ¿Es lo mismo que cuando tú y yo tuvimos ese desacuerdo y te quedaste muy callado?
- ¿También te hago sentir así?
- ¿Me ves parecido a tu marido en alguno de estos aspectos?

Los paralelos "de dentro a fuera" y "de fuera a dentro" relacionan específicamente la conducta dentro de la sesión con la conducta fuera de la sesión y, por lo tanto, además de cumplir una función de evaluación, también actúan para ayudar a la generalización (consulte la regla 5 del capítulo 4). De hecho, los procesos de evaluación de las O/CCRs y de proporcionar descripciones funcionales de los O/CCRs están inextricablemente ligados, de manera que el terapeuta FAP está continuamente refinando la comprensión de la conducta del cliente a través de los intentos de evaluarla y describirla funcionalmente.

## ***Evaluación de los antecedentes, los repertorios de conducta y las consecuencias***

Como se ha subrayado a lo largo de este capítulo, la evaluación FAP se centra en la identificación de clases de respuestas definidas funcionalmente, cuyas instancias individuales serán tanto Os como CCRs. La elaboración de una definición funcional requiere un análisis de los antecedentes y las consecuencias de la conducta, además del propio repertorio conductual.

*Antecedentes.* Para cada clase de problemas, el terapeuta evalúa en primer lugar si existe un problema tal que el cliente no identifica cuándo debería emitir un tipo de conducta en particular. ¿Reconoce o discrimina las situaciones apropiadas (antecedentes) cuando una clase de conductas llevaría a un resultado predecible si se emitiera? En el caso de un cliente con problemas para expresar su intimidad, la primera cuestión lógica de evaluación es si reconoce las ocasiones adecuadas para hacerlo. Independientemente de lo bien que se exprese la intimidad, el momento es fundamentalmente importante. Por ejemplo, lo que podría haber sido una relación prometedora podría detenerse en seco si uno declara: "Quiero que seas la madre de mis hijos" en la primera cita. Antes de que la terapia pueda establecer el objetivo de construir un repertorio para expresar la intimidad, el terapeuta necesita evaluar si el cliente puede reconocer las ocasiones apropiadas para utilizar dicho comportamiento; si no es así, primero debe enseñarse dicha discriminación.

*Repertorios de conducta.* A continuación, la evaluación se centra en la adecuación o los problemas del propio repertorio de respuestas. Esto puede ser difícil, ya que requiere que los terapeutas aprecien la diferencia entre función y topografía de la que hablamos anteriormente. En algunos casos, un terapeuta puede decidir inicialmente que un cliente no tiene un repertorio adecuado de cierto tipo, simplemente porque el cliente adopta conductas diferentes de las que el terapeuta utilizaría para lograr los mismos fines. Por ejemplo, los terapeutas suelen identificar rápidamente los problemas de expresión emocional. De hecho, se trata de un problema clínico común, pero puede diagnosticarse de forma inadecuada. Los terapeutas (y a menudo sus amigos) suelen hablar con facilidad de los sentimientos... Si el cliente no lo hace utilizando los mismos términos y claves con los que el terapeuta está familiarizado, es fácil suponer que existe un problema clínico. Sin embargo, la verdadera cuestión de la evaluación es si los comportamientos que el cliente utiliza para expresar su afecto son eficaces con las personas de su entorno actual o deseado. Por lo tanto, es vital que el terapeuta sea consciente de los efectos de las conductas que el cliente emite para lograr un objetivo concreto, en particular aquellas que pueden ser diferentes de las del terapeuta, pero que son eficaces en un grupo social suficientemente amplio.

Incluso teniendo en cuenta la precaución anterior, los repertorios de respuesta para las principales clases de interacciones sociales constituyen muy a menudo un problema clínico. Aunque el criterio último para juzgar la adecuación de una clase funcional de conductas es si logran el objetivo deseado por el cliente, hay formas comunes en las que estos repertorios no funcionan adecuadamente. Un cliente puede manifestar un "déficit" conductual tal que no emita ninguna o suficiente conducta en las condiciones adecuadas para alcanzar el nivel de refuerzo deseado. Un cliente puede no solicitar (o hacerlo demasiado sutilmente) el cambio a

los demás. En este punto se supone que el repertorio para pedir el cambio a los demás nunca se aprendió de forma adecuada, de manera que los individuos en la vida del cliente no reconocen que está solicitando el cambio.

Un cliente también puede tener dificultades con respecto a la emisión de "excesos" de comportamiento. Un cliente puede ser demasiado egocéntrico, pedir demasiada atención o seguridad, exigir demasiada conformidad o dominar las conversaciones. Cada uno de estos u otros excesos inhibe el flujo de las interacciones sociales y el desarrollo de la intimidad. A un nivel muy simplista, muchos problemas clínicos pueden conceptualizarse como excesos o déficits. Cualquiera de estos estados puede interferir en que el cliente reciba el refuerzo social deseado.

Otro nivel de complejidad familiar para la mayoría de los clínicos es la conceptualización de algunos problemas de conducta en términos de funciones interpersonales comunes, como la "evitación" de ciertas clases de consecuencias. Anteriormente en este capítulo se dieron ejemplos de una clase de respuesta de evitación, incluyendo faltar a las sesiones, la ira, la charla suicida y los cumplidos excesivos. Todos estos comportamientos podrían funcionar para evitar una mayor intimidad. Las conductas de evitación, cuando se emiten, evitan o previenen ciertas consecuencias. Un repertorio conductual relacionado que suele ser disfuncional son las respuestas de "escape", que actúan para poner fin a algún estado presente. A veces una respuesta de escape es sutil, como cuando un cliente dice, "Oh, me olvidé de mencionar que tengo que dejar la sesión temprano hoy para recoger a mi hijo". Otras veces la topografía puede ser muy diferente, como cuando un cliente se niega a hablar o se enfada con el terapeuta del mismo modo que lo hace con su cónyuge cuando intenta desvincularse de una situación. No siempre es evidente qué consecuencias está evitando el cliente.

*Consecuencias.* El último factor a evaluar es si los comportamientos interpersonales están bajo un control de consecuencias adecuado. La pregunta de evaluación es: cuando se emite una conducta útil, ¿es reforzada adecuadamente por el entorno de manera que es probable que se vuelva a emitir en las mismas o similares circunstancias? A veces, otras figuras significativas del entorno no refuerzan la conducta adecuadamente, y el cliente puede decidir emitir esta conducta de todos modos, o ampliar su círculo social para incluir a otras personas más reforzantes

## **Formulación estructurada de casos mediante la plantilla de evaluación idiográfica funcional (FIAT)**

Si el método de evaluación generalmente no estructurado descrito anteriormente no es personalmente atractivo, los terapeutas FAP también disponen de un proceso de evaluación inicial semiestructurado, basado en la Plantilla de Evaluación Idiográfica Funcional (FIAT; Callaghan, 2006). Como se ha destacado anteriormente, la evaluación se adapta individualmente a cada cliente. Dicho esto, los déficits comunes suelen interferir con los

clientes que se relacionan eficazmente con los demás. La FIAT, una entrevista estructurada, se deriva de un medio sugerido para organizar la conceptualización de un caso, basado en objetivos terapéuticos frecuentemente recurrentes. La FIAT es un intento de definir las áreas problemáticas recurrentes y proporciona una estructura para interpretar las complejas interacciones sociales que suelen ser los objetivos de la terapia.

Aunque la FIAT no está firmemente establecida como el enfoque definitivo para identificar las Os/CCR y determinar una conceptualización del caso, es un medio para hacerlo. La FIAT es un sistema en continua evolución. Los terapeutas que busquen formación adicional en la FIAT pueden ponerse en contacto con el Dr. Glenn Callaghan (consulte la página web de la FAP: [www.faptherapy.com](http://www.faptherapy.com) para obtener los datos de contacto). Aquí se resume brevemente la FIAT y se describe una forma de incorporarla a la FAP.

Para comenzar el proceso de evaluación y entrevista de la FIAT, el terapeuta debe pedir al cliente que complete el Cuestionario FIAT (FIAT-Q; Callaghan, 2006, y disponible en [www.faptherapy.com](http://www.faptherapy.com)) antes de la primera sesión de terapia. El FIAT-Q es un cuestionario de autoinforme de 117 ítems que proporciona una evaluación preliminar de autoinforme de las cinco clases de FIAT (afirmación de necesidades, comunicación bidireccional, conflicto, revelación y cercanía interpersonal, experiencia y expresión emocional; véase más adelante una descripción más detallada de cada clase). La cumplimentación del FIAT-Q antes del inicio de la terapia puede ayudar a guiar la discusión de los objetivos del cliente y la información de fondo que se produce en la primera sesión. Además, como se ilustra en el capítulo 4, el terapeuta puede hacer un uso terapéutico inmediato de la FIAT-Q como ayuda para identificar posibles CCR.

Lo ideal es que el terapeuta revise la FIAT-Q para enfocar la entrevista de la FIAT, lo que puede hacerse en la primera o segunda sesión. No hay directrices específicas, estándares normativos o puntuaciones de corte establecidas para la FIAT-Q. Por ello, el terapeuta debe utilizar la información generada por la FIAT-Q de forma flexible. Por ejemplo, el terapeuta puede encontrar que, según la FIAT-Q, una determinada clase de comportamiento no parece estar causando dificultades al cliente. Sabiendo esto, el terapeuta no necesita discutir esa clase en profundidad, aunque una breve revisión puede ser útil para comprobar la exactitud de la respuesta de la FIAT-Q. De este modo, el terapeuta puede optar por centrarse sólo en las clases identificadas por la FIAT-Q si parece haber una clara distinción en la gravedad de los problemas entre las clases. Alternativamente, el terapeuta puede explorar las respuestas del FIAT-Q en busca de puntuaciones extremas y revisar esos ítems con el cliente.

La FIAT consiste en una entrevista y un formato predefinidos para amplias clases de comportamientos interpersonales que utilizan preguntas estructuradas similares a las descritas anteriormente. Las cinco clases amplias definidas por el FIAT suelen dar lugar a conceptualizaciones de casos útiles. Cada clase requiere un análisis de los antecedentes, el repertorio conductual y las consecuencias a través de preguntas de evaluación del cliente y del terapeuta. Estas preguntas piden a los clientes que recuerden instancias específicas de las conductas problemáticas en su vida diaria, o utilizan las observaciones del terapeuta de las conductas cuando ocurren in-vivo. La información recopilada a través de estas preguntas de

evaluación está diseñada para integrarse directamente en la conceptualización del caso e informar sobre el curso del tratamiento.

Como se detalla en el manual de la FIAT, se proporciona una lista de preguntas de muestra para que el terapeuta las utilice con el cliente tanto durante el período de evaluación inicial como a lo largo de la terapia. Estas preguntas se centran principalmente en las conductas fuera de la sesión, y las respuestas del cliente a estas preguntas suelen informar la conceptualización de las O1s y O2s que pueden convertirse en el foco del tratamiento. Las preguntas de evaluación del terapeuta están diseñadas para que el terapeuta las considere después de haber interactuado con el cliente. Estas preguntas ayudan a determinar la presencia de problemas in-vivo del cliente durante el período de evaluación y en el curso de la terapia. Al responder a estas preguntas, el terapeuta debe identificar la medida en que los comportamientos se produjeron en la sesión, y sus propias respuestas como consecuencia del comportamiento del cliente.

La primera clase de problemas definidos en la FIAT, la Clase A, está compuesta por problemas relacionados con la afirmación de necesidades. Esto puede suponer una falta de especificación, solicitud o reconocimiento de una necesidad interpersonal. Las preguntas de evaluación del cliente para esta clase incluyen:

- ¿Sientes que otras personas son capaces de satisfacer las necesidades que tú tienes?
- ¿Se satisfacen tus necesidades cuando las tienes, o se satisfacen más tarde?
- ¿Eres capaz de pedir a los demás que satisfagan tus necesidades?

Las preguntas de evaluación del terapeuta para esta clase incluyen:

- ¿Tiene el cliente problemas para satisfacer sus necesidades?
- ¿Hay momentos en los que el cliente tiene problemas para satisfacer sus necesidades en la sesión?
- ¿Es capaz el cliente de hacer peticiones al terapeuta?

La clase B engloba una amplia gama de problemas de comunicación bidireccional. Estos pueden incluir no notar o describir el impacto de uno en otra persona, ser insensible a las consecuencias interpersonales, no discriminar las necesidades de los demás, proporcionar retroalimentación castigadora a los demás, malinterpretar las señales, discusiones interminables, o escapar o evitar algunas clases importantes de comunicación. Las preguntas de evaluación del cliente para esta clase incluyen:

- ¿Eres capaz de notar el impacto que tienes en los demás, es decir, cómo te perciben o sienten los demás cuando interactúas?
- ¿Cómo describirías este impacto?
- ¿Eres consciente o te das cuenta de cuando otras personas te hacen comentarios sobre tu comportamiento?

Las preguntas de evaluación del terapeuta para esta clase incluyen:

- ¿Puede el cliente discriminar cuando repercute en el terapeuta durante la sesión?

- ¿Valora el cliente la retroalimentación del terapeuta?
- ¿La importancia que el cliente otorga al terapeuta es coherente con la naturaleza o el desarrollo de la relación terapéutica?

La clase C incorpora problemas de conflicto. De nuevo, hay muchas fuentes posibles de dificultad en cada componente de antecedente, comportamiento o consecuencia del análisis. El cliente puede discriminar el conflicto cuando no es intencionado (es decir, estar demasiado a la defensiva), tener un repertorio agresivo o pasivo, o puede encontrar que la resolución razonable de problemas es aversiva o indicativa de un problema mayor que la otra persona en una conversación. Las preguntas de evaluación del cliente para esta clase incluyen:

Las preguntas de evaluación del cliente para esta clase incluyen:

- ¿Es normal que se produzcan conflictos entre tú y otras personas con las que te relacionas?
- ¿Eres consciente de cuándo hay un conflicto entre tú y otra persona?
- ¿Tiendes a ceder fácilmente ante los demás si hay un conflicto, aceptando su posición o punto de vista, aunque no estés de acuerdo con él?

Las preguntas de evaluación del terapeuta para esta clase incluyen:

- ¿El cliente participa en algún tipo de interacción conflictiva con el terapeuta durante la sesión?
- ¿Es consciente el cliente de que se está produciendo un conflicto cuando ocurre en la sesión?
- ¿Reconoce el cliente que pueden producirse conflictos entre él y el terapeuta?

La clase D incluye problemas con la revelación y la cercanía interpersonal. Los excesos o los déficits son características destacadas de esta clase, además de los problemas para discriminar las ocasiones apropiadas para la revelación. Los clientes pueden ser incapaces o no estar seguros de cómo etiquetar los sentimientos que quieren revelar, o pueden malinterpretar el significado de la revelación de los demás. Las preguntas de evaluación del cliente para esta clase incluyen:

- ¿Has tenido un mejor amigo, o personas con las que dirías que estás cerca?
- ¿Tienes actualmente alguna relación cercana, gente con la que eres amigo, con la que puedes hablar de cómo te va?
- ¿Valora o siente que las relaciones cercanas son importantes para usted?

Las preguntas de evaluación del terapeuta para esta clase incluyen:

- ¿Demuestra el cliente el deseo o la necesidad de una relación terapéutica estrecha?
- ¿El cliente se revela ante el terapeuta durante la sesión de terapia?
- ¿Reconoce el cliente que el terapeuta es un miembro participante en la interacción?

La clase E incorpora problemas de experimentación y expresión emocional. Los problemas relevantes para esta clase incluyen dificultades para discriminar el contexto con el fin de

etiquetar apropiadamente una emoción, o incluso ser consciente de que dicha expresión es esperada o apropiada. La capacidad de etiquetar y reportar la emoción apropiadamente requiere una historia de aprendizaje muy complicada, incluyendo un ambiente que apoye y enseñe la discriminación emocional. Recientes desarrollos de tratamiento como la ACT (Hayes et al., 1999) se dirigen a la evitación emocional como un impedimento significativo para iniciar el cambio de comportamiento. La FAP también proporciona un lugar seguro en el que los clientes pueden experimentar emociones complejas, a la vez que engendra una relación en la que las personas pueden aprender a etiquetar correctamente esas emociones. Las preguntas de evaluación del cliente para esta clase incluyen:

- ¿Eres capaz de darte cuenta de que tienes experiencias emocionales a medida que van sucediendo?
- ¿Puedes distinguir los distintos tipos de experiencias emocionales entre sí?
- ¿Insinúas a la gente lo que sientes cuando experimentas una emoción?

Las preguntas de evaluación del terapeuta para esta clase incluyen:

- ¿Tiene el cliente problemas para expresar sus emociones?
- ¿Es el cliente capaz de identificar cuándo tiene experiencias emocionales?
- ¿Identifica el cliente al terapeuta como alguien con quien compartir sus emociones?

La FIAT presenta dificultades específicas. Incluso en la discusión abreviada de las clases de la FIAT arriba, está claro que las clases pueden y se superponen. Estas clases abarcan una amplia gama de conductas de los clientes, pero no son exhaustivas ni son el único enfoque para dividir los problemas clínicos. El lector debe reconocer la importancia de la estrategia utilizada para identificar la conducta problemática en la riqueza del contexto en el que se produce. Una conceptualización del caso no puede formarse sin tener en cuenta la circunstancia en la que se produce o debe producirse el problema, la calidad de la respuesta dado el objetivo del cliente (y la adecuación del objetivo), y los acontecimientos que se producen después de la respuesta que hacen más o menos probable que la conducta vuelva a producirse en circunstancias similares. En el momento de redactar este documento no se dispone de datos normativos ni de fiabilidad para la FIAT. Varios investigadores están intentando resolver estas cuestiones. Sin embargo, muchos terapeutas de la FAP encuentran el FIAT extremadamente útil en su forma actual.

### ***Ejemplo de caso:<sup>2</sup> Identificación de las clases FIAT***

Gary, de 30 años, buscó terapia para que le ayudara a establecer mejores relaciones con los demás y a desarrollar las habilidades que le permitieran entablar y mantener una relación íntima. Afirmó que deseaba estabilidad en su vida, pero no pudo describir por qué era incapaz de mantener buenas relaciones. Gary informó de rasgos de los Trastornos Narcisistas y

---

<sup>2</sup> Todos los datos de identificación de los clientes presentados en este libro han sido modificados para proteger su identidad.

Histriónicos de la Personalidad. Por ejemplo, informó que se sentía incómodo en situaciones en las que no recibía mucha atención. Además, el estilo de interacción de Gary era provocador y sus emociones cambiaban rápidamente, lo que dificultaba que los demás supieran lo que estaba sintiendo. A menudo exageraba o incluso informaba de forma inexacta sobre sus sentimientos, de manera que a los demás les resultaba difícil responderle. También tenía expectativas poco razonables de los demás y parecía esperar que los demás cumplieran automáticamente con sus expectativas. Gary carecía de empatía y no reconocía los sentimientos de los demás como razonables, y mostraba comportamientos arrogantes hacia los demás. Está claro que estos problemas impedían a Gary alcanzar sus objetivos interpersonales, pero le faltaba comprender la relación entre sus comportamientos y sus problemas. En el momento de la admisión, Gary preguntó: "¿Estoy condenado a ir por la vida soltero?".

Utilizando el FIAT, se identificaron cuatro clases. La clase E, dificultades para identificar y responder a la experiencia emocional, fue la clase principal de conductas problemáticas tanto para los problemas dentro de la sesión (CCR1s) como para las conductas problemáticas fuera de la sesión (O1s). Específicamente, Gary se involucró en la identificación y etiquetado inexactos de sus experiencias emocionales. Por ejemplo, informaba o expresaba ira cuando se sentía triste, o se reía cuando describía temas dolorosos. También tenía un rango restringido de expresión emocional que tendía a reacciones extremas, y amplificaba sus sentimientos para producir un efecto en los demás. Además, su estado de ánimo solía cambiar rápidamente, lo que dificultaba al terapeuta y a los demás la identificación de sus emociones. Los objetivos de mejora de la conducta (CCR2s) para esta clase eran desarrollar las habilidades del cliente para identificar y etiquetar con precisión sus experiencias emocionales, para expresar estos sentimientos claramente al terapeuta (y luego a otros fuera de la sesión), y para mostrar un repertorio más amplio de expresión emocional con el terapeuta y otros.

El segundo grupo de problemas de los clientes objetivo era la clase A: problemas para identificar y hacer valer las necesidades o los valores. Gary tenía dificultades para identificar y solicitar claramente lo que necesitaba de los demás. En su lugar, a menudo decía que las decisiones tomadas por los demás estaban bien, pero luego tenía comportamientos que intentaban cambiar esas decisiones para que reflejaran mejor lo que a él le gustaría que ocurriera, sin solicitar claramente esos cambios. Estas expresiones de insatisfacción solían ser sarcásticas, y negaba que quisiera que las cosas se hicieran de otra manera. Informó de que a menudo esperaba que los demás conocieran sus deseos sin haberlos expresado. Para Gary, las mejoras con respecto a esta clase se producían cuando identificaba claramente lo que quería de los demás y luego hacía una petición directa. Si se le preguntaba si quería algo diferente del terapeuta o de los demás, una mejora consistía en que Gary lo reconocía, aunque no tuviera claros sus deseos.

La clase B, los problemas de identificación y respuesta a la retroalimentación y el impacto en los demás, fue otra clase importante de respuesta dirigida. Gary era en gran medida insensible al impacto que tenía en los demás, se dedicaba a hablar excesivamente de sí mismo y a menudo hacía que los oyentes se sintieran poco implicados en las interacciones

sociales con él. Informó de que normalmente ya sabía lo que iban a decir los demás y mostró una falta de interés por lo que la otra persona decía realmente. Gary no era consciente de su impacto aversivo en los demás y no tenía claro cómo participar en formas de respuesta más eficaces. Las mejoras para Gary consistieron en demostrar su consciencia e intentar notar su impacto en los demás. El objetivo no era crear una hipersensibilidad a su impacto, sino reconocer cuándo su impacto podía distanciar a los demás, y participar en una respuesta diferente si así lo decidía.

La última clase de problemas era la clase D y se refería a las dificultades de Gary para revelarse o desarrollar y mantener un repertorio prosocial. Este conjunto de problemas incluía su participación en una gama restringida de respuestas excesivamente practicadas con el terapeuta y otros. Este proceso tendía a hacer que el cliente pareciera superficial y menos interesado en una interacción social, incluso cuando no era el caso. Gary también daba por sentado que sabía lo que los demás pensaban de él en lugar de preguntarles. Las mejoras en esta área incluían interacciones más espontáneas, preguntar a los demás sus pensamientos y estar interesado en lo que los demás tenían que decir.

En Callaghan, Summers y Weidman (2003) se puede encontrar una descripción más detallada del tratamiento y los resultados de la FAP de Gary.

## **Automonitoreo del cliente durante el tratamiento**

El objetivo principal de la evaluación es determinar qué conductas son problemáticas para el cliente y cómo deben ser tratadas. Dependiendo del cliente, la conducta o el entorno, esto no siempre es posible. Sin embargo, se recomienda encarecidamente que se pida al cliente que haga un seguimiento diario de sus conductas fuera de la sesión para controlar su progreso. El seguimiento de la conducta fuera de la sesión permite al terapeuta observar cómo funciona el cliente en la vida diaria y determinar si el tratamiento se está generalizando. Los comportamientos pueden seguirse utilizando un sencillo formato de tarjeta de diario.

Hacia la conclusión de la evaluación inicial, el terapeuta debe dedicar tiempo a determinar, en colaboración con el paciente, qué clases de respuesta se van a seguir. La clase de respuesta debe recibir un nombre sencillo utilizando el vocabulario preferido por el cliente para el problema, y dos o tres ejemplos representativos de cada clase de respuesta deben figurar en la tarjeta del diario. Los ejemplos no deben ser similares desde el punto de vista topográfico pero, por supuesto, deben cumplir la misma función en la vida diaria del paciente. Esto puede facilitar al cliente el seguimiento de la clase de respuesta de forma funcional, en lugar de quedarse atascado siguiendo sólo un ejemplo topográfico específico de la clase y, por tanto, proporcionando una visión sesgada de su progreso conductual.

La definición y el seguimiento de las clases de respuesta deben determinarse de forma idiográfica en función de la percepción, la motivación y el nivel de funcionamiento de cada cliente. El objetivo es crear un recuento de la frecuencia de la conducta objetivo o problemática lo más cercano posible. Algunas clases de respuesta pueden seguirse mejor en

términos de la conducta objetivo deseada que debería ocurrir más a menudo (por ejemplo, compartir las emociones, hacer valer las propias necesidades), mientras que otras pueden seguirse en términos de la conducta problemática que debería disminuir en frecuencia (por ejemplo, coqueteo excesivo, discusiones).

También puede ser necesario hacer un seguimiento no sólo de las ocurrencias de la conducta objetivo o problemática, sino de las oportunidades para que se produzca la conducta. Por ejemplo, para un cliente, una conducta objetivo de seguimiento puede ser el repertorio de respuestas "discutir insensiblemente con mi ex mujer". Sin embargo, si el cliente ha dejado de comunicarse con su ex mujer, esta disminución de oportunidades confundirá el seguimiento (es decir, aparecerá como una disminución de las discusiones). Del mismo modo, un cliente puede estar trabajando para ser más asertivo con los demás, pero no tiene la oportunidad de hacerlo. El monitoreo del número de oportunidades puede ayudar a rastrear la evasión de involucrarse en un comportamiento. También puede ser útil hacer un seguimiento de los "impulsos" de realizar una conducta problemática, además de las ocurrencias reales de la conducta problemática. Los "impulsos" y las oportunidades pueden ser similares. Estas cuestiones idiosincrásicas deben resolverse clase por clase y cliente por cliente. Si es posible, la supervisión de casos en grupo es crucial durante las semanas iniciales de la terapia para ayudar al terapeuta a determinar la manera más efectiva de supervisar clases de respuesta particulares para un cliente específico.

Para algunos clientes, especialmente los clientes con un trastorno de la personalidad o con dificultades interpersonales generalizadas, los O1 y los CCR1 son muy frecuentes en su repertorio interpersonal. Por ejemplo, un cliente, Tom, tenía un estilo interpersonal sutil y aversivo para su terapeuta. Al terapeuta le resultaba difícil identificar los comportamientos distintivos que eran CCR1. A través de una consulta de grupo sobre la conceptualización del caso, se identificó el CCR1 como el "estilo suave" del cliente para interactuar con los demás. En el caso de los clientes que presentan conductas CCR1 tan frecuentes o generalizadas, es mejor que el cliente haga un seguimiento de las ocurrencias de la CCR2 en lugar de la CCR1.

## **Evaluación del terapeuta**

Gran parte de este capítulo se ha centrado en el cliente. Sin embargo, el terapeuta desempeña un papel crucial en la FAP. Los terapeutas aportan su propia historia y experiencia a cualquier evaluación o sesión de terapia, lo que colorea la interpretación de la conducta del cliente. Estas experiencias de fondo pueden influir en lo que los terapeutas notan, en cómo interactúan con un nuevo cliente y en las formas particulares en que responden a los diversos comportamientos clínicos que el cliente emite. Los observadores, incluidos los terapeutas, nunca pueden ser imparciales en su interpretación del comportamiento. Es una lucha constante separar la propia historia cuando se reacciona a ciertas características y comportamientos del cliente para juzgar cómo reaccionarían otros en circunstancias

similares.<sup>3</sup> Para ayudar en este esfuerzo se recomienda evaluar dos áreas clave directamente relacionadas con el terapeuta durante la FAP.

### ***Funciones de estímulo del terapeuta***

Los terapeutas de FAP deben tratar de ser conscientes de sus propias propiedades de estímulo que pueden afectar a la presentación clínica del cliente, particularmente en términos de su capacidad para evocar las CCR del cliente. Un terapeuta extremadamente atractivo de cualquier género puede producir un repertorio conductual muy diferente en un cliente, en comparación con un terapeuta con características físicas diferentes. A veces estas características de estímulo pueden ser útiles, pero en otras ocasiones pueden interferir. El punto clave es que todo comportamiento sólo puede entenderse en el contexto en el que se produce. En una circunstancia un comportamiento puede indicar ansiedad, mientras que en otra puede indicar atracción. El proceso de evaluación requiere apertura, en términos de entender que los comportamientos pueden tener funciones muy diferentes en distintas circunstancias.

Los terapeutas de la FAP también refuerzan los CCR. La discusión anterior se ha centrado en la evaluación de los O/CCRs, pero igualmente importante para la FAP es la evaluación de cómo los clientes responden a las interacciones con el terapeuta. Técnicamente, el terapeuta necesita ser consciente de sus funciones de evocación, elicitación y refuerzo/castigo para el cliente y evaluar las reacciones del cliente a lo largo de cada sesión. Por ejemplo, un terapeuta que hace afirmaciones como "Me alegro de que me hayas contado eso" o "Me siento más cerca de ti ahora que has compartido eso conmigo", puede asumir que estas afirmaciones son reforzantes para el cliente. Sin embargo, la naturaleza del refuerzo es tal que la única manera de saber si una consecuencia es un reforzador eficaz es si la conducta aumenta o mantiene su frecuencia con el tiempo. En el momento, este efecto es desconocido, pero puede evaluarse preguntando específicamente a los clientes cómo se sienten después de una interacción, o incluso preguntando si sería más probable que emitieran esa respuesta de nuevo en el futuro. El terapeuta debe seguir haciendo un seguimiento de la frecuencia de la conducta a lo largo del tiempo, pero las respuestas del cliente pueden ayudar a guiar las consecuencias del terapeuta en el presente.

Utilizando las respuestas del cliente a estas preguntas, además de la información del cambio en la frecuencia de las conductas a lo largo del tiempo, el terapeuta puede hipotetizar qué tipos de interacciones son más o menos reforzantes para un cliente. También puede juzgar cuál es la mejor manera de responder eficazmente a las conductas del cliente -otro aspecto de la FAP es que es idiográfico para cada cliente y ayuda a separarla de otras terapias manualizadas. Este proceso funciona en lugar de las evaluaciones formales de reforzadores

---

<sup>3</sup> Tal y como comentan Turk y Salovey (1988), cada vez hay más conciencia de que los juicios de los clínicos son propensos a una serie de errores heurísticos o reglas empíricas personales que se utilizan para emitir juicios en circunstancias inciertas.

del análisis funcional tradicional, ya que una evaluación formal sería demasiado arbitraria para la psicoterapia ambulatoria.

### ***T1 (conductas problemáticas del terapeuta) y T2 (conductas objetivo del terapeuta)***

La evaluación del terapeuta también incluye una valoración de las conductas del terapeuta (como se describe más adelante en el capítulo 8) que pueden ser relevantes e interactuar con las CCR del cliente. En la conceptualización del caso del cliente se puede incluir una breve lista de T1 (por ejemplo, evitar la ira del cliente, hacer bromas cuando está ansioso) y T2 (por ejemplo, permanecer presente mientras el cliente expresa su ira, permanecer atento cuando está ansioso) tanto en general como en particular. A muchos terapeutas de FAP les resulta útil tener una lista de sus T1 y T2 personales para ayudarles a permanecer atentos a sus propias conductas objetivo mientras interactúan con los clientes. Otro método informativo para evaluar los T1 y T2 es el proceso de supervisión. El hecho de que un colega le ayude a identificar los puntos fuertes y débiles aumenta la probabilidad de que el terapeuta utilice y construya sus propios repertorios para responder a los clientes de la manera más eficaz posible. Esto se discute en detalle en el Capítulo 8, Supervisión y autodesarrollo del terapeuta.

### **Posibles obstáculos para la evaluación**

Como conclusión de este capítulo, es importante destacar varios factores que pueden impedir el empleo eficaz de las estrategias y las técnicas que se han analizado anteriormente. Un obstáculo común es que a lo largo de la evaluación (y la terapia) los clientes pueden no reconocer que una interacción terapéutica es similar a la forma en que se relacionan con otros en su vida diaria. Por lo tanto, cuando el terapeuta explora esta posibilidad, el cliente puede negar la existencia de tales similitudes o simplemente ser incapaz de reconocerlas. Esto puede ser una función de la falta de percepción del cliente sobre su propio comportamiento. La respuesta del terapeuta debe ser explorar la respuesta, buscando interacciones similares que el cliente pueda haber tenido con otros, y haciendo muchas de las preguntas descritas anteriormente. Utilizando este proceso, el terapeuta a menudo descubrirá que la interacción dentro de la sesión era similar a las interacciones externas, facilitando además una interacción terapéuticamente potente en el momento.

Otra dificultad surge cuando se trabaja con un cliente que no declara objetivos interpersonales y que, sin embargo, es interpersonalmente ineficaz, tal y como se evalúa por el informe del cliente (por ejemplo, describiendo situaciones o contando historias) y/o por la observación durante la sesión. El mecanismo de cambio que se asume en la FAP es la respuesta contingente del terapeuta a la conducta del cliente en la sesión; esto supone que la conducta que surge en la sesión es una conducta interpersonal. Por lo tanto, el terapeuta y el cliente necesitan trabajar juntos para determinar los objetivos que aseguren que la FAP es el tratamiento apropiado. Una forma de abordar esta cuestión es volver a examinar los

fundamentos de la FAP (véase el capítulo 4), discutiendo con el cliente la premisa clave de que el comportamiento problemático en la vida diaria del cliente es probable que ocurra en la sesión de terapia con el terapeuta. Este proceso puede permitir que el cliente y el terapeuta trabajen en el tema durante la sesión. El terapeuta puede enfatizar que "así es como se hace la FAP" y "cómo funcionará la terapia". Una segunda forma de abordar el tema es ver la indecisión del cliente (es decir, si el cliente es indeciso) como un CCR1 y abordarlo dentro de la terapia. Una tercera forma de abordar la cuestión es obtener el acuerdo del cliente para hacer una FAP "exploratoria" con el fin de crear nuevos objetivos utilizando muchas de las técnicas "de entrada a salida" descritas anteriormente. Esto puede funcionar bien si el terapeuta revisa simultáneamente los fundamentos de la FAP con el cliente. Cuando se abordan con sensibilidad los posibles bloqueos de la evaluación, se mejora el camino hacia un tratamiento FAP eficaz.

## Referencias

- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy, 35*(2), 205–230.
- Callaghan, G. M. (2006). The Functional Idiographic Assessment Template (FIAT) system. *The Behavior Analyst Today, 7*, 357–398.
- Callaghan, G. M., Summers, C. J., & Weidman, M. (2003). The treatment of histrionic and narcissistic personality disorder behaviors: A single-subject demonstration of clinical improvement using Functional Analytic Psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 33*(4), 321–339.
- Hayes, S. C., Nelson, R. O., & Jarrett, R. B. (1987). The treatment utility of assessment: A functional approach to evaluating assessment quality. *American Psychologist, 42*(11), 963–974.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. D. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Bolling, M. Y., Parker, C., & Tsai, M. (2002). Enhancing cognitive therapy for depression with functional analytic psychotherapy: Treatment guidelines and empirical findings. *Cognitive and Behavioral Practice, 9*(3), 213–229.
- Kohlenberg, R.J., Kanter, J., & Tsai, M. (in press). FAP and cognitive behavior therapy. In J. Kanter, R. J. Kohlenberg, & M. Tsai (Eds.), *The practice of FAP*. New York: Springer.
- Leigland, S. (2005). Variables of which values are a function. *Behavior Analyst, 28*(2), 133–142.
- Rosen, G. M., & Davison, G. C. (2003). Psychology should list empirically supported principles of change (ESPs) and not credential trademarked therapies or other treatment packages. *Behavior Modification, 27*(3), 300–312.
- Terry, C., Bolling, M., Ruiz, M., & Brown, K. (in press). Confronting power and privilege in therapy. In J. Kanter, R.J. Kohlenberg, & M. Tsai (Eds.), *The practice of FAP*. New York: Springer.
- Turk, D. C., & Salovey, P. (Eds.). (1988). *Reasoning, inference, and judgment in clinical psychology*. New York: Free Press.
- Wilson, K. G., & Groom, J. (2002). *The Valued Living Questionnaire*. Available from Kelly Wilson at Department of Psychology, University of Mississippi.

## Capítulo 4

### La técnica terapéutica: Las cinco reglas

**Mavis Tsai, Robert J. Kohlenberg, Jonathan W. Kanter y Jennifer Waltz**

*La psicoterapia es eficaz y exitosa cuando... supone una implicación y una lucha humanitaria. Es la voluntad del terapeuta de extenderse a sí mismo con el fin de alimentar el crecimiento del paciente -la voluntad de arriesgarse, de implicarse realmente a nivel emocional en la relación, de luchar realmente con el paciente y consigo mismo. En resumen, el ingrediente esencial de una psicoterapia profunda y significativa es el amor.*

(Peck, 1978, p. 173)

Las cinco reglas que se describen en este capítulo pretenden ser un punto de partida para que el lector utilice la FAP. Si se utilizan de forma adecuada, pueden aportar lo que Peck considera los ingredientes esenciales para el éxito de la terapia: implicación, lucha, voluntad de arriesgarse y amor. En lugar de la cualidad rígida y severa asociada con el uso común del término "regla", las reglas que aquí se proponen se basan en la concepción de la conducta verbal de Skinner (1957, p. 339), utilizando la elaboración de Zettle y Hayes (1982). Dentro de este contexto, estas reglas FAP son sugerencias para el comportamiento del terapeuta que resultan en efectos de refuerzo para el terapeuta -más de un enfoque de "pruébalo, te gustará" que de "será mejor que lo hagas". Como tales, se prestan a la integración con otros enfoques terapéuticos y se adaptan a las diferencias individuales entre los terapeutas. Aunque las reglas están claramente delineadas aquí con fines instructivos, en la práctica se unen y las intervenciones de los terapeutas suelen abarcar varias reglas simultáneamente. Para aquellos que prefieren un lenguaje no técnico, se proporciona un equivalente no conductual entre paréntesis junto a cada regla. Estas reglas y las conductas clínicamente relevantes (CCR) descritas en los capítulos anteriores se revisan con frecuencia a lo largo del resto del libro.

La psicoterapia es una interacción compleja que implica un comportamiento multideterminado, por lo que estas sugerencias de técnica terapéutica no pretenden ser completas ni excluir el uso de procedimientos no descritos aquí. De hecho, otros métodos terapéuticos pueden complementarse y mejorarse aplicando las reglas FAP. La aplicación de las reglas FAP puede desplazar el foco del tratamiento hacia los CCR. Tanto si este cambio de enfoque es momentáneo como si domina la terapia, las reglas FAP pueden facilitar a los

terapeutas el aprovechamiento de oportunidades terapéuticas que, de otro modo, podrían pasar desapercibidas.

### **Regla 1: Vigilar las CCR (estar atentos)**

Esta regla constituye el núcleo de la FAP y su adopción puede conducir a un tratamiento más intenso y orientado a las personas. Cuanto más acertadamente puedan los terapeutas detectar y responder terapéuticamente a las CCR, más probable será que la terapia sea fascinante y profunda. Como conductistas, no creemos que "observar", un hecho privado, intensifique y mejore directamente el tratamiento. Sin embargo, "observar" o "ser consciente", inicia el proceso y eventualmente puede tener un efecto marcado en cómo los terapeutas "ven" a sus clientes, la conceptualización del caso y el enfoque y la naturaleza de la intervención.

Para ilustrar el punto anterior, consideremos una pregunta formulada por un cliente de RJK: "¿Llamaré a mi médico y le pediré que renueve mi receta de Xanax?". Hemos presentado esta petición en numerosos talleres y hemos preguntado a terapeutas experimentados qué responderían. Lo más frecuente es que digan que "la clienta es demasiado dependiente y hay que decirle que lo haga ella misma", o que tienen "la política de no llamar a los médicos de sus clientes para tales fines". En cambio, si los terapeutas estuvieran en sintonía con las CCR, podrían haberse preguntado si el comportamiento era una CCR1 o una CCR2. Es decir, para este cliente en particular, ¿es la pregunta una ocurrencia aquí y ahora del mismo tipo de problema en su vida diaria (CCR1), o representa una mejora de lo que suele hacer en el mundo exterior (CCR2)? La respuesta es, por supuesto, que depende de la naturaleza del problema de la vida diaria del cliente. Si la usuaria no suele pedir lo que quiere y tiene miedo de hacerlo, se trata de una CCR2 valiente y debe reforzarse. Sin embargo, si la clienta es excesivamente dependiente y tiene dificultades en la vida porque constantemente pide a los demás que hagan por ella lo que podría hacer por sí misma, entonces se trata de una CCR1 y el terapeuta debería ayudar a la clienta a pedir por sí misma. En un nivel más profundo (es decir, que implica una clase de respuesta más amplia), los problemas de la vida diaria de la clienta podrían implicar una falta de confianza en que los demás se tomen en serio sus necesidades y, por lo tanto, una reticencia a arriesgarse a un posible rechazo interpersonal al pedir favores. En este caso, la petición es, por tanto, una CCR2 significativa relacionada con la formación y el mantenimiento de relaciones íntimas (véase el capítulo 6).

Los terapeutas pueden agudizar su capacidad para detectar las CCR de varias maneras, entre ellas, siendo conscientes de las situaciones terapéuticas que evocan con frecuencia las CCR, utilizando sus propias reacciones como barómetro, centrándose en las posibles CCR basadas en las respuestas del FIAT-Q (Cuestionario de Plantilla de Evaluación Idiográfica Funcional, véase el capítulo 3) y detectando el significado oculto en la conducta verbal.

## ***Ser consciente de las situaciones terapéuticas que evocan con frecuencia las CCR***

Las situaciones que suelen evocar las CCR incluyen la estructura temporal de la terapia (es decir, una hora de 45-50 minutos), los honorarios, las características del terapeuta (por ejemplo, la edad, el sexo, la raza y el atractivo físico), los silencios o lapsos en la conversación, la expresión de afectos del cliente, que éste se sienta bien o que le vaya bien, los comentarios positivos y las expresiones de aprecio y cariño por parte del terapeuta, que se sienta cerca del terapeuta, las vacaciones del terapeuta, los "errores" o el comportamiento involuntario del terapeuta, los acontecimientos inusuales (por ejemplo, que el cliente vea al terapeuta con una pareja fuera de la terapia, que la terapeuta se quede embarazada o se vaya de la ciudad por una emergencia), y la terminación de la terapia. Cuando se dan estas circunstancias, es importante que los terapeutas sean aún más conscientes de las posibles CCR del cliente y, por lo tanto, que indaguen más en las reacciones del cliente (véase Kohlenberg & Tsai, 1991, p. 63-68, para una discusión detallada de las situaciones que pueden evocar las CCR).

## ***Utilizar las propias reacciones como instrumento de medida***

Las reacciones personales de un terapeuta ante un cliente pueden ser un valioso sensor para las CCR. Las preguntas que uno puede hacerse son "¿Cuáles son las formas en que su cliente tiene un impacto negativo en usted? ¿Tu atención se desvía porque él no para de hablar? ¿Evita tus preguntas? ¿Te frustra porque procrastina con respecto a sus tareas? ¿Dice una cosa y hace otra? ¿Es mezquino o poco razonable contigo? ¿Se retrasa en sus pagos? ¿Critica cada una de tus intervenciones? ¿Se apaga cuando usted se muestra cariñoso? ¿Se aleja cuando los dos han tenido una interacción cercana? ¿Parece no tener interés o curiosidad por ti como persona?

Una cuestión clave es saber cuándo las propias respuestas a un cliente son representativas de cómo podrían responder otras personas en la vida del cliente. En otras palabras, las propias reacciones son una guía precisa para las CCR del cliente en la medida en que estas respuestas son similares a las respuestas de las personas en la vida del cliente. Por lo tanto, es importante que, cuando se utilicen las propias reacciones como guía, se comprenda a las otras personas importantes en la vida del cliente y cómo podrían responder. En términos generales, esto puede implicar nada más que preguntar: "Estoy teniendo [x] reacción hacia ti en este momento, ¿cómo reaccionaría tu [otra persona importante]?". Este enfoque, sin embargo, también requiere un esfuerzo continuado a lo largo del tiempo para comprender verdadera y profundamente las consecuencias que han conformado y mantenido el comportamiento del cliente en el mundo exterior.

También es imperativo que los terapeutas se comprometan continuamente con el trabajo personal necesario para abordar sus propios déficits (T1), promover sus conductas objetivo (T2) y asegurarse de que cualquier reacción negativa hacia sus clientes no se basa en cuestiones personales. Estar en contacto con uno mismo ayudará a reconocer cuándo se está siendo evasivo o receptivo con los clientes. Como mínimo, la consulta continua a los compañeros garantiza que cualquier reacción negativa hacia los clientes sea representativa de

cómo podrían responder otras personas en la vida cotidiana del cliente. Cuando los terapeutas aprovechan las oportunidades terapéuticas para evocar y reforzar los CCR2, sus reacciones positivas son, por definición, un barómetro de la mejora del cliente.

### ***Identificación de posibles CCR a partir de las respuestas de la FIAT-Q***

La tabla 4.1 se ha construido adaptando la FIAT-Q (Callaghan, 2006), presentada como herramienta de evaluación de la FAP en el capítulo 3, a una tabla in vivo de CCR. Estas CCR se basan en las cinco clases de respuesta: afirmación de necesidades, pacto bidireccional, conflicto, revelación y cercanía interpersonal, y experiencia y expresión emocional. Los ítems de esta tabla alertan a los terapeutas sobre los comportamientos específicos in vivo que pueden indicar posibles CCR1. Puede ser útil mostrar esta tabla a los clientes y marcar en colaboración los puntos que pueden ser un problema para ellos en la sesión y discutir regularmente cómo están progresando.

---

#### **Cuadro 4.1 Posibles CCR1 basados en las respuestas de la FIAT-Q**

---

Clase A: Afirmación de necesidades (identificación y expresión) El término "necesidades" se utiliza para representar cualquier cosa que uno quiera o valore, incluyendo la necesidad de afirmar quién es uno, opiniones, ideas, convicciones, pasiones, anhelos, deseos, sueños, solicitudes de apoyo social u otras necesidades más prácticas.

- Dificultad para identificar las necesidades o el tipo de ayuda o apoyo que se desea obtener del terapeuta
- Dificultad para expresar las necesidades
- Dificultad para conseguir que el terapeuta satisfaga sus necesidades
- Expresa sus necesidades de forma demasiado sutil o indirecta
- Empuja al terapeuta con su necesidad
- Demasiado exigente cuando pide que se satisfagan sus necesidades
- Dar como forma de hacer saber al terapeuta lo que necesita a cambio
- Extremadamente independiente, se siente demasiado vulnerable cuando recibe ayuda
- Incapacidad para tolerar que el terapeuta diga que no a sus peticiones
- Otros:

Clase B: Comunicación bidireccional (impacto y retroalimentación) Esta clase de comportamientos implica cómo los clientes impactan o afectan a otras personas, cómo dan y responden a la retroalimentación. La "retroalimentación" se refiere a las respuestas y reacciones a su comportamiento o al de los demás. Es la información de los demás que permite a los individuos saber cómo lo están haciendo. Puede ser verbal (expresada con palabras) o no verbal (por ejemplo, expresiones faciales).

- Dificultad para recibir comentarios positivos (apreciaciones, cumplidos)
  - Dificultad para recibir comentarios negativos (críticas)
  - Dificultad para proporcionar una retroalimentación positiva (apreciaciones, cumplidos)
  - Dificultad para proporcionar retroalimentación negativa (crítica constructiva)
  - Expectativas irrazonables de sí mismo (perfeccionismo, sensación de fracaso)
  - Expectativas poco razonables del terapeuta
  - Hiper-sensible o excesivamente consciente del impacto en el terapeuta
  - Poca consciencia del impacto en el terapeuta
  - Evaluación imprecisa del impacto en el terapeuta
  - Dificultad para seguir lo que dice el cliente
  - Demasiado tangencial al hablar
-

- Habla demasiado o demasiado tiempo sin comprobar el impacto
- Demasiado silencio
- Demasiado contacto visual
- Demasiado poco contacto visual
- El lenguaje corporal no coincide con el contenido verbal
- Otros:

Clase C: Conflicto La capacidad de identificar y luego manejar el conflicto interpersonal determinará el éxito a largo plazo de las relaciones. Aquí, "conflicto" se refiere a tener un desacuerdo o una interacción incómoda.

- Dificultad para tolerar el conflicto o el desacuerdo
- Evita el conflicto
- Se involucra en el conflicto como forma de evitar la cercanía
- Expresa demasiada ira
- No está dispuesto a comprometerse
- Dificultad para expresar sentimientos negativos
- Ineficaz en la resolución de conflictos
- Se disculpa demasiado a menudo
- Asume que todo es culpa suya
- Culpa al terapeuta de los problemas
- Crea conflictos innecesarios
- Expresa su ira de forma indirecta, por ejemplo, siendo pasivo-agresivo
- No está dispuesto a perdonar al terapeuta
- Otros:

Clase D: Revelación y cercanía interpersonal Los sentimientos de una persona sobre la cercanía interpersonal y la forma en que se revela o habla de sus experiencias con los demás son clases de respuesta implicadas en la intimidad. La cercanía interpersonal se refiere simplemente a estar "conectado" o "cerca" de otra persona. Las relaciones de cercanía interpersonal son aquellas que implican decir a los demás lo que uno siente, ser comprendido por otra persona y apreciar a los demás y sus necesidades.

- Miedo a la cercanía o al apego
  - Dificultad para expresar cercanía y cariño
  - Dificultad para recibir cercanía y cariño
  - Reticencia a asumir riesgos emocionales, lista:
  - Reticencia a revelar su identidad
  - Reticencia a dejarse ver u oír su verdadero yo
  - Dificultad para conversar
  - Resta importancia a lo que comparte
  - Habla demasiado de sí mismo
  - No escucha bien
  - Pide demasiado apoyo
  - Siente la necesidad de ser reservado
  - Pregunta al terapeuta de forma demasiado intrusiva sobre sus experiencias personales
  - No es consciente de las necesidades del terapeuta (por ejemplo, hace horas extras en la sesión, no da al terapeuta espacios para hablar)
  - Habla demasiado y de forma demasiado tangencial
  - Dificultad para confiar
  - Confía con demasiada facilidad y demasiado pronto
  - Otros:
-

Clase E: Experiencia y expresión emocional El término "experiencia emocional" se refiere a todo tipo de emociones o sentimientos, no sólo a los "negativos" como la tristeza, la ansiedad o la soledad, sino también al amor, el orgullo, la alegría, el humor, etc. Los sentimientos pueden producirse en el momento en que se experimenta el acontecimiento o la interacción, o pueden producirse después, como cuando se recuerda una experiencia.

- Dificultad para identificar los sentimientos
  - No es consciente de los sentimientos en el momento en que se producen
  - Oculta intencionadamente los sentimientos
  - Expresión emocional plana o distante
  - Se muestra ominoso o temeroso
  - Dificultad para llorar
  - Dificultad para sentir y/o expresar la pena, la tristeza, el dolor
  - Dificultad para sentir y/o expresar ansiedad, miedo
  - Dificultad para sentir y/o expresar alegría, orgullo, humor (marque con un círculo lo que corresponda)
  - Se involucra en conversaciones negativas sobre sí mismo cuando siente emociones
  - Expresa sus sentimientos de forma demasiado intensa
  - Se concentra excesivamente en los sentimientos, incapaz de controlar su expresión
  - Habla demasiado de sus sentimientos
  - Los sentimientos son demasiado lábiles e intensos
  - No puede tener perspectiva de los sentimientos, se siente abrumado por ellos y no puede separarse
  - Molesta o desanima al terapeuta por la forma en que se expresan los sentimientos
  - Evita o reprime ciertos sentimientos. Describa los sentimientos evitados y los métodos de evitación:
  - Otros:
- 

### ***Detección del significado oculto en el comportamiento verbal***

Un sistema de clasificación de la conducta verbal FAP basado en el enfoque de Skinner (1957) puede ser útil para detectar las CCR. Esta sección proporciona sólo un breve resumen; consulte Kohlenberg y Tsai (1991) para una descripción detallada. Este sistema se centra esencialmente en dos tipos de conducta verbal que se diferencian entre sí por sus causas, los "tactos" y los "manoseos". Cabe señalar que Hayes, Barnes-Holmes y Roche (2001) han elaborado y perfeccionado la teoría de la conducta verbal y el significado de estos términos. Al servicio de la utilización de las nociones de comportamiento verbal para ayudar a la detección de las CCR, en esta sección se mantiene la terminología de Skinner de forma coherente con Barnes-Holmes, Barnes-Holmes y Cullinan (2000).

*Tactos.* Un tacto se define como una respuesta verbal que está bajo el control preciso de estímulos discriminativos y que se refuerza con reforzadores secundarios generalizados. Por ejemplo, si un perro negro corre delante de su hija de dos años en el parque y ella responde diciendo "perro negro", estaría haciendo un "tacto" porque la forma de su respuesta ("perro negro") está controlada por el estímulo previo, y es reforzada por un reforzador generalizado condicionado ("sí, es un perro negro"). La contingencia o el reforzador pueden ser amplios o generales (por ejemplo, "ajá", "bien") para indicar que se le ha entendido, pero el estímulo discriminativo previo (Ed) debe ser específico.

El concepto de tacto es similar al de etiqueta o nombre, pero no es una representación simbólica de un estímulo concreto. Desde un punto de vista conductual, las palabras "perro negro" no representan simbólicamente al animal, al igual que no se puede decir que la pulsación de la palanca de una rata represente una señal luminosa amarilla en una caja de Skinner. El problema de que una palabra "simbolice" o "represente" un objeto es que entonces debemos explicar qué significa "simbolizar" o "representar" para entender la respuesta verbal. En cambio, al decir que un tacto está "controlado" por un estímulo discriminativo previo, la conducta puede explicarse refiriéndose al bien entendido proceso de discriminación.

Desde el punto de vista terapéutico, el mundo puede dividirse en estímulos discriminativos (Eds) situados en la sesión de terapia, en la vida cotidiana del cliente o en la terapia y en la vida cotidiana. El enfoque principal de la FAP son las respuestas controladas por los estímulos que se producen en la sesión de terapia. Por ejemplo, este enfoque destaca la respuesta más importante entre varias emitidas por un cliente cuyos problemas de presentación son la depresión y la ansiedad:

1. "He estado durmiendo mucho últimamente y comiendo comida basura en exceso".
2. "He estado durmiendo mucho últimamente y comiendo comida basura en exceso".
3. "He estado pensando en nuestra sesión de la semana pasada".
4. "Me estoy retrasando en el trabajo y me siento estresado por ello."

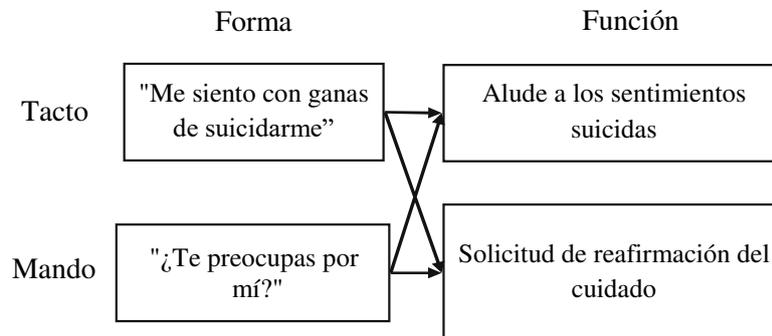
Todas estas respuestas se clasificarían como tactos, pero sólo la respuesta tres está controlada por un estímulo dentro de la sesión. Por lo tanto, es la respuesta más significativa desde el punto de vista clínico, asumiendo que todas las respuestas están igualmente relacionadas con los problemas que presenta este cliente.

*Los mandos.* Los mandos son discursos que implican demandas, mandatos, peticiones y preguntas. Tienen las siguientes características: (1) ocurren porque fueron seguidas por reforzadores específicos en el pasado; (2) su fuerza varía con la privación relevante o los estímulos aversivos; y (3) aparecen bajo una amplia gama de estímulos discriminativos. Así, si uno dijera: "Me gustaría comer algo", sería un mandato porque sería reforzado por un reforzador específico, es decir, por alguien que le diera comida o le mostrara dónde conseguirla. No sería reforzado por un reforzador secundario generalizado como "Gracias por compartir eso conmigo" o "Lo entiendo". La fuerza de este mandato variaría en función de la intensidad del hambre. Por último, el mandato de comida puede producirse en casi cualquier situación en la que se tenga hambre y haya otra persona presente que pueda escuchar.

*Detección de las CCR1 en el comportamiento verbal.* En la cultura estadounidense, las ocasiones en las que los clientes dicen una cosa pero quieren decir otra suelen ser CCR1. Por ejemplo, el tacto, "Me siento suicida". El cliente puede estar simplemente informando de sus sentimientos. Este tacto, sin embargo, puede ser un mando disfrazado, como "Dime que te preocupas por mí". A la inversa, el mando "¿Te preocupas por mí?" puede ser una petición de tranquilidad, pero también puede ser un tacto disfrazado de "Me siento suicida". La figura 4.1 indica la forma en que un enunciado (por ejemplo, "Me siento suicida") puede tener diferentes significados o funciones (una descripción de los sentimientos o una petición de seguridad de

cuidado), y diferentes enunciados ("Me siento suicida" y "¿Te preocupas por mí?") pueden ser funcionalmente similares (indicando una necesidad de seguridad de cuidado).

**Fig. 4.1** Formas y funciones de las declaraciones de los clientes



En resumen, las declaraciones de los clientes no siempre deben tomarse al pie de la letra. Se puede producir un CCR1 cuando un tacto es en realidad un mando, o un mando es realmente un tacto. Por supuesto, cualquier expresión verbal puede funcionar como tacto y como mandato.

Además, la mayoría de los comportamientos verbales están determinados de forma múltiple. Además de un estímulo controlador primario, suelen influir en la respuesta otros estímulos controladores suplementarios. La causalidad múltiple puede explicar por qué se hace un comentario concreto en un momento determinado, cuando también son posibles muchos otros. Por ejemplo, un cliente que está estimulado suplementariamente por la irritación hacia su terapeuta puede plantear un incidente en el que perdió los nervios con su pareja. O un cliente que está preocupado por su incapacidad para pagar la creciente factura de la terapia puede hablar de su dificultad para vivir dentro de su presupuesto.

La causalidad múltiple y los gestos y tectos disfrazados son cuentas conductuales de lo que tradicionalmente se ha denominado significados "ocultos", "latentes" o "inconscientes", o simplemente casos en los que los clientes pueden decir una cosa pero querer decir otra. Estas variables tienen sus efectos independientemente de la consciencia del cliente, pero no es necesario plantear un mecanismo interno, como el inconsciente. En cambio, en la FAP se considera que estos efectos son el resultado de variables "sutiles". Por el contrario, las variables "obvias" son las que corresponden a la forma de la respuesta (por ejemplo, que un cliente declare que está enfadado con su pareja, y que se enfada sólo con su pareja y no con su terapeuta).

Definimos una "metáfora" como una respuesta controlada por variables sutiles. Por ejemplo, una experiencia negativa con un terapeuta de masajes es la variable obvia que controla que un cliente le diga a su terapeuta: "Mi terapeuta de masajes usó demasiada presión y me magulló". Si este cliente describe la experiencia porque el terapeuta le ha presionado demasiado emocionalmente, entonces la variable sutil es la experiencia terapéutica hiriente. De acuerdo con la definición anterior, la afirmación sobre su terapeuta de masajes es una

metáfora porque se trata de una respuesta de causa múltiple bajo el control parcial de una variable sutil.

El objetivo clave de esta conceptualización es proporcionar a los terapeutas una perspectiva diferente, adquirida mediante la comprensión de un enfoque conductual del lenguaje, a través de la cual interpretar el significado de las declaraciones del cliente. Todo lo que se dice, incluidas las palabras de esta página, no debe tomarse literalmente. De hecho, las palabras, las afirmaciones, los comentarios, las explicaciones, las razones e incluso las teorías como el conductismo tienen un significado que puede entenderse mejor a través del conocimiento del contexto y la historia que condujo a su aparición.

En este ejemplo de cómo una declaración puede verse como una metáfora, la cliente de MT, una artista, comienza la sesión quejándose de lo desordenado que está su estudio.

Cliente: Me encontré con este desorden, o este espacio sucio, desordenado y cargado en mi estudio. Me preparé, en cierto modo, para el fracaso, al pensar que iba a tener este maravilloso día para limpiar mi estudio cuando, en realidad, probablemente me va a llevar semanas. Debería dividirlo en algunas metas más pequeñas para poder sentir una sensación de logro en lugar de enfrentarme a toda la tarea, porque todavía no es factible. No me sentí bien al final del día. Empecé optimista por la mañana y acabé muy malhumorada, pesimista, infeliz y de mal humor por la noche para cuando mi marido llegó a casa. Me desperté en medio de la noche como si me hubiera despertado un fuerte ruido. Me desperté sobresaltada y me sentía tan agitada por este lío del estudio...

Terapeuta: Me pregunto si lo que me acabas de contar sobre tu estudio es una metáfora de tu vida y de tu terapia conmigo.

C: Hmm...

T: Dijiste que no querías prepararte para el fracaso, que creías que ibas por ese camino al pensar que podías hacerlo todo en un día, que es importante para ti dividirlo en tareas más pequeñas para poder hacerlo poco a poco, y que era muy importante para ti tener una sensación de logro. ¿Crees que eso se aplica a lo que estamos haciendo aquí?

C: Posiblemente, ahora que lo dices así, la idea de entrar por la puerta y tener que enfrentarse a todo lo que es posible en el mundo. Por dónde empezar, y así es como me siento en ese espacio. Tengo tantos proyectos ahí que, o bien ya no me importan, tengo que hacer algo con ellos. Sí, es una metáfora muy acertada. ¿Por dónde empiezas? Estoy en esta pequeña habitación amarilla aquí, ni siquiera sé por dónde empezar, supongo. Tengo mi lista de riesgos, y tengo mi historia de vida colgando allí, y tengo mi vida exterior, ¿cómo va a ser todo eso comprimido en estos 45 minutos de tiempo potencialmente muy caro? No sé la respuesta. Así que podría irme al final de los 45 minutos y no volveré a pensar en ello hasta la semana que viene, como el próximo martes cuando vuelva a mi estudio, y no tengo nada programado para ese día, sorprendentemente.

T: Así que esto se siente tan abierto y tienes tanto que hacer, que necesitas dividirlo.

C: Supongo que sí. Quiero decir, cuando me pides que establezca una agenda, ni siquiera sé qué decir, qué, ¿por dónde empiezo?

En este extracto, la descripción de la clienta de su estudio desordenado se interpretó como una metáfora de cómo veía la terapia, lo que dio lugar a un fructífero debate sobre las formas en que se puede estructurar su terapia para que sea una experiencia más útil y menos abrumadora para ella.

El enfoque conductual para interpretar el lenguaje puede ser una herramienta poderosa para la detección de las CCR, y sugiere que lo que un cliente dice puede ser en realidad una metáfora que disfraza un asunto más importante. Así, si un cliente habla de una relación con un amigo, hay que tener en cuenta los elementos de la relación terapéutica en común con la relación externa que pueden ser responsables de que el cliente saque el tema en ese momento. Si el cliente describe sentimientos sobre otra persona, hipotetice que hay una similitud en sus sentimientos sobre la relación terapéutica. Si el cliente describe un acontecimiento durante la semana, ¿qué podría haber en común en la relación terapéutica con ese acontecimiento? ¿Los sueños del cliente son relevantes para lo que ocurre en la terapia? El uso del sistema de clasificación FAP ayudará a generar hipótesis sobre las variables sutiles que pueden estar influyendo en los comentarios del cliente. Una vez formulada la hipótesis, se puede recoger más información para ayudar a confirmarla o rechazarla.

Aunque este enfoque se asocia más típicamente con el tratamiento psicodinámico, es una intervención basada en una teoría e investigación conductual bien establecida. Del mismo modo, los lapsus linguae se consideran causados por factores ocultos de la misma manera que los interpretan los terapeutas freudianos. Sin embargo, una diferencia crucial es que los lapsus skinnerianos pueden o no ser clínicamente relevantes. En el conductismo, a veces un cigarro es, de hecho, un cigarro; no todo el comportamiento en la sesión es clínicamente relevante. En general, el sistema FAP para clasificar la conducta verbal del cliente permite a los terapeutas explorar significados alternativos a lo que se ha dicho, de manera que se pueden identificar cuestiones interpersonales más profundas y significativas.

## **Regla 2: Evocar los CCR (ser valiente)**

Desde el punto de vista de la FAP, la relación ideal entre el cliente y el terapeuta evoca las CCR1, que a su vez son las precursoras del desarrollo y el fomento de las CCR2. Las CCR son idiográficas o pertenecen a las circunstancias e historias únicas de los clientes individuales y, por lo tanto, la relación terapéutica ideal dependerá de cuáles sean los problemas de la vida diaria de un cliente en particular. Si un cliente está ansioso, deprimido, o tiene dificultades para comprometerse con un curso de acción, entonces casi cualquier tipo de psicoterapia tiene el potencial de evocar CCR relevantes. Sin embargo, la FAP también se centra en cuestiones de relación e intimidad, como la capacidad de confiar profundamente en los demás, asumir riesgos interpersonales, ser auténtico y dar y recibir amor. Por lo tanto, la

FAP requiere que los terapeutas estén presentes y estructuren su terapia de una manera que no se encuentra típicamente en otras terapias conductuales.

Poner en práctica los pasos necesarios para crear una relación terapéutica evocadora requiere que los terapeutas asuman riesgos y amplíen sus propios límites de intimidad. Estos riesgos implican ser valiente y tener la fuerza mental o moral para aventurarse, perseverar y resistir el miedo a las dificultades. Cuando los terapeutas hacen bien la FAP, lo más probable es que estén ampliando sus límites y aventurándose más allá de sus zonas de confort.

Los métodos analizados en la Regla 2 ayudan a los terapeutas a (1) estructurar un ambiente terapéutico que evoca CCR significativos; (2) emplear métodos terapéuticos evocativos; y (3) utilizar ellos mismos como instrumentos de cambio. En términos analíticos de la conducta, estos métodos se ven mejor como operaciones de establecimiento, en el sentido de que no sólo evocan las CCR (es decir, presentan estímulos discriminativos para las CCR) sino que también establecen al terapeuta como un reforzador efectivo de la conducta del cliente. Sin estas operaciones la FAP no podría ocurrir.

### ***Estructurar la terapia para que sea evocadora***

Desde el primer contacto entre el terapeuta y el cliente, ya sea una llamada telefónica inicial o una sesión de admisión, los terapeutas FAP pueden empezar a estructurar el entorno terapéutico para preparar al cliente para una terapia intensa y evocadora que se centre en las interacciones in vivo.

*Describir el fundamento de la FAP ("FAP rap").* Para que la FAP sea más eficaz, es importante que los clientes entiendan su premisa: que el terapeuta intentará identificar las formas en que los problemas de la vida exterior de los clientes emergen dentro de la relación terapéutica, porque este enfoque in vivo facilita el cambio más poderoso. Esta es una idea atípica, ya que la mayoría de las personas creen que entran en terapia para hablar de los problemas y las relaciones fuera de la terapia. Por lo tanto, se presentan variaciones del "rap" de la FAP (razón de ser de la FAP) en el contacto telefónico inicial, en el formulario de consentimiento informado del cliente y en las primeras sesiones del tratamiento hasta que el cliente lo entienda completamente.

A continuación se presentan dos ejemplos de declaraciones de fundamentos FAP. La primera es utilizada por MT, pero se considera una versión de "alto riesgo para el terapeuta" y reconocemos que no todos los terapeutas FAP la utilizarán. A continuación se ofrece una segunda versión de riesgo moderado utilizada por RJK. La justificación puede, por supuesto, modificarse para reflejar con mayor precisión la postura terapéutica de cada uno. Recuerde que los enunciados de la justificación pretenden ser evocadores y, por lo tanto, todas las justificaciones de los terapeutas deben reflejar algún riesgo y ser una T2 (conducta objetivo del terapeuta).

*Lo que puede esperar de nuestro trabajo terapéutico conjunto [Versión de alto riesgo para el terapeuta de MT]*

Los clientes llegan a la terapia con complejas historias de vida de alegrías y angustias, sueños y esperanzas, pasiones y vulnerabilidades, dones y habilidades únicas. Su terapia conmigo se desarrollará en una atmósfera de cuidado, respeto y compromiso en la que se aprenden nuevas formas de enfocar la vida. Nuestro trabajo será un esfuerzo conjunto; tu aportación se valora y se utilizará en el plan de tratamiento y en las tareas semanales. Invertiré mucho cuidado y esfuerzo en nuestro trabajo conjunto, y espero que usted haga lo mismo. Comprobaré con usted de forma continuada qué es lo que funciona bien en nuestra relación y qué debe cambiarse.

El tipo de terapia que voy a realizar se llama Psicoterapia Analítica Funcional (FAP). Es una terapia desarrollada en la Universidad de Washington que se basa en el comportamiento, pero tiene la base teórica para incorporar métodos de otras modalidades terapéuticas cuando sea apropiado. La FAP enfatiza que el vínculo que se formará entre tú y yo será un vehículo importante en tu curación y transformación.

Las personas más realizadas están en contacto consigo mismas y son capaces de ser eficaces en el plano interpersonal. Son capaces de hablar y actuar con compasión sobre sus verdades y dones, y son capaces de dar y recibir amor plenamente. La FAP se centrará en sacar lo mejor de uno mismo. Para ello, primero debes estar en contacto contigo mismo a un nivel básico (por ejemplo, necesidades, sentimientos, anhelos, miedos, valores, sueños, misiones). Tendrá la oportunidad de aprender a expresarse plenamente, a elaborar el duelo por las pérdidas, a desarrollar la atención plena y a crear mejores relaciones. Se abordarán todos los aspectos de tu experiencia, incluyendo la mente, el cuerpo, los sentimientos y el espíritu. Te desafiaré a ser más abierto, vulnerable, consciente y presente. Sin embargo, hay un nivel óptimo de riesgo en cualquier situación, y es importante que tú y yo controlemos cuánto fuera de tu zona de confort es lo mejor para ti en cada momento.

Será importante que nos centremos en nuestra interacción si tienes problemas (positivos o negativos) o dificultades que surgen conmigo y que también surgen con otras personas en tu vida. Cuando uno siente el poder de expresar sus pensamientos, sentimientos y deseos de una manera auténtica, cariñosa y asertiva, tiene una mayor sensación de dominio en la vida. Nuestra relación terapéutica será un lugar ideal para que practiques ser poderoso.

Considero que el espacio en el que entras conmigo en la terapia es sagrado: tengo el privilegio de embarcarme en un viaje de exploración y crecimiento contigo, y guardaré todo lo que compartas con reverencia y cuidado. Seré una persona genuina en la sala con usted, y mi principal principio rector es hacer lo que es mejor para usted.

\*\*\*

Acepto la declaración anterior y se me ha entregado una copia para mí. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y expresar mis reacciones. Me comprometo a dar lo mejor de mí en esta terapia. [firma del cliente]

*Lo que puede esperar en nuestro trabajo terapéutico juntos [Versión de riesgo moderado para el terapeuta de RJK]*

Los clientes llegan a la terapia con complejas historias de vida de alegrías y angustias, sueños y esperanzas, pasiones y vulnerabilidades, dones y habilidades únicas. Su terapia conmigo se desarrollará en una atmósfera de cuidado, respeto y compromiso en la que se aprenden nuevas formas de enfocar la vida. Nuestro trabajo será un esfuerzo conjunto; tu aportación se valora y se utilizará en el plan de tratamiento y en las tareas semanales. Invertiré mucho cuidado y esfuerzo en nuestro trabajo conjunto, y espero que usted haga lo mismo. Comprobaré con usted de forma continuada qué es lo que funciona bien en nuestra relación y qué debe cambiarse.

El tipo de terapia que voy a realizar se llama Psicoterapia Analítica Funcional (FAP). Se trata de una terapia desarrollada en la Universidad de Washington que se basa en el comportamiento, pero tiene la base teórica para incorporar métodos de otras modalidades terapéuticas. Por ejemplo, la terapia a menudo incluye los protocolos de la Terapia Cognitiva Conductual, empíricamente apoyados, para trastornos específicos. Al mismo tiempo, la FAP hace hincapié en que la relación terapeuta-cliente es importante para lograr un cambio de vida significativo. Por lo tanto, además de centrarse en los síntomas específicos según sea necesario, la FAP también ofrece la oportunidad de sacar lo mejor de uno mismo, de aprender a expresarse plenamente, de hacer el duelo de las pérdidas según sea necesario, de desarrollar la atención plena y de crear mejores relaciones.

Será importante que nos centremos en nuestra interacción si tienes problemas (positivos o negativos) o dificultades que surgen conmigo y que también surgen con otras personas en tu vida. Nuestra relación terapéutica será un lugar ideal para que practiques ser más eficaz en tus relaciones con los demás.

Considero que el espacio en el que entras conmigo en la terapia está dedicado a lo anterior, no se manejará a la ligera. Considero que es un privilegio participar en un proceso de exploración y crecimiento contigo, y guardaré todo lo que compartas con reverencia y con cuidado. Seré una persona genuina en la sala con usted, y mi principal principio rector es hacer lo que es en su mejor interés.

Además de una declaración escrita, los siguientes son ejemplos de "raps FAP" que se pueden proporcionar en la sesión.

- (1) Un principio primordial en el tipo de terapia que hago es que nuestra relación es un microcosmos de tus relaciones externas. Así que voy a explorar cómo interactúas conmigo de manera similar a cómo interactúas con otras personas, qué problemas surgen conmigo que también surgen con otras personas, o qué comportamientos positivos tienes conmigo que puedes trasladar a tus relaciones con los demás.
- (2) Nuestra conexión te da la oportunidad de explorar cómo eres en una relación, para que experimentes con diferentes formas de relacionarte, y luego lo lleves a tus otras relaciones.
- (3) Entiendo que está buscando tratamiento para la depresión. Una de las razones por las que las personas se deprimen es que les resulta difícil expresar lo que sienten y

hacer valer lo que quieren de las personas importantes. ¿Considera que esto es cierto en su caso? [La respuesta suele ser "Sí"] Bueno, uno de los puntos centrales de nuestra terapia será cómo puedes convertirte en una persona más poderosa, alguien que puede decir su verdad con compasión e ir en busca de lo que quiere. La forma más eficaz de convertirte en una persona más expresiva es empezar aquí y ahora, conmigo, para decirme lo que piensas, lo que sientes y lo que necesitas, aunque te dé miedo o te parezca arriesgado. Si puedes sacar a relucir tu mejor yo conmigo, entonces podrás transferir estos comportamientos a otras personas en tu vida. ¿Qué te parece?

- (4) La terapia tiene un mayor impacto cuando se habla de la experiencia en el momento presente, como los sentimientos de depresión y ansiedad, o los pensamientos de inseguridad en uno mismo, cosas que están ocurriendo en la sesión en lugar de limitarse a informar sobre las cosas sentidas durante la semana. Cuando observamos algo que está sucediendo en el momento, podemos experimentarlo y comprenderlo más plenamente y el cambio terapéutico es más fuerte e inmediato.

El momento y la forma de aplicar el "rap" de la FAP dependen, por supuesto, del cliente. Para algunos clientes, un razonamiento completo sobre el FAP en la primera sesión puede ser demasiado intenso y confuso; para otros, puede ser muy potente y poner en marcha un proceso terapéutico positivo. Los ejemplos anteriores son bastante genéricos, pero siempre es útil que el terapeuta utilice ejemplos específicos al dar la justificación de la FAP. Lo ideal es que dichos ejemplos relacionen acontecimientos que ya han ocurrido en la sesión con los problemas del cliente fuera de la sesión, de modo que el cliente pueda experimentar la relevancia de la relación terapéutica en lugar de ser convencido de ella verbalmente. También es vital que el terapeuta calcule en qué punto se encuentra el cliente en cuanto a su reacción a la justificación (Addis & Carpenter, 2000). Los terapeutas deben ser flexibles y estar abiertos a las reacciones del cliente a la justificación y también deben reconocer la posibilidad de que la FAP no sea apropiada para todos los clientes.

*Crear un espacio sagrado de confianza y seguridad.* La importancia de fomentar la confianza y la seguridad no puede ser exagerada en la FAP. El terapeuta puede optar por describir este proceso como "crear un espacio sagrado" para el trabajo terapéutico. Según el diccionario de Oxford, un espacio "sagrado" está dedicado, apartado, apropiado exclusivamente para alguna persona o propósito especial, y está protegido por una sanción contra lesiones o incursiones. El uso de este término con los clientes puede ser muy poderoso. Tanto si un terapeuta FAP decide utilizar el término "espacio sagrado" con los clientes como si no, la cuestión clave es que, funcionalmente, su relación es realmente sagrada tal y como se define aquí, y crear confianza y seguridad es esencial. Consulte el capítulo 7 (El curso de la terapia) para ver un análisis detallado de cómo crear confianza y una sensación de seguridad en la FAP.

*Utilización de formularios y cuestionarios de retroalimentación del proceso FAP.* Como ayuda para que los terapeutas se vuelvan más sensibles a los diferentes tipos de CCR y también para evocar las CCR de los clientes, hemos ideado numerosos formularios y cuestionarios para guiar la terapia, de los cuales se ofrece una selección en el Apéndice. Por lo

general, solicitamos que, después de la primera sesión, los clientes comiencen a proporcionar retroalimentación escrita semanal utilizando el "Formulario de conexión de la sesión" (Apéndice D). Este formulario incluye preguntas sobre cómo se sienten conectados con el terapeuta, qué fue útil y qué no fue útil en la sesión anterior, qué son reacios a decir y qué temas surgieron en la sesión que son similares a los problemas de la vida diaria. Las preguntas que puede hacer el terapeuta para centrarse en la relación terapéutica se enumeran en las "Preguntas típicas del FAP" (Apéndice E). El "Cuestionario de Inicio de Terapia" (Apéndice F) suele asignarse en la tercera o cuarta sesión. El "Cuestionario de mitad de la terapia" (Apéndice G) evoca las reacciones relativas a la fase intermedia de la terapia. La "Hoja de trabajo sobre el duelo" (Apéndice H), el "Inventario de pérdidas" (Apéndice I) y el "Llanto en tu poesía" (Apéndice J) no abordan directamente el proceso entre el terapeuta y el cliente, sino que facilitan la expresión del dolor, la ira y la tristeza por la pérdida, emociones que muchos clientes evitan. La disposición de los clientes a experimentar emociones intensas en presencia de su terapeuta y a dejarse cuidar como resultado es típicamente un CCR2. El formulario "Herramientas para el final de la terapia" (Apéndice K) tiene secciones separadas para los clientes y los terapeutas, lo que ayuda a cada uno a despedirse de manera significativa.

### ***Utilización de métodos terapéuticos evocadores***

La FAP es una terapia integradora (Kohlenberg y Tsai, 1994) y requiere técnicas terapéuticas variadas que ninguna orientación terapéutica podría predecir. La adopción de técnicas concretas depende del juicio del terapeuta sobre lo que evocará los problemas del cliente y lo que reforzará de forma natural las conductas objetivo del cliente. En esta sección se analizan las técnicas evocadoras que surgen de otras terapias. Dependiendo de la historia de la formación de cada uno, es posible que se le haya enseñado a evitar la utilización de algunas de estas técnicas debido a su origen no conductual. En la FAP, sin embargo, lo importante no es el origen teórico de una técnica específica sino su función con el cliente. En la medida en que una técnica -cualquier técnica- funcione para evocar CCR, es potencialmente útil para la FAP. A continuación se presentan varias técnicas que han resultado útiles en este sentido. Lo que estos métodos tienen en común es que todos crean contextos inusuales que pueden ayudar a los clientes a contactar y expresar al terapeuta pensamientos y sentimientos evitados.

Contar a los demás los pensamientos y sentimientos más íntimos es fundamental para establecer la intimidad y reducir la evitación emocional. En este contexto, es útil considerar dos clases generales de pensamientos y sentimientos evitados que pueden ocurrir durante la sesión. La primera se refiere al terapeuta y a la relación terapéutica. Estos son el tipo de CCR que más a menudo se ilustran en este libro. Una segunda clase, y el foco de nuestra presente discusión, es una evitación más genérica e implica la expresión de pensamientos y sentimientos que están cargados emocionalmente pero que no son necesariamente sobre el terapeuta. Sin embargo, la presencia del terapeuta evoca la evitación. Según nuestra experiencia, la evitación de este tipo de expresión es un problema común de la vida exterior (O1). Ser más expresivo emocionalmente en la sesión es una CCR2 que puede reforzarse de forma natural y así generalizarse a una O2. Estas técnicas están tomadas de otros enfoques

terapéuticos y se consideran funcionalmente. Es decir, las expresiones emocionales (por ejemplo, el dolor o un trauma recordado) no se describen como "una liberación de energía" o "sacar sentimientos reprimidos". En su lugar, un terapeuta FAP puede preguntar si la expresión es una CCR2 relacionada con ser más abierto, que actuará para construir y fortalecer la cercanía y la intimidad. En este sentido, la FAP es un enfoque terapéutico técnicamente integrador. Estas técnicas no definen la FAP y animamos a los terapeutas de la FAP a que utilicen esta sección no como un modelo de cómo llevar a cabo la FAP, sino como un estímulo para explorar la posible relevancia clínica de dichas técnicas.

*Asociación libre.* Un pilar de las terapias de orientación psicoanalítica, la asociación libre consiste en que el cliente diga en voz alta lo que se le ocurra sin censura. Esta técnica puede ser útil para los clientes con problemas de autoidentidad, cuyo comportamiento está bajo el estricto control de estímulos de la aprobación de los demás (véase el capítulo 5 sobre el Yo y Mindfulness). Estos clientes se centran en obtener la aprobación de los demás y les resulta difícil hablar sin respuestas inmediatas del terapeuta. Una vez que se ha establecido una relación terapéutica sólida, si el cliente está dispuesto a experimentar la ansiedad de no recibir una respuesta inmediata, la asociación libre puede hacer surgir el CCR2 de declaraciones auténticas que están bajo control privado.

*Ejercicios de escritura.* Los ejercicios como la escritura cronometrada (Goldberg, 1986) pueden utilizarse durante la sesión o asignarse como tarea. En la escritura cronometrada, se le da al cliente una cantidad de tiempo determinada (por ejemplo, tres minutos) para que escriba lo que se le ocurra sin censura. La pieza escrita puede ser sobre un tema específico que se esté abordando en la terapia (por ejemplo, los sentimientos hacia un padre, o el miedo al éxito o al fracaso), o puede tratar de cualquier cosa que esté en la mente del cliente. Aparte de un límite de tiempo y de que la tarea sea escrita en lugar de oral, se parece mucho a la asociación libre, ya que el objetivo es expresar sentimientos y pensamientos que están bajo control privado (véase el capítulo 5) y que pueden ser más difíciles de contactar y expresar en condiciones sociales normales. Una vez reforzadas en la terapia, es más probable que estas expresiones se produzcan en la vida cotidiana.

Otro ejercicio que puede introducirse al principio de la terapia, a veces incluso en la primera sesión, es la tarea de escritura con la mano no dominante. Escribir con la mano no dominante suele provocar respuestas más potentes y menos ordinarias. Dado que las señales son tan diferentes de la escritura normal (por ejemplo, la mano no dominante, la escritura simple que parece la de un niño, la dificultad para escribir más que unas pocas palabras), ha habido menos oportunidades históricas de desarrollar repertorios de evitación. A menudo, para sorpresa de los clientes, tienden a expresarse respuestas más inusuales e infantiles, que a su vez pueden dar lugar a emociones intensas, conexiones con viejos recuerdos y exploraciones de material difícil e importante. Estas expresiones emocionales en presencia del terapeuta son potenciales CCR2 de intimidad (véase el capítulo 6). Este ejercicio puede ser muy poderoso y valioso al servicio de la evocación de las CCR, dependiendo de los problemas del cliente. Las instrucciones para el ejercicio de escritura no dominante son las siguientes.

Este es un ejercicio de escritura para tu mano no dominante. Te pido que escribas con la mano no dominante porque te obliga a ser más breve y directo. Como no es algo que estés acostumbrado a hacer, no puedes ser tan verboso como de costumbre. Te leeré una frase troncal y me gustaría que escribieras lo que se te ocurra sin censurarlo. No tienes que enseñarme tus respuestas a menos que quieras, así que sé lo más sincero posible contigo mismo.

- Siento...
- Necesito...
- Anhelo...
- Tengo miedo...
- Estoy luchando con...
- Sueño con...
- Pretendo...
- Me resulta difícil hablar de/me resulta difícil decirte...
- Si tuviera el dinero, lo haría...
- Si tuviera el valor, me gustaría...

*Trabajo con sillas vacías.* Una técnica fundamental en la Terapia Gestalt (Perls, 1973) y en la Psicoterapia Centrada en la Emoción (Greenberg, 2002), los métodos de la silla vacía pueden utilizarse para evocar sentimientos y pensamientos evitados para clientes dispuestos e imaginativos. La silla vacía representa a una persona que suele evocar la evitación emocional. Cuando es eficaz, la silla vacía comparte suficientes propiedades de estímulo en común con la persona "real" o Ed (estímulo discriminativo) para evocar sentimientos relevantes, pero es lo suficientemente diferente para reducir la evitación. Desde un punto de vista conductual, no importa que el estímulo no exista "en la realidad" porque los estímulos imaginados pueden ser muy similares funcionalmente a los estímulos reales y, por tanto, pueden ser útiles en la sala de terapia. Además, como el estímulo es imaginado, no se producirán las consecuencias que se derivarían de hablar con el estímulo real, lo que facilita la expresión de pensamientos y sentimientos especialmente difíciles en presencia del terapeuta. Así, las sillas vacías pueden evocar fuertes respuestas emocionales porque los clientes se ponen en contacto con las características aversivas de la fuente de su angustia, en lugar de *hablar de la fuente de su angustia*.

Por ejemplo, en lugar de hablar de los sentimientos de no haber sido amado por un padre, un cliente puede hablar directamente con la presencia imaginaria de ese padre en una silla vacía (por ejemplo, "siento que me abandonaste cuando tenía dos años y estabas muy deprimido"). En lugar de hablar de cómo el cliente se siente en conflicto con los objetivos de su vida, se pueden antropomorfizar los diferentes objetivos imaginándolos sentados en diferentes sillas, y se les anima a conversar (por ejemplo, "Quiero subir la escalera del éxito" frente a "Quiero quedarme en casa y ser una madre a tiempo completo"). Aunque estos movimientos requieren un debate más extenso que incluya la teoría del marco relacional (Hayes et al., 2001) para explicarlos completamente desde el punto de vista del comportamiento, pueden funcionar para facilitar el contacto con emociones genuinas pero difíciles de experimentar. Como se dijo anteriormente, para muchos clientes, tales expresiones emocionales en presencia de su terapeuta son CCR2.

*Evocar la emoción centrándose en las sensaciones corporales.* Los clientes pueden evitar sus sentimientos utilizando una variedad de técnicas de distracción. A menudo son capaces de decirle a un terapeuta los medios que utilizan para evitar las emociones si se les pregunta: "¿Sabes lo que haces

para no sentir tus sentimientos?". Las respuestas que hemos escuchado incluyen: "Cuento hacia atrás de 1000 en 7", "Te reduzco hasta convertirte en un punto en la alfombra y lo miro fijamente", "Miro fijamente el espacio entre tus dientes delanteros" y "Me disocio, es una sensación de flotar sobre mi cuerpo". Aunque los clientes pueden ser conscientes de sus estrategias de distracción, a menudo son menos conscientes de cómo bloquean las respuestas físicas que son el origen de sus sentimientos. El siguiente extracto pertenece a la duodécima sesión de la terapia de MT con un cliente llamado Víctor, cuyo problema de presentación era que tenía dificultades para contactar, etiquetar y expresar sus emociones. MT estaba trabajando con Víctor para permitirle entrar en contacto con la forma en que bloquea los sentimientos, llamando la atención sobre sus conductas de evitación, que incluían no establecer contacto visual, sonreír cuando sentía una emoción y contener la respiración.

Terapeuta: Me estás mirando así (ojos mirando hacia arriba, inclinados hacia abajo), me pregunto si puedes mirarme más directamente. Eso me ayudaría a sentirme más conectado.

Cliente: Muy bien.

T: ¿Qué sientes ahora mismo?

C: Estoy triste. Cuando me pongo a pensar en la obra que vi anoche, hay tristeza, llanto, hay lágrimas en mí en alguna parte.

T: Estás sonriendo. ¿Qué pasa cuando sonríes? ¿Bloquea tus lágrimas?

C: Sí, supongo.

T: Ves que lo estás haciendo, estás haciendo que tu tristeza desaparezca. Es difícil estar triste cuando estás sonriendo y riendo. [La MT está bloqueando los repertorios de evitación.]

C: Es cierto.

T: Me gustaría saber más sobre su tristeza.

C: De acuerdo. De todos modos, la tristeza es sobre la pérdida, la separación.

T: ¿Cómo lo experimentas en tu cuerpo ahora mismo? Haz lo básico: un nudo en la garganta, pesadez en el pecho. ¿Qué sientes? Ahora mismo parpadeas más.

C: ¿De verdad? No lo sabía. Noto una respiración más superficial.

T: Haces un buen trabajo al quedarte contigo mismo, y no sonreír, ni entrar en tu cabeza. Oigo lo que dices sobre esta obra, te ha conmovido mucho. ¿Qué te ha aportado sobre tu vida? [Reforzando el estar en contacto con su cuerpo.]

C: Pensé en que mi padre envejecía, en que mis padres envejecían. Al final de la obra, el protagonista acaba muriendo, y él y su amigo se dicen finalmente que se quieren, y él dice: "Si tuviera otro hijo, me gustaría que fuera como tú". Es muy cariñoso. Me voy a quedar con mi emoción. No sé cómo se conecta con mis padres. El amor que recibí, sé que lo hicieron lo mejor que pudieron. ¿Alguna vez es suficiente? Fue un momento hermoso, y...

- T: Volvamos a esa afirmación, ¿puede repetirla? [MT se dio cuenta de que el cliente parecía bloquearse emocionalmente cuando dijo "Si tuviera otro hijo...", y es evocador sugerirle que lo diga de nuevo junto con el estímulo implícito de sentir].
- C: Si tuviera otro hijo, me gustaría que fuera como tú.
- T: ¿Qué hizo para detener la emoción?
- C: No lo sé.
- T: Estás sonriendo. Así que las palabras "Si tuviera otro hijo querría que fuera como tú" te han emocionado. "Si tuviera otro hijo querría que fuera igual que tú". [MT repite esta afirmación varias veces por su poder evocador] No estoy seguro de que tuvieras esa sensación cuando crecías, de que tus padres querían que fueras igual que tú. Creo que probablemente era lo contrario, intentaban medicarte, calmarte. No estabas bien como eras. ¿Estás conteniendo la respiración? [Evocando la emoción, bloqueando la evasión.]
- C: Sí, estoy conteniendo la respiración.
- T: ¿Qué pasaría si te dejaras llorar?
- C: Nada. No entiendo por qué no puedo hacerlo. Me pondría triste. No lo entiendo, no sé por qué no puedo hacerlo.
- T: En realidad lo haces mejor que muchos hombres. Te permites llorar en la obra, te has permitido sollozar a veces cuando estás solo. Creo que te sentirías mucho más liberado si estuvieras más en contacto con tus sentimientos y fueras más expresivo. Lo más importante para mí de tu expresión emocional es la incongruencia, la sonrisa. Lo primero que quiero que hagas es eliminar eso. No sé qué sientes tú, pero me parece que es una forma muy eficaz de aislarte de tus sentimientos. Y me pregunto cómo surgió eso. ¿Tuviste que sonreír para tus padres y hacerles saber que todo está bien?
- C: Mi respiración es superficial. Me sudan el pecho y las piernas. Estoy ansioso.
- T: ¿Qué es lo que te preocupa, qué necesitas decir que no estás diciendo? Simplemente suéltalo.
- C: Dijiste que mi sonrisa me separa de mis sentimientos. Estaba pensando que no quiero estar aislado de mis sentimientos. No quiero meterme en mi caja. Mis padres me encerraron en una caja.
- T: Me siento triste cuando te escucho decir que tus padres te pusieron en esta caja.
- C: Es triste.
- T: ¿Puedes decir "Me siento triste"? [Evocativo.] (El cliente sonríe) Estás sonriendo de nuevo.

- C: Afirmaciones "yo", me siento triste.
- T: Di: "Me siento triste cuando pienso en que mis padres me metieron en una caja". Yo también me siento triste cuando pienso en que tus padres te meten en una caja. Tu voz es muy baja. Dilo con tu propia voz como si lo quisieras decir.
- C: Me entristece que mis padres me hayan metido en una caja.
- T: ¿Qué notas en tu cuerpo?
- C: Estoy tenso, no respiro, no me muevo. ¿Era mi propia voz? ¿No? ¿Qué notas?
- T: Me pregunto qué estás haciendo para aislarte de tus sentimientos. No estás sonriendo, lo cual es muy bueno, pero estás constreñido. Parece que estás en una caja. ¿Cuáles son las formas de ponerte en una caja?
- C: Me daban medicinas, no toleraban las emociones intensas, eran muy protectores, se aseguraban de que los deberes estuvieran hechos, me metían en muchas actividades.
- T: Me llama mucho la atención lo apagado que sueñas. Supongo que eso es exactamente lo que me estás contando, que te han metido en una caja, que te han medicado. Parece que tienes mucho dolor bajo la superficie. Parece que estás haciendo todo lo posible para mantenerlo ahí.
- C: Aprieto los dientes.
- T: Tienes una serie de técnicas impresionantes. No te permites sonreír, así que aprietas los dientes en su lugar.
- C: Creo que yo también estoy enfadado. Hay rabia ahí dentro
- T: ¿Alguna vez les has dicho que estás enfadado con ellos por medicarte y demás?
- C: No, no pienso en nada tan directo. No. Estaba pensando que si alguna vez les digo que estoy enfadado con ellos por no quererme por lo que soy. Y todavía recibo ese mensaje de mi madre. Mis emociones simplemente han desaparecido. Estoy disociado, ¿no? Esto es una puta locura.
- T: Creo que eres un poco duro contigo mismo, no estás jodidamente loco. ¿Qué esperabas? Te has criado en un entorno en el que te han medicado porque eras un poco demasiado para ellos. ¿Y qué crees que vas a hacer, emocionar como un loco? Todavía no.
- C: Soy duro conmigo mismo. No dejo de pensar en la última frase: "Si tuviera un hijo, querría que fuera como tú". Entonces, ¿cómo lo hacemos?
- T: ¿Hacer qué?
- C: ¿Seguir haciendo esto? Mirando mis defensas, tratando de llegar a la emoción... Quiero emocionarme.

T: Quiero que lo hagas.

C: (Llora brevemente)

Después de un tiempo considerable de trabajo de evocación centrado en cómo estaba bloqueando sus sentimientos, Víctor fue finalmente capaz de contactar con sus emociones directamente en presencia de MT, un comportamiento que facilitó una sensación de cercanía entre ellos.

*Evocar el mejor yo del cliente.* Una forma de evocar las CCR2 es preguntar: "¿Cómo actúas y te sientes cuando estás en tu mejor momento? ¿Cómo puedes empezar a hacerlo aquí y ahora, conmigo? A veces es útil guiar al cliente en una visualización o meditación imaginando su mejor yo; a menudo esta visualización se graba para que el cliente pueda escucharla como tarea. En primer lugar, solicite al cliente que describa las sensaciones que experimenta cuando está en contacto con su mejor yo. A veces los clientes prefieren el término "yo superior" o "yo más sabio". A veces, si están luchando con un tema concreto fuera de la terapia, se les puede decir: "Al final de la meditación, te voy a pedir que escribas un mensaje de tu yo más sabio". En el siguiente ejemplo, MT está trabajando con una clienta llamada Jessica que está desolada porque el hombre del que se ha enamorado, un alcohólico recuperado, ha vuelto a beber en exceso. Sus amigos le aconsejan que lo deje inmediatamente y ella no sabe qué hacer. Además, otros factores de estrés en su vida están afectando negativamente a su sentido de competencia y confianza como trabajadora social y como madre. A continuación se presenta un ejemplo de transcripción de lo que puede ser este proceso:

Terapeuta: Cierra los ojos y concéntrate en tu respiración. Permítete sentir cualquier sentimiento que tengas y acompáñalo suavemente. Permítete estar bien tal y como estás, estando en paz con lo que sientas, descansando suavemente en tu corazón. Sigue concentrándote en tu respiración, porque eso te enraíza y te da poder. Permítete sentirte más sólido con cada respiración. Con los pies firmemente plantados en el suelo, permítete sentir la energía de la tierra. Imagina que estás arraigado en el suelo, con las raíces profundas en la tierra, y que la solidez de la tierra se eleva. Deja que se desarrolle una sensación de expansión mientras respiras, abriéndote y conectándote, no sólo contigo mismo, sino con los ritmos de la naturaleza, abriéndote a la energía del cielo. Mientras respiras, ponte cada vez más en contacto con tu ser más sabio y con la voz que proviene de tu ser más sabio. Sé que he estado en contacto con tu yo más sabio muchas veces. Es la parte de ti que sigue queriendo crecer y avanzar y que es capaz de perseverar a pesar de muchas adversidades. Es la parte que te hizo superar los tumultos y las angustias de tu infancia. Esta parte cree en ti, sabe que tienes importantes dones y contribuciones que hacer. Y esta parte realmente te ayuda a allanar el camino para que digas que sí a cosas que te dan miedo, y para que digas que no cuando te sientes inseguro. Esta parte realmente vela por ti, te cuida y tiene una perspectiva de lo que realmente importa a largo plazo. Te ayuda a avanzar y se preocupa por ti y por los demás. Reconoce las formas en que te han herido y cómo necesitas sanar, e igualmente importante, reconoce lo mejor de lo que eres.

Observa y siente lo mejor de ti mismo. Siente cómo llevas tu cuerpo, cómo haces

contacto visual con los demás, cómo proyectas tu energía hacia el exterior. Escucha la claridad de tu voz. Siente cómo estás en contacto con tu núcleo, cómo te sientes compasivo contigo mismo y con los demás. Estás en contacto con tus pensamientos y sentimientos a un nivel profundo, y estás dispuesto a expresar estos pensamientos y sentimientos. Involucra tus sentidos en este momento para sentirte audaz y confiado. ¿Cómo llevas tu cuerpo? ¿Cómo proyectas tu energía? ¿Cómo hablas? ¿Qué dices? ¿Cómo haces contacto visual? Imagina cómo interactúas con tus clientes y tus hijos a diario cuando estás en contacto con tu mejor yo. Y puedes empezar a ser audaz y confiado conmigo, aquí y ahora. ¿Cómo puedes estar conmigo en la terapia, para que estés hablando desde tu voz más profunda, para que estés diciendo y haciendo las cosas que son difíciles para ti? Cuando estás en contacto con esta voz sabia, tiene mensajes importantes para ti. Mira si puedes dejar que te hable ahora mismo. Deja que te llegue un mensaje sobre lo que necesitas saber. Cuando tengas claro qué es lo que tu ser más sabio quiere que sepas, puedes seguir adelante y escribirlo.

Cliente: Escribí: "Respira, confía en tu instinto, sé lo que estoy haciendo. Mi camino es el del amor, ese es el núcleo de lo que soy. Las cosas irán bien. Las cosas se arreglarán".

T: ¿Cómo se siente viniendo de ti, de tu ser más sabio en lugar de mí?

C: Se siente realmente arraigado. Se siente verdadero en el sentido de que ha habido mucha experiencia detrás de él. Mi propia experiencia personal en la que he pasado por muchas cosas diferentes, y esto se ha mantenido, así que esta es la constante que se mantiene a lo largo de mi vida. Cuando otras personas te dicen eso, no hay forma de que sepan realmente lo que es ser tú. Así que es tranquilizador cuando otros lo dicen, pero lo es en un sentido mucho más profundo cuando te lo dices a ti mismo, porque tienes toda esa historia que está haciendo esa afirmación.

### ***Utilización de uno mismo como instrumento de cambio***

Una vez establecidos el entorno, la alianza terapéutica y la conceptualización del caso, en la medida en que los terapeutas puedan permitirse ser quienes realmente son, se podrá crear una relación más poderosa e inolvidable. Reflexionar sobre las siguientes cuestiones puede ayudarle como terapeuta a aumentar su potencia como agente de cambio.

- ¿Cuáles son tus cualidades únicas que te distinguen como persona y como terapeuta? ¿Cómo puedes utilizar tu carácter distintivo en beneficio de tus clientes?
- ¿Coincide alguno de los intereses de su cliente con los suyos? ¿Tienen en común el interés por el alpinismo, el acolchado, tocar un instrumento musical, leer a determinados autores, las actividades espirituales, correr, la gastronomía, los viajes internacionales, la poesía o los deportes? Considere la posibilidad de revelar estos puntos en común. Del mismo modo, ¿tiene usted experiencias vitales comparables, como haber crecido como católico, el orden de nacimiento, haberse mudado mucho de niño, ser miembro de un grupo minoritario? Cuando las experiencias vitales similares se vuelven más personales, el terapeuta puede sentirse más vulnerable a la hora de

revelar experiencias como el divorcio, los abusos en la infancia o la muerte de un familiar. Un factor importante que hay que tener en cuenta al tomar la decisión de revelar es si dicha revelación facilitará a los clientes un mayor contacto con sus problemas, o si los alejará de su propio enfoque. Otras consideraciones son si la revelación generará más cercanía por parte del cliente y si la revelación es un T1 (comportamiento problemático) o un T2 (comportamiento objetivo) para el terapeuta.

- ¿Cuál es tu experiencia con tu cliente? ¿Qué es lo que ves realmente especial en esta persona, cómo te impacta positivamente esta persona, y cómo de evocador sería para ti reflejar a este cliente lo que es más especial en él/ella? Los clientes a menudo sólo están en contacto con sus defectos y carencias; que tú les digas constantemente cómo experimentas sus características positivas es una experiencia que quizás no hayan tenido antes, creando un punto de inflexión en la percepción de sí mismos.
- ¿De qué manera te preocupas por tu cliente? Cualquiera puede decir las palabras "me preocupo por ti", pero es mucho más impactante describir tus comportamientos que indican que te preocupas. Por ejemplo, puedes hablar de las formas en que te afectan fuera de la hora de terapia, como: "Tuve un sueño sobre ti", "Estuve pensando el otro día en lo que me dijiste", o "Vi una película y pensé en ese momento: "Tengo que hablarte de esta película porque te gustaría mucho"", o "Fui a un taller de arteterapia pensando en ti porque pensé que las técnicas serían muy útiles en nuestro trabajo juntos". Este tipo de afirmaciones pueden ser evocadoras (regla 2) y reforzadoras (regla 3).
- ¿Cómo puedes arriesgarte para profundizar en tu relación terapéutica de forma que sirva a los intereses del cliente? ¿Hay temas que evitas abordar con tus clientes (por ejemplo, la impuntualidad de él, los comportamientos de ella que te alejan, el deseo de que él diga lo que siente debajo de su fachada) porque tu malestar coincidiría con el de tus clientes? ¿Hay formas de pedir a tus clientes que estén más presentes y abiertos contigo?

Las preguntas anteriores facilitan la exploración de cómo uno puede convertirse en un agente de cambio más compasivo y transparente a través de la revelación de los propios pensamientos, reacciones y experiencias personales. Dichas revelaciones estratégicas pueden mejorar la relación terapéutica, normalizar las experiencias de los clientes, modelar un comportamiento adaptativo y de creación de intimidad (Goldfried, Burckell y Eubanks-Carter, 2003), demostrar autenticidad y consideración positiva hacia los clientes (Robitschek y McCarthy, 1991) e igualar el poder en la relación terapéutica (Mahalik, VanOrmer y Simi, 2000). Desde la perspectiva de la FAP, el efecto más importante es que dicho comportamiento puede evocar las CCR, bloquear las CCR1 y reforzar las CCR2. Por lo tanto, la revelación debe llevarse a cabo de forma estratégica, teniendo en cuenta cómo puede evocar, reforzar o castigar las CCR para un cliente en particular. Por ejemplo, los clientes cuyos problemas incluyen el mantenimiento de la distancia con los demás pueden tener miedo de la intimidad de que se les permita entrar en el mundo emocional del terapeuta. En estos casos, sería útil que exploraran sus miedos a la cercanía y aprendieran formas de mantenerse conectados a pesar de estos miedos, una habilidad que puede generalizarse a las relaciones de la vida diaria. Por otro lado, una revelación terapéutica con un cliente de este tipo puede hacer más probable

que el cliente evite la relación terapéutica (es decir, que la abandone). Por lo tanto, tales revelaciones deben ser ajustadas a lo que el cliente puede manejar, y casi siempre deben incluir una discusión de cómo el cliente está reaccionando a la revelación y por qué se ofreció la revelación. La revelación estratégica por parte del terapeuta puede aumentar la intimidad de la relación terapéutica y establecerla como más similar a las relaciones externas, facilitando así la generalización. El uso reflexivo de uno mismo como instrumento terapéutico de cambio en el contexto de la conceptualización del caso del cliente puede evocar las CCR y, por lo tanto, proporcionar una exploración de las emociones, los temas y los factores de relación que pueden conducir al crecimiento del cliente.

Obviamente, los terapeutas tienen diferentes niveles de comodidad en cuanto a la cantidad de intimidad terapéutica que están dispuestos a crear; tales diferencias individuales se reconocen aquí mediante la provisión de ejemplos de variaciones en los procedimientos y las formas. Sin embargo, existe una clara expectativa de que cuando los terapeutas aumentan su toma de riesgos al servicio de la evocación y el refuerzo de las CCR2, se verán a su vez reforzados por el crecimiento de sus clientes.

### **Regla 3: Reforzar las CCR2 de forma natural (ser terapéuticamente afectuoso)**

En el capítulo 1 se hizo una importante distinción entre el refuerzo natural (que se asemeja y funciona de forma similar a las relaciones genuinas y afectuosas en la comunidad del cliente) y el refuerzo artificial (la "recompensa" más comúnmente asociada con el conductismo, que incluye sonreír a propósito, decir "eso es bueno" y dar fichas o reforzadores monetarios). La regla 3 es algo enigmática, ya que la FAP se basa en la afirmación de que el refuerzo es el principal mecanismo de cambio, pero los esfuerzos deliberados para reforzar corren el riesgo de producir un refuerzo artificial o arbitrario, en lugar de natural. Las siguientes recomendaciones tratan de resolver este enigma sugiriendo enfoques que los terapeutas pueden utilizar para reforzar de forma más natural y evitar el uso de refuerzos artificiales. Estos comportamientos de refuerzo natural se describen como "amor terapéutico". El amor terapéutico es ético, siempre en el mejor interés del cliente y es genuino. Amar a los clientes no significa necesariamente utilizar la palabra "amor" con ellos, pero sí significa fomentar una sensibilidad exquisita y una preocupación benévola por las necesidades y los sentimientos de los clientes, y preocuparse profundamente. Los factores que determinan que las reacciones de los terapeutas sean probablemente terapéuticamente amorosas y naturalmente reforzantes incluyen: responder a las CCR1 de forma eficaz; regirse por los intereses de los clientes y reforzarse por sus mejoras; tener los repertorios de objetivos de los clientes; hacer coincidir las expectativas propias con los repertorios actuales de los clientes; y amplificar los sentimientos propios para aumentar su relevancia. Dado que el bloqueo de las CCR1 está tan estrechamente ligado a la evocación y el refuerzo de las CCR2, esta discusión comienza describiendo las mejores formas en que los terapeutas pueden responder a las CCR1.

## ***Responder eficazmente a los CCR1***

Abordar las CCR1 a menudo implica hacer un uso terapéutico de las reacciones personales negativas representativas de la comunidad del cliente. Un ejemplo de ello se ofrece en Kanter, Tsai y Kohlenberg (en prensa), en el que el terapeuta de FAP le hizo saber a su cliente que se estaba mostrando bastante siniestro. Es importante subrayar, sin embargo, que las CCR1 se abordan en el contexto del cuidado y la preocupación del terapeuta por el cliente, y una conceptualización de los problemas del cliente en términos de factores históricos y ambientales, más que como algo "interno" o inherente al cliente. También es vital que el cliente esté de acuerdo en que ciertos comportamientos son problemas de la sesión conectados con problemas de la vida diaria, y que el terapeuta crea en la capacidad del cliente para producir un comportamiento más adaptativo en respuesta a una CCR1 señalado.

Es mejor abordar las CCR1 después de que el cliente haya experimentado suficiente refuerzo positivo natural y se haya formado una relación terapéutica sólida, y después de que el cliente haya dado permiso al terapeuta para hacerlo (por ejemplo, "Hemos hablado de que es un problema que la gente te siga cuando te sales por la tangente. ¿Está bien que te interrumpa cuando haces eso conmigo?"). Si es posible, es mejor abordar o bloquear una CCR1 después de que el cliente ya haya emitido una CCR2 homólogo. Por ejemplo, un terapeuta puede decir: "¿Sabes que a veces eres realmente capaz de permitirte sentir tu tristeza conmigo? ¿Qué te impide hacerlo ahora mismo?". El tono de voz y otras señales no verbales (por ejemplo, inclinarse hacia delante, acercar la silla) también actúan como reforzadores. En general, las respuestas de tono compasivo a la CCR1 son apropiadas, a menos que ese enfoque no haya sido eficaz en el pasado. Castigar simplemente a las CCR1 casi nunca es recomendable, excepto en las situaciones más extremas que impliquen un comportamiento que ponga en peligro la vida. Además, el castigo conlleva riesgos. En particular, es bien sabido que el castigo, en ausencia de un refuerzo positivo para el comportamiento alternativo, generalmente sólo produce disminuciones temporales en el comportamiento objetivo. Además, el castigador, en este caso el terapeuta, puede provocar miedo y frustración, lo que resulta en la evitación o terminación del tratamiento. Para más información sobre cómo trabajar con la evitación del cliente, consulte el capítulo 7, El curso de la terapia.

## ***Regirse por los intereses de los clientes y reforzarse con sus mejoras***

Cuidar a los clientes significa regirse por lo que es mejor para ellos y verse reforzado por sus mejoras y éxitos. Las características de un terapeuta que se refuerza de forma natural recuerdan a lo que Carl Rogers pedía en su terapia centrada en el cliente, es decir, autenticidad, empatía y cariño. Conocido por su oposición a "utilizar el refuerzo" para controlar a los demás, Rogers ciertamente no lo utilizaría deliberadamente. Sin embargo, un cuidadoso análisis de sus reacciones ante los clientes (Truax, 1966) indica que Rogers reaccionaba de forma diferente ante ciertas clases de comportamiento de los clientes. Su cuidado y autenticidad probablemente se manifestaba como interés, preocupación, angustia e implicación que naturalmente castigaba las CCR1 y reforzaba las CCR2. Por lo tanto,

sugeriríamos que el llamamiento de Roger a la autenticidad y al cuidado es un método indirecto para mejorar la ocurrencia de contingencias naturalmente reforzantes.

La relación terapéutica es una relación de poder desigual, por lo que es importante centrarse en la pregunta: "¿Qué es lo mejor para mi cliente en este momento y a largo plazo?". Mantener esta pregunta en el primer plano del tratamiento minimiza la probabilidad de explotar o perjudicar a los clientes a través de una serie de situaciones que pueden ser perjudiciales para ellos, como una dependencia malsana del terapeuta, la implicación sexual o los tratamientos interminables en los que ambas partes se gratifican con una relación que se parece más a la amistad que a la terapia.

### ***Tener Repertorios de Objetivos de los Clientes***

Los terapeutas son más capaces de discriminar las CCR1 del cliente y fomentar las CCR2 cuando tienen conductas objetivo del cliente en sus propios repertorios. Por ejemplo, si un cliente se siente invalidado por algo que ha dicho el terapeuta y se apaga, un terapeuta que evita el conflicto y la retroalimentación negativa probablemente no discriminará que el cliente está molesto y está realizando una CCR1 de alejamiento. También es poco probable que este terapeuta fomente una CCR2 que implique una discusión abierta de lo que acaba de ocurrir entre ellos para ayudar al cliente a hacer lo mismo en las relaciones de la vida diaria. Del mismo modo, si un terapeuta desprecia o teme el apego y la dependencia del cliente (por ejemplo, enviando frecuentemente correos electrónicos al terapeuta, anunciando sentimientos de temor ante las próximas vacaciones del terapeuta), le resultará difícil utilizarlos como oportunidades terapéuticas. El discurso útil puede incluir la exploración de cómo los comportamientos de dependencia del cliente se manifiestan en las relaciones actuales, y la creación de formas más saludables de expresar el apego y la dependencia tanto en la relación terapéutica como en las relaciones de la vida cotidiana.

### ***Adecuar las expectativas a los deseos actuales de los clientes***

Ser consciente de los repertorios actuales de los clientes ayudará a los terapeutas a tener expectativas razonables y a estar en sintonía con los matices de la mejora. Siguiendo con el ejemplo de la clienta que se sentía extremadamente dependiente de su terapeuta, no es útil esperar que diga alegremente: "Que tengas unas buenas vacaciones", dado que se sentía suicida al pensar que su terapeuta se iba. Más bien, su comportamiento se moldeó de manera que cada paso del camino, si bien era difícil para ella, la tarea terapéutica se ajustaba a lo que era capaz de hacer en términos de su repertorio actual: (1) ir al hospital mientras su terapeuta estaba de vacaciones; (2) reunirse con un terapeuta de respaldo mientras tenía sesiones telefónicas con el terapeuta principal que estaba de vacaciones; (3) pedir un objeto de transición (p. ej, oso de peluche) del terapeuta y tener sesiones con un terapeuta de apoyo sin tener sesiones telefónicas con el terapeuta principal; (4) pedir un pequeño objeto del lugar al que iba el terapeuta para hacerle saber que el terapeuta la tenía presente; (5) no necesitar

contacto mientras su terapeuta estaba fuera organizando muchas reuniones con amigos. Aunque eran un reto, estas tareas terapéuticas no le parecieron imposibles porque se llevaron a cabo durante un periodo de diez años. La clienta ha llegado a un punto en su terapia en el que tiene una red de apoyo social completa y ve a su terapeuta una vez cada dos meses.

Técnicamente, la estrategia anterior incorpora el principio de conformación de aproximaciones sucesivas a una conducta objetivo deseada, y las CCR1 y CCR2 deben definirse teniendo en cuenta la conformación. Por ejemplo, aunque el objetivo final del cliente anterior era la no dependencia del terapeuta, si la no dependencia estricta se considerara la CCR2, el cliente nunca habría emitido ninguna conducta que pudiera ser reforzada. La tarea del terapeuta es identificar mejoras graduales dentro de la capacidad del cliente. ¿Qué es una mejora incremental en términos del nivel actual de funcionamiento del cliente? ¿Qué sería un pequeño, pero real, esfuerzo para este cliente?

La cuestión del moldeamiento plantea una cierta complicación para la FAP. Específicamente, aunque el terapeuta puede estar reforzando CCR2 que son aproximaciones sucesivas a la conducta objetivo, estas CCR2 pueden no ser reforzadas por otros externos. Por lo tanto, las conductas que se producen en la relación terapéutica no serán mantenidas por otros en la vida diaria. Por ejemplo, el primer intento de asertividad de un cliente muy tímido puede ser reforzado por el terapeuta, aunque sea torpe y no tenga éxito en el mundo exterior. O el primer intento de un cliente masculino de pasar más tiempo con su mujer puede ser explicado por ésta como "sólo quieres quitarme de encima". Esto puede discutirse directamente con el cliente. El terapeuta puede explicar que la relación terapéutica es una oportunidad para practicar y mejorar comportamientos interpersonales importantes antes de "salir a la calle" con ellos. El terapeuta también puede explicar que los clínicos son probablemente más sensibles a los cambios sutiles, y se ven más reforzados por ellos, porque su único propósito en la relación es ayudar al cliente. Las relaciones de la vida cotidiana son más complicadas, y los compañeros de relación pueden necesitar tiempo y paciencia antes de cambiar también. El terapeuta, al ser sensible al progreso del cliente y ser reforzado de forma natural por las pequeñas mejoras sobre el funcionamiento actual, puede fomentar el aprecio del cliente por estos pequeños cambios también, de forma que se conviertan en lo suficientemente auto-reforzantes como para permitir el tiempo necesario para un mayor crecimiento, incluso en ausencia de respuestas positivas de los demás.

### ***Amplificar los sentimientos para aumentar su visibilidad***

A veces es útil que los terapeutas añadan otros comportamientos verbales a una reacción básica para aumentar la eficacia terapéutica. La amplificación puede ayudar a los clientes a discernir y a reforzarse con las manifestaciones sutiles de las reacciones privadas del terapeuta que, de otro modo, podrían pasar desapercibidas. A modo de ejemplo, consideremos a un cliente masculino que tiene dificultades para establecer relaciones íntimas y que se ha arriesgado a revelar sentimientos vulnerables durante la sesión. Su revelación da lugar a reacciones espontáneas del terapeuta, en su mayoría privadas y sutilmente observables, entre las que se incluyen la predisposición a actuar de forma cariñosa y los comportamientos

privados de respuesta que corresponden a "sentirse cerca". Sin embargo, si la CCR1 del cliente es una falta de sensibilidad a las sutilezas, tales reacciones no serán discriminadas y tendrán efectos de refuerzo débiles. En este caso, el terapeuta puede describir las reacciones privadas diciendo, por ejemplo, "Me siento realmente conmovido por lo que acabas de decir". Sin esta amplificación, las reacciones del terapeuta tendrían poco o ningún efecto reforzador en la CCR2 del cliente. Con esa afirmación, el terapeuta también puede estar asumiendo un riesgo, y puede evocar otras CCR relacionadas con la intimidad en el cliente.

El siguiente material de caso es de una sesión de unos seis meses de trabajo de MT con su cliente SJ, un hombre de 41 años que entró en terapia buscando trabajar los efectos del abuso físico y emocional de la infancia y desarrollar relaciones íntimas en su vida diaria.

Terapeuta: Así que me estás diciendo que, debido a nuestras interacciones, tu consciencia de tu impacto en otras personas está aumentando realmente de forma dramática. [MT ha estado reforzando esta consciencia como CCR2.]

Cliente: Sí, mucho. Soy más consciente de cómo interactúo con otras personas. Pero, ¿interactúo de forma saludable? ¿Se nota mi necesidad, se nota mi confianza en mí mismo?

T: ¿Qué te parece saludable de la forma en que tú y yo nos relacionamos?

C: Lo único que me viene a la mente, sólo voy a lanzar las respuestas, es que me ves por mí. Es como si estuvieras en un avión. Lo siento, pero esta es la imagen mental que me viene a la mente. SJ se parece mucho a Safeco Field (el estadio de béisbol de Seattle), vale, aguanta conmigo, esto es bueno. El techo está cerrado en Safeco field, pero para Mavis he abierto ese techo retráctil y estás en un avión volando. Ves a SJ en la imagen completa, ves toda la visión, lo bueno, lo torpe, lo torpe, todo. Pero también ves el centro del campo, ves el diamante de béisbol, lo bueno del béisbol. Y tienes unos prismáticos y miras por aquí y ves todo lo bueno, pero también ves en las gradas, ves el lado de la cara pintada, ves las gradas reservadas y los palcos. Ves toda la imagen de mí. Y dices: 'Sí, quiero pasar el rato con mis gafas de sol y mi pequeño helicóptero, puede que incluso aterrice y pase el rato con SJ'. Me aceptas por lo que soy: lo bueno, lo incómodo y lo no tan bueno. Hay una comodidad y una seguridad en ti, en nuestra dinámica, y así es como me siento. Me siento segura cuando estoy aquí contigo.

T: SJ, tienes razón. Es realmente una gran metáfora, y me siento realmente conmovida por lo que dices. Regla 3.] Aunque la MT sintió que mostraba signos sutiles de estar conmovida, amplió la expresión de los sentimientos con la intención de facilitar el refuerzo natural y la evocación de los CCR. Regla 2.]

C: Y no voy a desvirtuar lo que acabo de decir, pero te voy a hacer una pregunta relacionada con la FAP. Se supone que debes representar de manera general el mundo exterior para que yo pueda interactuar contigo de la misma manera que interactúo en el mundo. ¿Cómo puedo llegar a ese nivel de seguridad y a esa comodidad de sentirme bien con otras personas, otras personas seguras que ven a SJ por lo que es y por lo que es? SJ está haciendo una pregunta importante y relevante, pero no está reconociendo la respuesta de MT de sentirse conmovido.

Esto es un CCR1 y se responderá más adelante como se muestra a continuación].

- T: ¿Esperas algún tipo de respuesta filosófica profunda que vaya a resolver tus problemas?
- C: Sí, inmediatamente, justo en la nariz, en 30 segundos. Boom.
- T: Ya sabes la respuesta.
- C: Tengo que asumir los riesgos personales. Tengo que salir y comprometerme. [CCR3.]
- T: SJ, haberlo hecho conmigo aumenta la posibilidad de que seas capaz de hacerlo con otras personas. Estoy convencido de que podrás hacerlo con otras personas. ¿Crees que ha sido un camino fácil para ti? A veces has pasado mucho miedo. Te has esforzado mucho por arriesgarte conmigo, y sé que puedes hacer lo mismo con los demás. [Regla 3, refuerzo natural; Regla 5, facilitar la generalización].
- C: Sí.
- T: ¿Podemos sentarnos ahora con lo que ha ocurrido hoy... qué es lo que le llama la atención de hoy? Por favor, respondan brevemente. [La MT está impulsando la CCR2 de respuestas sucintas].
- C: El empoderamiento silencioso, que de hecho estoy haciendo lo que necesito hacer, que puede no ser tan grande o malo o feo como creo.. Me siento animado por ti.
- T: Lo que me llama la atención es que me encantó tu metáfora, me conmovió mucho, y me pregunto si percibiste lo conmovido que estaba. Y no creaste espacio para ello. Te dije que me sentí conmovida, empecé a llorar, y tú entraste a hablar. Eso es algo que quiero que observes, especialmente fuera de aquí, especialmente cuando estás con tu novia, que hay una manera de usar tu lenguaje para estar a cargo. Sólo sé consciente de eso, para crear más espacio para la otra persona, para estar en sintonía con lo que está sucediendo. ¿Qué tan consciente eras de lo que estaba sucediendo? [Llamando la atención a las CCR1 de la discriminación limitada de las respuestas emocionales positivas de MT, su falta de refuerzo de la construcción de la intimidad, y provocando O2s].
- C: No es muy consciente, pero sin embargo desencadena recuerdos y cosas así que han sucedido en el pasado.
- T: ¿Qué desencadena las cosas?
- C: Cuando me felicítaste la semana pasada, y no lo hice, pasé de largo, como Paul en el trabajo...
- T: No me des ejemplos ahora, estamos hablando de ti y de mí. [Bloqueando la CCR1 de SJ de evitar la intimidad, pero dicho con un tono suave].
- C: En el pasado me hicisteis un cumplido y me costó aceptarlo. La semana pasada, fue como, de acuerdo, Mavis me felicitó.

- T: Antes no podías asimilarlo y has empezado a hacerlo. Estabas hablando de tu consciencia de otras personas y de cómo se ha disparado. Sigue trabajando en eso. Eso también aumenta tu conexión conmigo y con los demás. [Regla 5, facilitar la generalización.]
- C: Lo hace. Estar con el silencio. Es decir, si alguien dice algo que le ha conmovido o emocionado, estar con la quietud, estar con el silencio, aceptar lo que ha dicho. Puedo ser así con mi novia.

#### **Regla 4: Observar los efectos potencialmente reforzantes del comportamiento del terapeuta en relación con las CCR del cliente (ser consciente del propio impacto)**

La regla 4 destaca la importancia de prestar atención a las reacciones del cliente y de que el terapeuta observe su efecto en el cliente. Por definición, el cliente ha experimentado un refuerzo terapéutico sólo si su conducta objetivo es reforzada. Por lo tanto, es esencial que los terapeutas evalúen el grado en que sus conductas que pretendían reforzar realmente funcionaron como reforzadores. Al seguir prestando atención a la función de la propia conducta, el terapeuta puede ajustar su respuesta según sea necesario para maximizar el potencial de refuerzo. Aquí discutimos múltiples estrategias para promulgar la Regla 4, incluyendo estrategias explícitas (preguntas de proceso del terapeuta) e implícitas (prestar atención).

Por supuesto, la única forma en que un terapeuta sabe realmente que una respuesta que pretendía ser reforzante lo fue, es observando un cambio en la frecuencia o intensidad de la conducta objetivo. Sin embargo, las preguntas explícitas sobre el proceso pueden servir para dar pistas sobre los efectos reforzantes de las respuestas del terapeuta. Estas preguntas pueden ser bastante sencillas, y a menudo ocurren después de una interacción CCR2/Regla 3. Por ejemplo, el terapeuta puede preguntar simplemente: "¿Cómo fue eso para ti?" o "Cuando te respondí de esa manera, ¿cómo te sentiste?" o "¿Crees que mi respuesta hizo más probable que hicieras lo que hiciste de nuevo, o menos probable?"

Una consideración importante a la hora de hacer estas preguntas es el momento. Aunque deben seguir a los intentos del terapeuta de reforzar la CCR, no deben seguirse demasiado de cerca. Una interacción CCR2/Regla 3 en FAP puede ser bastante intensa, y los intentos inmediatos de "procesar" esta interacción con preguntas del tipo Regla 4 pueden truncar la interacción natural, y pueden representar una sutil evitación del terapeuta de la intensidad creada. Por lo tanto, un terapeuta debe ser sensible al final natural de una interacción CCR2 y sólo seguir con el comportamiento de la Regla 4 cuando la interacción ha llegado a una conclusión natural. Esto puede resultar en esperar hasta la siguiente sesión para procesar la interacción.

Prestar atención sin hacer preguntas explícitas es igualmente importante. En este ejemplo de caso, SJ (el cliente descrito anteriormente), envió a MT un correo electrónico la tarde anterior a una cita a las 8:30 de la mañana en el que le comunicaba su diagnóstico de

enfermedad periodontal grave y le hacía una pregunta sobre sus CCR. MT abrió el correo electrónico por la noche y no respondió porque su cita con él era en menos de 12 horas. SJ comenzó la sesión de la siguiente manera.

Cliente: ¿Recibiste mi correo electrónico?

Terapeuta: Lo hice. Son malas noticias sobre tu enfermedad periodontal.

C: Normalmente sólo respondes, diciendo que lo tengo o algo así, así que me preguntaba si eso era que no reforzabas el mal comportamiento por mi parte. Regla 1, debido a sus dificultades de asertividad, MT está pensando que el hecho de que SJ plantee este tema de que ella no le responda es una CCR2].

T: No, estoy abrumado porque me voy del país pasado mañana. Tengo un montón de correos electrónicos y era muy tarde por la noche. Has hecho una pregunta en la que no he tenido tiempo ni de pensar, así que te pido disculpas si estabas esperando que te diera las gracias por el correo electrónico. [Regla 3, reforzando CCR2.]

C: No estaba sentado febrilmente junto al correo electrónico.

T: Estaba pensando que voy a verlo por la mañana y podemos hablar de ello entonces.

C: Sí, exactamente, pero...

T: Pero dices que habría estado bien que te dijera: 'Te veré por la mañana'. [Regla 3, de nuevo reforzando naturalmente el CCR2 del cliente tomándolo muy en serio].

C: Sí, si hubieras reconocido que lo recibiste. Eso es algo importante para mí, no una disertación, pero sí un acuse de recibo, 'copia recibida' o algo así. [El cliente está siendo más directo con su petición, otro CCR2.]

T: Tienes razón, sólo habría tardado dos segundos en enviar algo así, y no te habrías quedado con la duda de si había recibido tu correo. [Regla 3, MT vuelve a reforzar su petición.] (...al final de la sesión)

C: En sus viajes, si puede, no recuerdo el nombre del chocolate. Esta es una petición inusual de un cliente, lo que sugiere que SJ fue reforzado por su petición anterior de que MT reconociera su correo electrónico. Regla 4, notar los efectos del refuerzo del terapeuta].

T: ¿Quieres que te traiga una chocolatina? [MT se sorprendió un poco y pudo ver cómo esta petición tenía propiedades tanto de CCR2 como de CCR1. Dio una respuesta sin compromiso porque quería tener tiempo para pensar en cómo manejar esta petición. Al final decidió que quería reforzarle por haberlo pedido, que era un tacto disfrazado de mandato que podrían discutir en otro momento (probablemente él estaba ansioso por no verla durante dos semanas), y que conseguirle este pequeño artículo era un acto de construcción de la relación].

T: Tengo que correr.

C: Puedo hacer una pregunta más al salir, algunos de los estudios que se han citado en los documentos que estoy leyendo sobre la FAP ya no son accesibles. ¿Tiene copias de los mismos en el disco duro?

[T consideró que esta solicitud era una CCR1 en la que la clienta no estaba siendo consciente de sus necesidades: ella ya había indicado que estaba agobiada por su viaje al extranjero, y él había hecho horas extras en su sesión].

T: No puedo ocuparme de eso ahora mismo porque estoy muy abrumado con todas las tareas que tengo que hacer, así que en algún momento, a finales de agosto, anota los papeles que te interesan y ya veremos. [MT no reforzó esta petición, pero le dio la oportunidad de volver a plantearla en otro momento].

En la secuencia anterior, siguiendo la regla 4, MT consideró que las peticiones de SJ evolucionaban de una CCR2 a una CCR2/1 a una CCR1. Parecía como si, una vez que se tomaba en serio su petición inicial, le costara "frenar" lo que quería. Esto pone de manifiesto que, debido al proceso de conformación, una CCR2 (hacer una petición) puede convertirse en una CCR1 (hacer una petición en un momento inadecuado). Por lo tanto, surgió una CCR1 diferente, y la nueva CCR2 objetivo implica que SJ se vuelva más exigente y sensible en cuanto al momento en que hace sus peticiones o lo que pide (clase B en el FIAT-Q). En el futuro, MT será más consciente del comportamiento de SJ a la hora de hacer peticiones (Regla 1), y planteará el tema de cómo se enfrenta a pedir lo que quiere y su impacto en ella (Regla 2). Le hará saber cuándo sus peticiones constituyen CCR1, y le reforzará cuando las peticiones sean CCR2 (Regla 3). El cumplimiento de la Regla 4 implicaría un estrecho seguimiento de la trayectoria de su comportamiento de petición para que, en última instancia, SJ se vuelva más exigente y sensible en cuanto a cuándo y cómo hace sus peticiones. La MT también le ayudará a generalizar este comportamiento (Regla 5) de forma que facilite un equilibrio entre centrarse en sus propias necesidades y en las de los demás, y recibir y dar de forma que se optimice la cercanía en sus relaciones de la vida diaria.

En términos de la Regla 4, también es importante que los terapeutas se centren en el papel de los T1 (conductas problemáticas del terapeuta en la sesión) y los T2 (conductas objetivo del terapeuta en la sesión) porque una mayor consciencia de uno mismo va de la mano de una mayor consciencia de su impacto en los clientes. Recomendamos que los terapeutas reserven tiempo para explorar preguntas como las siguientes.

- ¿Qué suele evitar abordar con sus clientes?
- ¿Cómo repercute esta evitación en el trabajo que realiza con estos clientes?
- ¿Qué tiende a evitar tratar en su vida? (por ejemplo, tareas, personas, recuerdos, necesidades, sentimientos)
- ¿Cómo influyen las evitaciones de tu vida diaria en el trabajo que realizas con tus clientes?
- ¿Cuáles son las T2 específicas que quieres desarrollar con cada cliente basándote en la conceptualización del caso?

## **Regla 5: Proporcionar interpretaciones funcionales informadas analíticamente y aplicar estrategias de generalización (interpretar y generalizar)**

Durante las sesiones de terapia se habla mucho y esta regla identifica ciertos tipos de conversaciones del terapeuta de especial importancia en la FAP. Un cliente puede preguntar al terapeuta "¿Por qué hice eso?" o "¿Por qué tengo tanto miedo a la intimidad?" y se espera que el terapeuta dé una respuesta. Desde un punto de vista conductual, la respuesta es sólo un poco de comportamiento verbal denominado "razón". Las "razones" de la FAP están diseñadas para ayudar a los clientes a encontrar soluciones a sus problemas y para ayudar a generalizar el progreso en la terapia a la vida diaria. Una razón funcional informada analíticamente incluye una historia que explica cómo fue adaptativo para los clientes actuar de la manera en que lo hacen. Por ejemplo, ser íntimo y abierto no sólo es beneficioso para formar y mantener relaciones estrechas, sino que también lo hace a uno vulnerable al castigo. En el caso de un cliente concreto, su historia puede incluir una infancia y/o un periodo posterior en el que los intentos de intimidad fueron castigados. Los clientes que explican su falta de intimidad refiriéndose a esta historia están mejor posicionados para asumir riesgos en el futuro como medio para remediar el problema.

### ***Paralelismos entre los comportamientos de la sesión y los de la vida cotidiana***

Los "paralelos de fuera a dentro" tienen lugar cuando los acontecimientos de la vida cotidiana se corresponden con las situaciones de la sesión, y los "paralelos de dentro a fuera" tienen lugar cuando los acontecimientos de la sesión se corresponden con los de la vida cotidiana. Estos paralelismos pueden facilitar la generalización de los logros alcanzados en la relación cliente-terapeuta a la vida cotidiana, así como ayudar a identificar las CCR. Ambas cosas son importantes, y una buena sesión de FAP puede implicar un considerable entrelazamiento entre el contenido de la vida cotidiana y el de la sesión a través de múltiples paralelos de entrada y salida.

Facilitar la generalización es esencial en la FAP, por lo que se ofrecerán diferentes ilustraciones de casos de este proceso. El primer ejemplo es una interacción entre la MT y su cliente Alicia (descrita en el capítulo 7) que participó en un tratamiento de 20 sesiones para la depresión y para dejar de fumar. En esta sesión están discutiendo un paralelismo entre el exterior y el interior con el que Alicia está luchando con respecto a su alejamiento una vez que sabe que alguien se preocupa por ella.

Terapeuta: Ya sabes que te he dicho varias veces en nuestro trabajo conjunto que nuestra relación es muy, muy importante, y que es un microcosmos de tus relaciones en la vida exterior. [Regla 2: Evocar la CCR. La MT hipotetizó que el hecho de que Alicia cancelara sus últimas sesiones debido a un dolor de espalda podría ser una CCR1 que implicara la evitación de la cercanía que ha ido aumentando en su

relación terapéutica. Regla 1: Ser consciente de la CCR].

- Cliente: Sí, estuve pensando en eso, y lo escribí en mi hoja de sesión. Cuando pienso en las relaciones en las que he estado, todos mis novios, realmente disfruto de la persecución, pero una vez que se dan la vuelta y empiezan a gustarme, voy 'Yuk'. Entonces me siento asfixiada. Me di cuenta de que, en cierto modo, también lo hice en esta relación.
- T: ¿Conmigo?
- C: Sí, fue como la emoción al principio, todo es nuevo, entonces realmente se centró en mí y dirigió su atención a mí, y me congeló. Y no sé por qué en un momento en que la gente corresponde a la energía que estoy poniendo en ella, entonces me asusto.
- T: Las relaciones estrechas que implican intimidad pueden provocar mucho daño, algo que seguramente has experimentado en tus relaciones con los hombres. Así que tiene sentido que quieras ser cautelosa y alejarte. Eso te da una mayor sensación de control sobre la relación, pero también puede provocar el mismo resultado que estás tratando de evitar. [Una interpretación de la Regla 5.] Es tan importante que puedas decir esto en voz alta, es increíble, porque ciertamente te sentí enloquecer. [Regla 3, refuerzo de su apertura.]
- C: Sí, lo sentí muy fuerte, cuando conocí a Jay, lo mismo, con Terry fue aún peor. Me gusta mucho pero no quería gustarle. Por supuesto que tengo mi terror a ser rechazado, así que eso solidifica el rechazo.
- T: Entonces, si me hubieras dejado gustar de verdad y te hubieras acercado a mí, ¿qué pasaría?
- C: Es la pérdida, lo del rechazo, que se vincula también a la pérdida. Estaría al borde de la preocupación cada día por perder a alguien que me gusta. Quizás soy mucho más lento en las relaciones de lo que creo. Me gusta pensar que hago amigos muy rápido, pero luego me doy cuenta de que surgen mis sentimientos de miedo, qué hago, y entonces pienso qué pasa si espero, pero no sé cómo soy durante esa espera.
- T: Creo que la otra persona también tiene que esperar, es como si supiera lo que estabas haciendo, tenemos un compromiso mutuo, esperaba que me hablaras de ello, y lo haces. ¿Pudiste decir algo a estos tipos con los que estabas involucrada?
- C: No, porque me aterrorizaba perderlos. Cuando las relaciones llegan a la etapa en la que me importan, tengo una especie de medidor de tiempo psíquico, tengo que rechazarlo antes de que me rechacen. Si me siento y estoy convencida de que no seré rechazada de inmediato, soy capaz de volver a comprometerme.
- T: ¿Se siente como si hubiéramos pasado por eso, tú y yo?
- C: Oh, sí.
- T: ¿Qué se siente en su opinión?

- C: Se siente cómodo ahora, pero fue tan extraño, pasé exactamente por eso. Durante los primeros cuatro meses y medio estaba tan emocionada de que te preocuparas tanto por mí, entonces lo hice, pasé por esa cosa de flipar.
- T: Creo que realmente te precipité en esto cuando te llamaba cada mañana para ayudarte en el proceso de dejar de fumar. Así que estamos hablando de la idea de que seas honesto con ello mientras estaba sucediendo. Para mí era importante que me mantuviera bastante firme.
- C: Es cierto, y entonces me convencí de que no ibas a dejarme ni a darme la espalda.
- T: Parece que cuando hablas de ello, la presión desaparece. Así que para que digas, estoy asustado y abrumado, y...
- C: No lo he hecho, excepto aquí.
- T: Me sentí mucho mejor cuando me lo dijiste. [Amplificando los sentimientos.]
- C: Tendré que tomar nota mentalmente de esto.
- T: Esto es realmente importante. No puedo esperar a que entres en una relación, a que surja este tema y a que lo hablemos. No puedo enfatizar lo suficiente lo que conecta que alguien te diga lo que está pasando, que me digas, toda esta conversación que estamos teniendo es simplemente impresionante. [Regla 3, más refuerzo natural, Regla 5, fomentar un paralelo de entrada a salida].

Este segundo ejemplo de caso es el de Michael, un brillante investigador, que sufría una grave depresión porque cada vez le resultaba más difícil obtener subvenciones para financiar sus proyectos de investigación. Llevaba unos cinco años haciendo terapia con MT de forma intermitente. Durante los dos últimos años había evitado en general los estímulos interpersonales íntimos y notó una especial decepción porque esto se traducía en una ausencia de deseo sexual. El segmento de la transcripción que aparece a continuación ilustra cómo la MT reforzó su CCR2 de contacto con los estímulos sexuales. A continuación, dirigió la atención al O2 de la intimidad sexual que es posible entre Michael y su esposa (un paralelo de entrada a salida).

- Terapeuta: Hoy no estás haciendo mucho contacto visual conmigo. ¿Hay algo que estés evitando?
- Cliente: Vale, quizás, estoy seguro de que debido a la muerte de tu madre (T ha vuelto al trabajo después de asistir al funeral de su madre), quizás me estoy conteniendo, no deliberadamente, pero quizás me estoy conteniendo porque siento que necesitas un tiempo suave.
- T: ¿Qué estás reteniendo? ¿Cómo serías si no te preocuparas por hacerme pasar un mal rato?

C: Te diría que veo que te has cortado el pelo, que me gusta mucho lo que has dicho cuando he venido por primera vez sobre que te he hecho un regalo importante. (El cliente había prometido en la última sesión no suicidarse).

T: Cuéntame más sobre eso.

C: Es... eh... una parte de mí se excita, otra parte empieza a sentirse triste, es una combinación extraña.

T: ¿Excitado sexualmente? [Abordar la excitación sexual de Michael en la sesión es evocador. La MT quiere evocar la CCR2 de contactar y expresar los sentimientos relacionados con la intimidad, incluidos los sexuales. Hacer esta pregunta provocó ansiedad, requirió valor y fue un ejemplo de T2 por parte de MT].

C: (Asiente con la cabeza)

T: Es interesante. ¿Con qué frecuencia experimentas esa combinación de estar excitado y triste?

C: Yo diría que muy pocas veces.

T: Cuéntame más. Así que te ha gustado mucho lo que he dicho, que tu promesa de no suicidarte es uno de los mejores regalos que me ha hecho nadie.

C: Ves, no tiene ningún sentido. Entiendo por qué me siento triste. Siempre me siento triste cuando alguien dice cosas buenas sobre mí. Pero no tengo ni idea de por qué me excito.

T: Entonces, ¿estás excitado ahora mismo?

C: Mm-hmm.

T: ¿Qué sientes tú?

C: Ligeramente vergonzoso. Pero no puedo estar tan avergonzado, si no, no te lo contaría, ¿verdad? No es un tema de conversación que normalmente le cuente a la gente cuando pasan estas cosas.

T: Estamos mucho más allá de lo que es una conversación social educada. Es que valoro mucho eso de ti, que puedes contarme cualquier cosa.

C: Creo que mi cuerpo empieza a decirme que quiere sexo.

T: Hace mucho tiempo que no sientes eso.

C: Mm-hmm.

T: ¿Cómo es que tu cuerpo te dice que quiere sexo?

C: Puede ser angustioso.

T: Antes de interpretarlo, dime cómo son las sensaciones. ¿Qué te dice tu cuerpo?

¿Cómo sabes que quiere sexo?

C: Paso mucho tiempo en las tiendas mirando a las jóvenes, admirándolas, incluso a las mayores...

T: ¡Esto es maravilloso! Michael. ¿Estás mirando a J (su esposa) de manera diferente? Espero que todavía esté abierta a tener intimidad física contigo, porque la has rechazado mucho.

C: Sí.

T: ¿Crees que todavía está abierta a ello?

C: Te diré que sí.

T: ¿Qué te hace pensar eso?

C: Oh, de vez en cuando le doy un abrazo y le cojo los pechos por detrás.

T: ¿Y qué hace cuando le coges los pechos?

C: No me rechaza. En general, MT tuvo cuidado de no arriesgarse a castigar a las CCR2 involucrados con tener y expresar sentimientos sexuales haciendo el típico "está bien tener sentimientos aquí pero hay una regla estricta de no tocar"].

### ***Asignación de tareas***

La FAP es, en última instancia, una terapia conductual y el éxito se consigue cuando el cliente ha cambiado su comportamiento en la vida diaria. Por lo tanto, la provisión de tareas para casa también es importante para la Regla 5. Los mejores deberes en la FAP son cuando el cliente ha realizado una CCR2 durante la sesión, y el encargo es que el cliente lleve la conducta mejorada "a la calle" y la ponga a prueba con otras personas significativas en su vida. Por ejemplo, el terapeuta podría decir: "Permitirme ayudarte sin apartarme ha ido bien, ¿por qué no lo intentas con tu pareja esta semana si se presenta la oportunidad?". Es probable que las tareas en FAP impliquen a otra persona en la vida del cliente, y el terapeuta no puede garantizar cómo responderá esta persona. Esto es particularmente un problema cuando la CCR2 de la sesión es una aproximación a la conducta deseada - tales conductas son CCR2 en la sesión pero aún no están listas para la vida diaria, y esto puede ser discutido con el cliente.

El siguiente caso es un ejemplo de cómo un cliente de MT fue capaz de centrarse en sentirse presente y enraizado en la sesión, y luego se le pidió que practicara los comportamientos específicos asociados con esos sentimientos en sus relaciones externas.

Terapeuta: ¿Puedes sentir la diferencia cuando sientes tu "mojo" (término del cliente para cuando se siente "encendido")?

Cliente: Sí, vale, bien. Practiqué lo que hablamos con Jennifer. Puedo sentirlo físicamente. Así que realmente presté atención a mi cuerpo. Y presté atención a

cómo estaba en la cita. Traté de no hablar demasiado rápido, de no dar vueltas aquí en mi cabeza. Manteniéndome centrado aquí en mi plexo solar, y sí podía sentirlo. Conozco ese sentimiento centrado.

T: Eres realmente diferente. Expresas tu energía de manera diferente cuando estás centrado.

C: Mm hmm. Puedes sentir esa confianza viniendo de mí.

T: Sí, puedo sentir esa energía de confianza que viene de ti.

C: Sí, es interesante, realmente he llegado a ese lugar donde puedo distinguir las diferencias en esos dos estados del ser.

T: Y creo que todas estas mujeres están respondiendo.

C: Creo que eso es parte de ello. Estoy recibiendo respuestas positivas de varias mujeres que me han respondido como persona, no sólo mi correo electrónico. Ahora puedo sentirlo. Estaba sintiendo ese centro, y me ayudó a mantenerme ahí, en lugar de quedar demasiado atrapado en las maquinaciones ansiosas de mi cerebro.

T: Eres muy rápido en el estudio. Nos centramos en algo, y simplemente lo consigues de la manera correcta. Es muy emocionante.

C: Bueno, tú y yo hemos logrado aquí algo que he estado buscando en la terapia durante mucho tiempo. El último par de veces en terapia he estado buscando a alguien que me ayude a descubrir lo que podría estar aportando. Esto es un testamento a nuestro trabajo juntos, es un testamento a ti como terapeuta, es un testamento a la FAP. Porque lo que hicimos es que me ayudaste a prestar atención a mi comportamiento en la habitación, presté atención a lo que estaba pasando conmigo. Eso fue una pieza clave de esto es que yo podría hablar un buen juego sobre lo que está pasando en mis relaciones, pero estamos hablando de ello en lugar de centrarse en algo que podría tomar fuera de la habitación. En este caso, fue un sentimiento, un sentimiento centrado y encerrado con el que me puse en contacto y que luego pude sacar de aquí, así que gracias.

T: Bueno, para mí es emocionante.

## **Cuestiones éticas y precauciones**

La FAP busca crear una experiencia terapéutica profunda; el grado de reflexión, cuidado y cautela que los terapeutas de la FAP aportan a su trabajo debe ser igualmente profundo. Los códigos éticos desarrollados para guiar a los terapeutas en general, como las Directrices Éticas de la APA (American Psychological Association, 2002) son relevantes y aplicables a la FAP. Las características específicas de la FAP hacen que algunas de estas directrices sean especialmente relevantes.

En las siguientes secciones se describen varias precauciones en cuanto a las áreas de posible preocupación ética y la forma en que se relacionan con la FAP. También se discuten cuestiones adicionales que son específicas de la práctica competente de la FAP.

### ***Evitar la explotación sexual***

La intensidad y la intimidad emocional que suelen estar presentes en las relaciones FAP pueden aumentar las posibilidades de que se desarrolle una atracción sexual. Por lo tanto, los terapeutas FAP deben tener los mejores límites posibles en este ámbito. Como se describe en el código ético feminista ([feminist-therapy-institute.org/ethics.htm](http://feminist-therapy-institute.org/ethics.htm)), los terapeutas no deben explotar sexualmente a los clientes de forma abierta, pero también deben ser conscientes de formas más sutiles de explotación sexual. Por ejemplo, si un cliente tiene una CCR1 de buscar la aprobación de los demás a través de un comportamiento sexualizado de una manera que es perjudicial para su sentido de sí mismo, el terapeuta FAP debe ser capaz de identificar este comportamiento y evitar reforzarlo.

### ***Sea consciente de los prejuicios culturales***

Todos nosotros hemos sido moldeados por los contextos culturales en los que hemos vivido. Teniendo en cuenta esto, los terapeutas FAP deben evitar definir los comportamientos de los clientes como CCR1 o CCR2 basándose únicamente en las expectativas culturales. Cuando no somos conscientes de nuestros prejuicios, podemos reforzar inadvertidamente a un cliente por un comportamiento que en realidad es una CCR1. Por ejemplo, si el terapeuta espera que los hombres sean estoicos, puede castigar sutilmente la expresión emocional de un cliente masculino, incluso si dicha expresión es una CCR2 para esa persona.

### ***No continuar con un tratamiento no beneficioso***

El tratamiento basado en la FAP no ayuda a todos los clientes. La investigación también apoya claramente la importancia de la correspondencia entre el terapeuta y el cliente. Que la terapia no funcione bien suele ser emocionalmente evocador para los terapeutas, y puede dar lugar a comportamientos problemáticos como culpar al cliente, distanciarse directa o indirectamente o ser rechazante hacia el cliente, volverse excesivamente apologético, autocrítico o continuar tenazmente la terapia sin reconocer la falta de progreso. A veces, que un cliente decida no continuar con el tratamiento puede representar una CCR2 importante, y los terapeutas de FAP deben ser capaces de reforzar este comportamiento.

## ***Competencia para llevar a cabo la FAP***

En la discusión anterior sobre las reglas de la FAP, se señalaron los factores que son importantes para llevar a cabo la FAP. Aquí reiteramos las variables más significativas para que los terapeutas FAP se desarrollen en sí mismos.

*Importancia de conocer a fondo al cliente.* Los terapeutas de la FAP asumen riesgos, evocan las CCR y crean relaciones terapéuticas intensas. Todas estas experiencias tienen el potencial de ser beneficiosas, pero también pueden ser estresantes y desafiantes, o incluso perjudiciales para el cliente. Por lo tanto, el terapeuta debe proceder con cautela y hacer un uso cuidadoso de los principios de conformación. Esto requiere conocer bien al cliente y saber qué comportamientos exhibidos por el terapeuta fomentarán el crecimiento y el cambio a un nivel para el que el cliente está preparado, frente a qué comportamientos serán abrumadores o desagradables de manera que conduzcan a la desvinculación, la angustia indebida o incluso la terminación de la terapia. Se anima a los terapeutas de FAP a que informen cuidadosamente al cliente de la naturaleza del tratamiento (véase la sección anterior "Dar el fundamento de FAP"), pero también a que titulen el paso al enfoque en la sesión de una manera que el cliente pueda tolerar.

*Importancia de ser controlado por reforzadores beneficiosos para el cliente.* Desde la perspectiva de la FAP, una fuente primaria de violaciones éticas es la situación en la que el terapeuta es controlado por reforzadores que no son beneficiosos para el cliente. Por ejemplo, el terapeuta puede ser reforzado por frecuentes expresiones de gratitud y alabanza de un cliente para el que tal comportamiento es una CCR1. Si el terapeuta no es consciente de este proceso, puede responder de manera que refuerce y ayude a mantener el problema del cliente. Por lo tanto, es muy importante que los terapeutas reconozcan las áreas en las que pueden ser vulnerables a los refuerzos que no son útiles para el cliente.

*Importancia del autoconocimiento del terapeuta.* La FAP anima a los terapeutas a asumir riesgos; dichos riesgos deben tomarse en un contexto de claridad y autoconsciencia. Los terapeutas eficaces de FAP deben tener un alto nivel de autoconsciencia, apertura para examinar sus propios motivos y reforzadores, y una capacidad para reconocer y responder a sus propios T1 de forma no defensiva. Aunque este tipo de autoconsciencia es importante para todos los terapeutas, creemos que es particularmente importante en la FAP porque el terapeuta está siendo animado a tomar riesgos y evocar CCR. Por ejemplo, un terapeuta que se siente solo o que carece de intimidad en sus relaciones personales puede depender excesivamente de las relaciones terapéuticas como fuente primaria de cercanía, y sentirse atraído por la FAP como medio para aumentar o justificar esa intimidad. Este terapeuta puede exigir al cliente, de forma sutil o no tan sutil, una mayor cercanía, bajo el pretexto de seguir las reglas de la FAP. Es crucial que los terapeutas de FAP examinen sus propias respuestas y T1 de forma continua. La consulta y la supervisión suelen ser una parte crucial de dicha exploración.

*Importancia de tener el comportamiento objetivo del cliente en el propio repertorio.* Las teorías psicodinámicas tradicionales han enfatizado la importancia del desarrollo de la

autonomía como signo de salud psicológica, y la importancia de minimizar la dependencia en la relación terapéutica. Las directrices éticas se han centrado igualmente en el establecimiento y mantenimiento de los límites. Los humanistas, los terapeutas feministas y otros han enfatizado la naturaleza relacional del desarrollo humano, la importancia de que los psicoterapeutas sean capaces de entablar relaciones genuinas y profundamente afectuosas con sus clientes, y de no asumir que las personas altamente relacionales son necesariamente demasiado dependientes. Los terapeutas de la FAP deben ser capaces de equilibrar con flexibilidad estas perspectivas, dependiendo de los problemas y las necesidades del cliente.

Muchos clientes tienen dificultades para aceptar la atención y la ayuda, y les cuesta ser vulnerables, abiertos, cercanos o íntimos con los demás. Con estos clientes, el terapeuta FAP necesita crear un contexto en el que haya oportunidades para comprometerse con el terapeuta de formas nuevas y más conectadas. Un terapeuta que se siente incómodo con la cercanía, y que no aborda esa limitación, no es probable que se involucre en comportamientos que evocan la conexión o la intimidad con su cliente a un nivel que se siente arriesgado o amenazante. Es posible que el cliente no tenga la oportunidad de trabajar en cuestiones esenciales en torno a la cercanía en las relaciones, o que no se le refuerce para las CCR2 en esta área. Del mismo modo, un terapeuta que se siente incómodo con la intimidad, la cercanía o la vulnerabilidad puede inclinarse a interpretar la petición de un cliente de más conexión, las preguntas personales sobre el terapeuta o las expresiones de confianza en el terapeuta como CCR1 en una clase más amplia de dependencia o necesidad en las relaciones. Para algunos clientes, este puede ser el caso, pero es claramente problemático si los propios T1 del terapeuta le llevan a asumir erróneamente que el comportamiento del cliente refleja un CCR1 si no es así.

Por otro lado, los clientes que tienen dificultades para tolerar la separación, la soledad o para actuar de forma independiente pueden necesitar que el terapeuta les ayude a evocar y reforzar esos comportamientos. De nuevo, un terapeuta que tiene dificultades con la distancia, la autonomía o la separación en las relaciones puede reforzar inadvertidamente las CCR1 del cliente. Puede que no reconozca estos comportamientos como CCR1 o que no cree oportunidades para que se produzcan las CCR2.

Estas capacidades de relación que implican tanto cercanía como independencia son ejemplos de una amplia gama de comportamientos que el terapeuta FAP idealmente reforzaría para ayudar a los clientes a desarrollar comportamientos similares. Al igual que un terapeuta que tiene fobia a las alturas se ve obstaculizado a la hora de llevar a cabo un tratamiento in vivo para clientes con fobia a las alturas, los terapeutas FAP tienen más probabilidades de ser eficaces si pueden participar en las conductas que están ayudando a sus clientes a desarrollar. Los terapeutas FAP deben evaluar cuidadosamente los tipos de problemas de los clientes a los que pueden ayudar eficazmente teniendo en cuenta sus propias historias, repertorios conductuales y limitaciones de la vida actual. Se les recomienda encarecidamente que aborden las áreas de limitación en su propia psicoterapia y/o en la supervisión y consulta.

## Conclusión

Para concluir, nos gustaría subrayar que, al servicio del crecimiento del cliente, no sólo moldeamos el comportamiento de nuestros clientes, sino que nos dejamos moldear por ellos. Como dijo Martin Buber (s.f.), "Todos los viajes tienen destinos secretos de los que el viajero no es consciente". Permítase experimentar cada relación terapéutica como un viaje de este tipo.

También nos gustaría destacar que las reglas definidas conductualmente que se describen en este capítulo no son rígidas ni formulistas, como suele implicar el uso común del término "regla". No se descarta ningún procedimiento de otras terapias, sino que en cualquier momento el enfoque gobernado por las reglas de la FAP puede conducir a la toma de consciencia y al aprovechamiento de una oportunidad terapéutica. Apoyamos plenamente el punto de vista de Greben (1981), expresado a continuación.

La psicoterapia no es un conjunto de reglas elaboradas sobre lo que uno no puede hacer: reglas sobre cuándo hablar o no hablar, cómo manejar las vacaciones, cómo tratar las horas perdidas, etc. Es algo mucho más sencillo que eso. Es la reunión y el trabajo conjunto de dos personas; es un trabajo duro y honesto. Se podría decir que es un trabajo de amor. (p. 455).

## Referencias

- Addis, M. E., & Carpenter, K. M. (2000). The treatment rationale in cognitive behavioral therapy: Psychological mechanisms and clinical guidelines. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7 (2), 147–156.
- American Psychological Association. (2002). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, 57, 1060–1073.
- Barnes-Holmes, D., Barnes-Holmes, Y., & Cullinan, V. (2000). Relational Frame Theory and Skinner's Verbal Behavior: A possible synthesis. *The Behavior Analyst*, 23, 69–84.
- Buber, M. (n.d.). Martin Buber quotes. Retrieved February 14, 2008, from [thinkexist.com/quotes/martin\\_buber/](http://thinkexist.com/quotes/martin_buber/)
- Callaghan, G. M. (2006). The Functional Idiographic Assessment Template (FIAT) System: For use with interpersonally-based interventions including Functional Analytic Psychotherapy (FAP) and FAP-enhanced treatments. *The Behavior Analyst Today*, 7, 357–398.
- Goldberg, N. (1986). *Writing down the bones: Freeing the writer within*. Boston, MA: Shamb-hala Publications.
- Goldfried, M. R., Burckell, L. A., & Eubanks-Carter, C. (2003). Therapist self disclosure in Cognitive-Behavior Therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 59 (5), 555-568.
- Greben, S. E. (1981). The essence of psychotherapy. *British Journal of Psychiatry*, 138, 449–455.
- Greenberg, L. (2002). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (Eds.). (2001). *Relational frame theory: A postSkinnerian account of human language and cognition*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

- Kanter, J. W., Tsai, M., & Kohlenberg, R. J. (Eds.). (in press). *The practice of FAP*. New York: Springer.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationships*. New York: Plenum Press.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1994). Functional analytic psychotherapy: A radical behavioral approach to treatment and integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 4(3), 175–201.
- Mahalik, J. R., Van Ormer, E. A., & Simi, N. L. (2000). Ethical issues in using self-disclosure in feminist therapy. In M. Brabeck (Ed.), *Practicing Feminist Ethics in Psychology* (pp. 189–201). Washington, DC: American Psychological Association.
- Peck, M. S. (1978). *The road less traveled*. New York: Simon & Schuster.
- Perls, F. (1973). *The gestalt approach and eye witness to therapy*. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books Inc.
- Robitschek, C. G., & McCarthy, P. R. (1991). Prevalence of counselor self-reference in the therapeutic dyad. *Journal of Counseling & Development*, 69(3), 218–221.
- Skinner, B. F. (1957). *Verbal behavior*. New York: Appleton-Centery-Crofts.
- Truax, C. B. (1966). Reinforcement and nonreinforcement in Rogerian Psychotherapy. *Journal of Abnormal Psychology*, 21(1), 1–9.
- Zettle, R. D., & Hayes, S. C. (1982). Rule governed behavior: A potential theoretical framework for cognitive-behavioral therapy. In P. C. Kendall (Ed.), *Advances in cognitive behavioral research and therapy* (Vol. 1, pp. 73–118). New York: Academic Press.

## Capítulo 5

### El Yo y el Mindfulness<sup>1,2</sup>

**Robert J. Kohlenberg, Mavis Tsai, Jonathan W. Kanter y Chauncey R. Parker**

*Pienso, luego existo.*

René Descartes

La afirmación de Descartes ha dado lugar a innumerables tesis filosóficas, libros y trabajos académicos. En el presente contexto, nuestro interés se centra en el nivel de análisis psicológico, más concretamente, en el análisis funcional. Desde esta perspectiva funcional se pueden hacer varias especulaciones sobre Descartes a partir de su declaración. En primer lugar, parece que sabía quién era y que su experiencia del "yo", el pensador, era estable. Por lo tanto, no esperaríamos que Descartes pidiera terapia para descubrir "quién es" o que se quejara de que se siente como un camaleón que cambia de persona según las circunstancias en las que se encuentre. La afirmación de Descartes también implica que era autoobservador o consciente de la experiencia privada del pensamiento como una actividad o proceso independiente del contenido de sus pensamientos. Sugiere que podía dar un paso atrás y observar objetivamente los datos brutos de su experiencia. El acto de ser consciente del proceso del pensamiento sin juzgarlo entra en la definición de *mindfulness*, una estrategia cada vez más popular en los tratamientos de los problemas psicológicos (por ejemplo, Linehan, 1993; Hayes, Follette y Linehan, 2004), y que desempeña un papel importante en muchos casos de FAP.

Los objetivos de este capítulo son proporcionar una descripción conductual del Yo y de la atención plena, explicar cómo la falta de sentido del Yo puede interferir con la atención plena, y proporcionar sugerencias para dar forma a las intervenciones de tratamiento dirigidas al Yo y a la atención plena en el FAP.

#### **Una visión conductual del Yo**

Comencemos con un sencillo ejercicio de dos pasos. Haga el paso 1 ahora mismo: mire su mano durante aproximadamente cinco segundos. Ahora haga el paso 2: mire su mano de

---

<sup>1</sup> Los autores están en deuda con la doctora Madelon Y. Bolling por sus aportaciones, que han mejorado en gran medida este capítulo, mientras que nosotros asumimos toda la responsabilidad por sus deficiencias.

<sup>2</sup> Partes de este capítulo se basan en Parker, Bolling y Kohlenberg (1998).

nuevo durante unos segundos, pero mientras lo hace, intente ser consciente de que *la* está mirando. Si este ejercicio ha funcionado eficazmente, los pasos deberían haber implicado dos formas de consciencia. Durante el paso 1, simplemente has mirado la mano y te has fijado en ella. Es posible que hayas notado ciertas características y te hayas preguntado qué queríamos que vieras. Este tipo de consciencia implica discriminaciones simples que todas las criaturas hacen, verbales o no. Es una consciencia pura, automática e inconsciente. El segundo paso, sin embargo, incorpora un tipo adicional de consciencia. No sólo estabas viendo tu mano, sino que estabas viendo que estabas viendo tu mano. Es decir, eras consciente de un "tú", un "algo" o un "alguien" que *estaba mirando*, notando o preguntándose. Puede que incluso hayas intentado dar un paso atrás metafóricamente para observarte mirando tu mano. La experiencia de un "tú" que observa es lo que el público en general y la mayoría de los científicos sociales denominan "el Yo". Deikman (1999) define este Yo como un "Yo" con una consciencia permanente y en reposo, sin rasgos e inmutable, un algo central que es testigo de todos los acontecimientos, tanto exteriores como interiores.

### ***La experiencia del Yo***

En este capítulo, los términos "consciencia", "autoconsciencia" y "autoobservación" se utilizan indistintamente para referirse al segundo tipo de consciencia descrito en el ejercicio anterior. Skinner postuló que, "...una persona se vuelve consciente en un sentido diferente cuando una comunidad verbal organiza contingencias bajo las cuales no sólo ve un objeto sino que "ve" que lo está viendo. En este sentido especial, la consciencia es un producto social" (Skinner, 1974, p. 220). Skinner destacó así la forma en que se requiere una historia social particular para que uno aprenda a *ver que ve*. En la medida en que esta historia es normativa en nuestra cultura, cabe esperar que haya puntos comunes en las descripciones de un Yo "normal" o "ideal". Sin embargo, no todo el mundo desarrolla el supuesto Yo ideal. Es decir, a pesar de algunas similitudes, el sentido del Yo es aprendido y, por tanto, depende de los caprichos de esta historia de aprendizaje; en consecuencia, la experiencia del Yo debería variar mucho. Conceptualizamos un continuo de experiencias; en un extremo, una experiencia ideal de continuidad y semejanza con el Yo, un "algo central" que corresponde a las descripciones y experiencias de Descartes y Deikman; en el otro, un sentido del Yo vacío o inestable, que corresponde a las experiencias de los clientes que afirman "no sé quién soy" o que informan de la existencia de múltiples Yoes.

Nuestro punto de vista conductual es que la experiencia del Yo consiste en un "algo central" que se experimenta, y el proceso de ser consciente o percibir ese "algo central". El análisis funcional de la experiencia del Yo se centra, por tanto, en el estímulo discriminativo (Ed) del que se es consciente y que se identifica como ese "algo central". Este enfoque en el yo como objeto es congruente con su uso por los clientes y los psicólogos convencionales del Yo. Nuestra tarea es, pues, identificar la cosa experimentada que es el Yo. Este análisis está guiado por la discusión de Skinner sobre el Yo (1953, 1957) y el análisis funcional de la conducta verbal de etiquetar estímulos (por ejemplo, pelota, coche) conocido como tactos (Skinner, 1957; BarnesHolmes, Barnes-Holmes, & Cullinan, 2000). Este enfoque es

complementario con el análisis del innovador analista de la conducta contemporáneo Steve Hayes y sus colegas (Hayes & Gregg, 2000; Hayes & Wilson, 1993). Aunque nos centramos en el Yo como un objeto experimentado o percibido, no le damos propiedades de agencia (por ejemplo, los conceptos psicoanalíticos de Id, Ego y Superego) y luego lo utilizamos para explicar los problemas del Yo. Más bien, intentamos comprender el yo funcionalmente, elaborando la naturaleza de los entornos interpersonales que influyen en cómo se desarrolla el Yo y las condiciones en las que se producen las experiencias "normales" y problemáticas del Yo.

En un lenguaje no técnico, supongamos que intentamos comprender la *experiencia* de una persona de tener calor. Podríamos poner a un hombre en una habitación con temperatura controlada, variar la temperatura, registrar la temperatura corporal y averiguar qué temperatura es necesaria para que esta persona informe de que tiene calor. Este informe sería un tacto, una respuesta controlada por el estímulo discriminativo específico de la experiencia del calor. Sin embargo, nuestra comprensión sería aún mayor si supiéramos más sobre la experiencia previa (historia) de esta persona con entornos calientes y fríos. Si creció en el desierto, podría ser necesario un aumento considerable de la temperatura ambiente para que diga que tiene calor, más de lo que sería necesario para alguien nacido y criado en Alaska. Cuanto más se sepa sobre las variables históricas y contextuales que hacen que el individuo diga que tiene calor, más podremos decir que "entendemos" su experiencia. Este enfoque de la comprensión de la experiencia de una persona está íntimamente relacionado con la comprensión del estímulo (la cosa) que dio lugar al informe verbal, y la suposición es que los mismos factores que afectan a la experiencia privada interior de una persona también afectan al informe verbal de esa experiencia.

Nuestro enfoque para entender la experiencia del Yo es paralelo al del calor descrito anteriormente. Al igual que explicamos la experiencia del calor identificando el estímulo y la historia de la respuesta "caliente", explicamos la experiencia del Yo describiendo los estímulos y la historia que dan cuenta de las palabras utilizadas para identificar al Yo. Estas palabras incluyen "yo", "me", "bebé", o los nombres propios del niño como "Davie" o "Dottie" (cuando se utilizan para referirse a uno mismo), y "tú" (como suelen utilizar los niños muy pequeños para referirse a sí mismos). En nuestra opinión, todos estos términos pertenecen a la misma clase de equivalencia. A efectos ilustrativos, en la siguiente discusión se utilizará el "yo" genérico para representar esta clase. Así, el análisis del "yo" puede considerarse como un prototipo para el análisis de otras respuestas verbales asociadas al Yo. De hecho, la comprensión del "yo" en particular parece dar cuenta de una amplia gama de experiencias del Yo. La especificación de los estímulos para el "yo" ilumina el "fenómeno" o el "algo central" ilusorio que se experimenta como el Yo.

### ***Desarrollo del sentido del Yo***

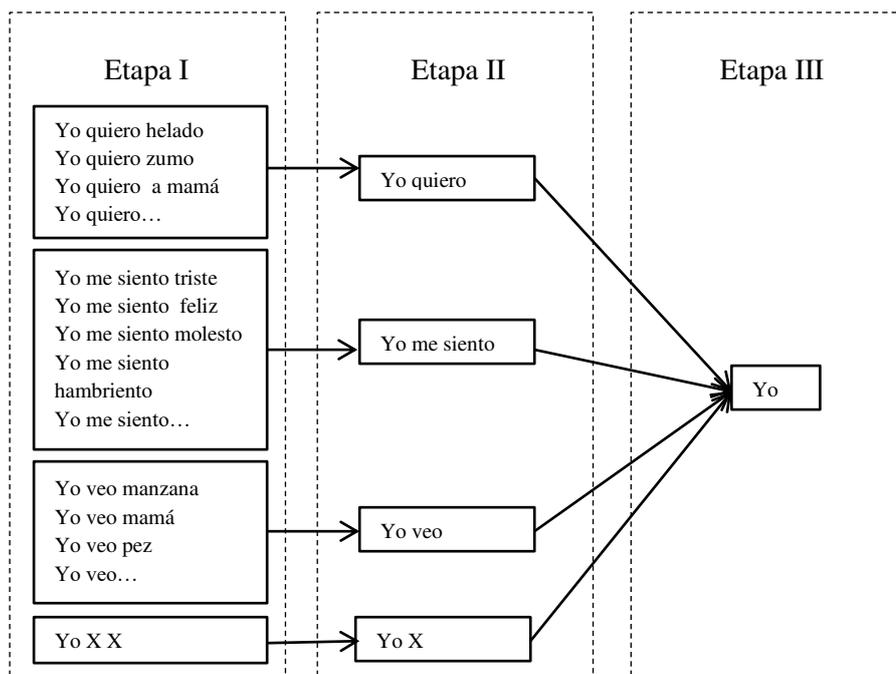
Cuando aprenden a hablar, los niños están aprendiendo realmente a tañer, o a decir los sonidos o palabras evocados por estímulos discriminativos específicos (Eds). El proceso comienza con el aprendizaje del significado de los enunciados individuales (en FAP,

"unidades funcionales"). Como ejemplo, consideremos cómo un niño aprende el tacto "manzana". Un padre puede mostrarle a su hijo una manzana y, a continuación, fomentar la expresión "manzana". Para el padre (como observador) es obvio el objeto al que el niño debe prestar atención y al que se refiere el término "manzana". Sin embargo, para el niño preverbal, al principio es una situación confusa. Considere la mirada de estímulos discriminativos potenciales que están presentes y que podrían relacionarse erróneamente con la palabra "manzana". Para el niño, la situación es una sopa de estímulos que consiste en estímulos irrelevantes y públicamente observables que casualmente están presentes junto con la indicación de decir "manzana". Para confundir la cuestión, también hay una mirada de estímulos privados (por ejemplo, sensaciones corporales asociadas a la actividad neuronal y hormonal) que sólo están disponibles para el niño. Sin embargo, de forma notable, el niño aprende a identificar la manzana públicamente observable de la sopa de estímulos como la Ed que evoca "manzana". Por supuesto, para que esto ocurra, los padres (la "comunidad verbal") tienen que ser coherentes y utilizar el refuerzo contingente para asegurarse de que "manzana" sólo se aplica cuando hay una manzana presente, y no es una respuesta apropiada a otros estímulos (por ejemplo, a mamá, a papá, a determinadas respuestas corporales o a cualquiera de los otros objetos del entorno). El niño aprende a decir "manzana" porque fue el único estímulo que estuvo presente de forma consistente en cada ocasión en que se reforzó el decir "manzana". Los investigadores del comportamiento verbal sugieren que lo que se aprende en esta etapa es el comportamiento de relación verbal bidireccional (por ejemplo, la palabra "manzana" comparte la equivalencia con el objeto manzana, y viceversa) (Lipkens, Hayes y Hayes, 1993).

Los lingüistas y los psicólogos del desarrollo llaman al período de vida que va de los seis meses a los dos años el "período del habla de una sola palabra". (Cooley, 1908; Dore, 1985; Fraiberg, 1977; Peters, 1983). En esta etapa temprana, incluso las frases de varias palabras, como "Mamá, ven" y "Se acabó el zumo", sirven como unidades funcionales únicas y no se entienden como palabras individuales. Para ilustrarlo, consideremos el caso de un padre que trata de enseñar la frase "veo manzana", una vez que el niño ha aprendido el tacto de "manzana". El padre pretende que el niño relate su experiencia privada de "ver una manzana". Si el padre tiene éxito, "veo una manzana" puede utilizarse para informar de manzanas tanto físicas como imaginarias, de manera que el niño puede describir y ser consciente de su actividad privada de ver la manzana aunque no haya ningún estímulo público de manzana presente. Para que el "veo manzana" del niño refleje esta sutileza, los padres tienen la difícil tarea de enseñar al niño a controlar la actividad privada de ver una manzana cuando dice "veo manzana". Esta tarea es difícil porque el padre no puede saber con certeza si el niño está teniendo realmente la experiencia privada de ver. En su lugar, el padre se basa en los estímulos públicos para este propósito, incluyendo la orientación abierta del niño hacia la manzana mediante el giro de la cabeza, el señalamiento, la ampliación de los ojos y la mirada intensa en dirección a la manzana. Los estímulos públicos variarán ligeramente en función de la ubicación de la manzana, el niño, la iluminación ambiental, etc. Sin embargo, si el padre tiene éxito, el estímulo privado asociado a la visión privada ganará el control de "estoy viendo la manzana", ya que es el único estímulo presente de forma consistente cada vez que se refuerza el decir "veo la manzana".

Aunque nos hemos tomado una libertad poética en la descripción anterior al dar a entender que los padres intentan deliberadamente enseñar al niño la diferencia entre el estímulo público "manzana" y el estímulo privado de ver una manzana, es probable que no exista tal preconceitualización cuando los padres interactúan con sus hijos. Sin embargo, el hecho de que la mayoría de nosotros podamos informar de cuándo estamos viendo una manzana imaginaria o teniendo una experiencia visual privada es una prueba de este aprendizaje previo. Aunque otros puedan discrepar de nuestra opinión al respecto, no creemos que hayamos nacido con la capacidad de ver o informar de imágenes privadas, sino que debemos agradecer a nuestros padres o cuidadores que nos hayan enseñado a hacerlo. Esta misma complejidad está presente cada vez que se nos enseña a nosotros o a nuestros hijos a dar un tacto o a identificar cualquier acontecimiento privado, como los sentimientos de hambre, tristeza, felicidad o enfado.

Kohlenberg y Tsai (1991) ofrecen un relato conductual detallado de las tres etapas del desarrollo del lenguaje que conducen a que el tacto "yo" emerja como una unidad funcional independiente (pp. 125-168). Las tres etapas se muestran en la Fig. 5.1.



**Fig. 5.1** Las tres etapas del desarrollo de la conducta verbal que dan lugar a que el "yo" surja como una pequeña unidad funcional muestran cómo las variaciones en la experiencia de aprendizaje pueden influir en última instancia en la experiencia de uno mismo (el "yo"). Por ejemplo, las letras y líneas en negrita representan los "yo x" que se controlan de forma privada, y luego se combinan con respuestas controladas públicamente (letras y líneas sombreadas), lo que lleva a un sentido del yo algo debilitado.

Como se ilustra en la Fig. 5.1, durante la Etapa I el niño aprende unidades independientes más grandes que son la base de las unidades más abstractas de tamaño intermedio de la Etapa II. A continuación, la "I" de la Etapa III emerge de las unidades de

tamaño medio de la Etapa II. Como ejemplo que ilustra la variabilidad en la aparición del "yo", los términos en negrita representan la fuerza o el grado de control privado que puede tener un individuo determinado. Así, la frase "quiero zumo" se produce cuando el niño realmente "quiere zumo" y está experimentando los aspectos privados de "querer zumo". Por el contrario, la frase "quiero un helado" es provocada por la madre (que realmente quiere un helado en ese momento). El resultado neto es que en el estadio II, el "quiero" está sólo parcialmente bajo el control de la estimulación privada y parcialmente bajo el control de la percepción del niño de lo que quiere la madre.

La experiencia del "yo" que surge en el estadio III puede considerarse como la experiencia de una "perspectiva" o "locus", tal y como la define Hayes (1984). Esta perspectiva es el único estímulo que permanece constante en todos los enunciados de "quiero x" y "veo x", ya que la actividad (querer o ver) y el objeto (la "x" que se quiere o se ve) varían. Hayes, Barnes-Holmes y Roche (2001) sostienen que es necesario un comportamiento verbal adicional para que se desarrolle la experiencia completa del yo como perspectiva. En particular, el niño que crece aprende a distinguir el "yo" del "tú", el "aquí" del "allí" y el "ahora" del "entonces". El yo como perspectiva surge de este comportamiento verbal relacional más complejo. Por ejemplo, a veces el niño puede estar a un metro y medio del padre y otras veces a un metro y medio, pero el niño siempre está "aquí" y nunca "allí". El estímulo privado que siempre es 'yo, aquí, ahora', y que incluye algunas sensaciones dentro del cuerpo, parece probable que gane el control. Así, la respuesta "yo" como unidad a lo largo del tiempo queda bajo el control del estímulo de la perspectiva (el locus) del que emanan otros comportamientos.

Es crucial reconocer que este locus del que emana la conducta no es el cuerpo, aunque observa cosas que suceden dentro del cuerpo. "Me duele el dedo", "Me duele la barriga" y otras cosas similares nos enseñan esta discriminación, ya que el "yo" observa el cuerpo pero no puede ser el cuerpo. Sin embargo, como la perspectiva desde la que se producen estas observaciones parece estar situada detrás de los ojos, el Yo se experimenta como si estuviera dentro del cuerpo. Las actividades bajo control privado -actividades atribuidas al Yo- se experimentan como procedentes del interior. La experiencia del yo como algo continuo a lo largo del tiempo (por ejemplo, tú en tu décima fiesta de cumpleaños eres el mismo que ahora, aunque tu cuerpo sea completamente diferente) se suma a una historia de aprendizaje que distingue el sentido del yo como algo distinto del cuerpo, pero que emana del interior del cuerpo (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999). En el mejor de los casos, el Yo llega a experimentarse como algo relativamente inmutable, localizado centralmente y continuo, y se desarrolla un sentido de interioridad.

Nuestra teoría de que el Yo se desarrolla como resultado de la adquisición del lenguaje (y que el significado del "Yo" surge del significado de frases más amplias en las que el "yo" está integrado) no es nueva. En 1908, Cooley recogió datos sobre la adquisición del "yo" cuando un niño aprendía a hablar. Aunque no se expresaba en términos conductuales, su teoría es muy similar a la nuestra. Cooley llegó a la conclusión de que a la edad de 26 meses, las frases con "yo" como "no sé", "quiero..." y "ven a verme" parecen haber sido aprendidas como "conjuntos" (p. 355), en nuestra terminología, grandes unidades funcionales. Cooley

afirma: "De ellas probablemente obtiene la idea del 'yo' por eliminación, (es decir) el resto de la frase varía pero el pronombre permanece constantemente asociado a la expresión de la voluntad, la actitud del yo" (p. 355). En nuestra terminología, el 'yo' surge como una pequeña unidad funcional.

Aunque el desarrollo ideal conduce a un gran grado de control de la respuesta "Yo" por parte de los estímulos privados (dentro de la piel), el desarrollo más problemático implica lo contrario: el desarrollo de un pequeño grado de control de "Yo" por parte de los estímulos privados. En tales situaciones, una serie de respuestas "Yo x" del estadio II han quedado bajo control público (como se ilustra en la figura 5.1). Por lo general, esto se debe a que algunos padres u otros cuidadores tempranos han enseñado inadvertidamente a los niños a recibir sus señales para las afirmaciones del "Yo" a partir de estímulos públicos (personas o situaciones ajenas a ellos), en lugar de los eventos y respuestas privadas a las que sólo el niño puede acceder.

Tomemos como ejemplo a una niña, Tammy, en una tienda de comestibles con su madre. Tammy dice: "Quiero un caramelo". Su madre, que tiene prisa por terminar de comprar, le dice: "No, no quieres". Esta afirmación impide que la experiencia privada de "querer" de Tammy controle su respuesta de "quiero". Si esto ocurre con regularidad en una gran variedad de circunstancias, el "quiero" estará cada vez más bajo control público. Por ejemplo, el comportamiento del "quiero" de Tammy puede acabar viéndose muy influenciado por la presencia de cualquier persona importante que parezca ansiosa o apurada. Los estímulos discriminativos públicos llegarán a controlar si realmente quiere algo o no, y la experiencia de querer, que idealmente llegaría a controlar el informe de querer de Tammy, pasará a querer (si se puede), y finalmente no tendrá control sobre el comportamiento de Tammy. Este proceso opera fuera de la consciencia de Tammy.

Si se producen invalidaciones similares de otras afirmaciones "Yo x" de Tammy, sus problemas con la experiencia del yo pueden agravarse. Por ejemplo, imagina que la afirmación "Hoy me siento mal" recibe la respuesta "Tonterías, estás perfectamente bien". O la afirmación "Tengo hambre", que recibe como respuesta "No, todavía no es la hora de comer". Este tipo de intercambios puede impregnar la historia de las personas que acaban diciendo que sus acciones no provienen de su interior, o que no hacen lo que parece que hacen. Puede que esto aún suene un poco exagerado, pero ¿cuántas veces has escuchado interacciones como "¿Quieres salir esta noche?" "No lo sé, ¿y tú?" O "¿Quieres postre?" "Bueno, no estoy seguro, ¿y tú?"

Aunque los enunciados anteriores son relativamente no patológicos, ilustran comportamientos autorreferentes de los que se habla (se tapan) como si estuvieran bajo control público. Hay un continuo de gravedad de los problemas con el yo, dependiendo del grado de control privado de la unidad funcional "yo". Tenga en cuenta que esta situación no implica que alguien suprima un informe verbal de sentimientos o necesidades. Más bien, esta sección implica señalar los antecedentes del desarrollo de ser consciente de los propios sentimientos (estímulos privados) y necesidades (reforzadores), y cómo uno llega a notarlos en primer lugar. Además, hay que tener en cuenta que este debate no se refiere simplemente a

las personas poco asertivas: estas personas pueden saber lo que prefieren pero son reacias a expresar sus deseos. Por el contrario, las personas cuyos "Yoes" están bajo control público en realidad no saben lo que quieren, lo que pueden hacer, lo que sienten, etc., a menos que descubran lo que los otros significativos quieren o permitirán. En condiciones ideales, el "Yo" emana del interior y, por lo tanto, en casos como los descritos anteriormente, puede darse una fuerte sensación de vacío, un vacío donde debería estar el Yo, si la mayor parte de lo que una persona denomina "Yo" está en realidad bajo el control y sujeto a las modificaciones de los demás.

Kanter, Parker y Kohlenberg (2001) informan sobre el desarrollo de una medida de control público versus privado sobre la experiencia del yo (la Escala de Experiencia del Yo, o EOSS). La EOSS se administró a una muestra de estudiantes universitarios y a participantes diagnosticados con trastorno límite de la personalidad (TLP). Los participantes con TLP informaron de un control público significativamente mayor sobre la experiencia del yo, y las puntuaciones de la EOSS también se correlacionaron fuertemente con las medidas de autoestima y disociación, de manera que un mayor control público predijo una menor autoestima y una mayor disociación. Estos resultados proporcionan un apoyo empírico preliminar a la teoría anterior.

Una gran cantidad de literatura también apoya las premisas básicas de la teoría conductual del yo, que se remonta a los estudios clásicos de Asch (1951) que investigan las influencias sociales en los procesos perceptivos básicos. Estos primeros estudios demostraron que el público puede ejercer una fuerte influencia en la forma en que los individuos informan de sus experiencias perceptivas. Además, las primeras investigaciones sobre el locus de control (Rotter, 1966) identificaron que los individuos difieren en el grado en que experimentan que su comportamiento es controlado internamente (por ellos mismos) o externamente (por otros). Sin embargo, estas teorías psicológicas sociales no ofrecen una explicación de cómo se desarrollan estas diferencias individuales. Por ejemplo, ¿por qué algunas personas responden a la influencia pública en los experimentos de Asch y otras no? ¿Qué aspectos del desarrollo explican estas diferencias entre las personas? Nuestra teoría actual ofrece una explicación de cómo podría desarrollarse este patrón de comportamiento. Los procesos de la vida real, por supuesto, son mucho más complejos y no tan lineales como sugiere el marco anterior. Reconocemos que la teoría anterior es un mero esbozo de un rico continuo de fenómenos (para una descripción más detallada de este proceso, véase Kohlenberg y Tsai, 1991, 1995).

El sentido del Yo, en resumen, se desarrolla en asociación con el lenguaje. En condiciones ideales, el sentido del yo es una perspectiva interna y estable bajo el control de estímulos privados. Sin embargo, si la tendencia de uno a comportarse de una manera determinada es constantemente controlada por un entorno que castiga o invalida, uno puede percibir que su propio comportamiento no proviene de su interior. De hecho, en cierto sentido no lo hace si siempre (o casi siempre) está determinado por lo que ocurre en el exterior, si la tendencia a comportarse está bajo control público. Esta historia de invalidación que conduce al control público del sentido del yo es un factor importante en el desarrollo de los trastornos del yo en nuestra cultura.

## Mindfulness

Como introducción a lo que se entiende por mindfulness en un entorno terapéutico, considere el ejemplo clínico de la siguiente cita de Germer (2005) en el libro de Germer, Siegel y Fulton (2005) *Mindfulness in Psychotherapy* (p. 3-4).

Las personas tienen clara una cosa cuando entran en terapia: quieren sentirse mejor, y a menudo tienen varias ideas sobre cómo lograr este objetivo, aunque la terapia no se desarrolla necesariamente como se espera. Por ejemplo, una mujer joven con trastorno de pánico, llamémosla Lynn, puede llamar a un terapeuta con la esperanza de escapar de la confusión emocional de su enfermedad. Es posible que Lynn busque liberarse de su ansiedad, pero a medida que la terapia avanza, Lynn realmente descubre la libertad en su ansiedad. ¿Cómo ocurre esto? Una sólida alianza terapéutica puede proporcionar a Lynn el valor y la seguridad necesarios para empezar a explorar su pánico más de cerca. A través de la automonitorización, Lynn toma consciencia de las sensaciones de ansiedad en su cuerpo y de los pensamientos asociados a ellas. Aprende a enfrentarse al pánico hablando consigo misma. Cuando Lynn se siente preparada, experimenta directamente las sensaciones de ansiedad que desencadenan un ataque de pánico y se pone a prueba en un centro comercial o en un avión. Todo este proceso requiere que Lynn se vuelva primero hacia la ansiedad. Se ha producido un cebo compasivo.

Lo que puede sorprender a algunos lectores es que Germer no mencione intervenciones terapéuticas como sentarse quieto y concentrarse en un pensamiento, un mantra o la respiración. Estas técnicas suelen denominarse meditación y se consideran intervenciones prototípicas de la atención plena. De hecho, parece que Lynn recibió algo parecido a un tratamiento tradicional de TCC (Terapia Cognitiva Conductual) para el pánico. Aquí extraemos varias generalizaciones del caso de Lynn que son relevantes para la discusión de mindfulness: (1) los pacientes pueden entrar en terapia queriendo "deshacerse" de los sentimientos y pensamientos negativos; (2) sin embargo, el proceso de tratamiento implica facilitar que el paciente entre en contacto y esté presente con los pensamientos y sentimientos negativos evitados; (3) la relación terapéutica proporciona un entorno seguro y fomenta el valor necesario para que el cliente entre en contacto con las situaciones que evocan estos pensamientos y sentimientos evitados; y (4) "permanecer presente" en situaciones evocadoras puede ocurrir bajo la apariencia de hacer lo contrario: la terapia se presenta al cliente como un medio para deshacerse de los pensamientos y sentimientos negativos. Los propios terapeutas pueden o no ser conscientes de esta contradicción y, por lo tanto, participar sin saberlo en el llamado "cebo y cambio". Sostenemos que una variedad de técnicas conducen a una mayor atención plena, a permanecer presente y a mejorar los resultados. En consonancia con este sentimiento, sugerimos que las intervenciones que promueven la atención plena a menudo se producen de forma natural durante todos los tipos de psicoterapia, ya sea intencionada o no.

## *Una visión conductual del mindfulness*

Nuestra visión conductual de la atención plena pretende ayudar a los terapeutas a decidir cómo y cuándo pueden ayudar estas intervenciones. Se sugieren técnicas para aumentar la atención plena del cliente, muchas de las cuales se integran fácilmente en la TCC actual, así como en otras modalidades de tratamiento. Un ejemplo de caso que se presenta a continuación ilustra cómo ajustar las intervenciones de la TCC para potenciar la atención plena que se produce de forma natural en la mayoría de las terapias. Aunque evitamos definir la atención plena como una intervención específica, se presenta un procedimiento particular de meditación basado en la respuesta de relajación de Herbert Benson (Benson, 1975), y se discute cómo puede utilizarse de forma coherente con la FAP.

No es de extrañar que el mindfulness se considere un comportamiento en el contexto de la FAP. Es decir, ser consciente se considera un tipo de autoconsciencia que también desempeña un papel en el desarrollo del Yo. En consonancia con el enfoque analítico funcional, evitamos las descripciones topográficas de mindfulness y en su lugar examinamos sus efectos o consecuencias. La atención se centra en aquellos efectos que tienen implicaciones terapéuticas. Reconocemos plenamente que definir mindfulness en términos de efectos terapéuticos excluye muchas nociones y descripciones topográficas comúnmente aceptadas, particularmente en contextos como la práctica espiritual o el autodesarrollo. Para evitar confusiones, nos referiremos al fenómeno de interés como "mindfulness terapéutico". Teniendo en cuenta esta limitación, comenzamos por considerar cómo otros definen mindfulness y luego intentamos extraer las funciones o efectos implícitos de su práctica.

Alan Marlatt, uno de los primeros conductistas cognitivos en reconocer el potencial terapéutico de la atención plena (Marlatt y Marques, 1977), ha investigado y escrito sobre su aplicación clínica. Recientemente, Witkiewitz y Marlatt (2005) definieron la atención plena como un estado metacognitivo de consciencia sin juicios, con un enfoque en la experiencia directa momento a momento de los pensamientos, sentimientos y sensaciones físicas en curso. En esta conceptualización, la atención se centra en la respiración como piedra de toque de la consciencia, y si uno se distrae, vuelve a prestar atención a la respiración en cuanto se da cuenta de que la consciencia se ha desplazado a otros acontecimientos cognitivos.

La descripción de Janet Surrey (2005) del mindfulness enfatiza los aspectos interpersonales del mindfulness al hacer psicoterapia relacional.

La conexión, ya sea con su propia experiencia o con la de otros, nunca es estática. Es un proceso de momentos sucesivos de acercamiento, alejamiento y retorno. La atención plena cultiva la consciencia de este movimiento, informada por la intención de volver a la conexión una y otra vez. En mindfulness, el objeto de nuestra investigación es nuestra conexión con lo que surge en la consciencia. (p. 94)

A continuación, describe el proceso desde la perspectiva del terapeuta y señala sus efectos terapéuticos.

...el terapeuta permanece atento a los cambios que se producen momento a momento en sus propias sensaciones, sentimientos, pensamientos y recuerdos... A través de la

relación, el terapeuta ofrece al paciente la posibilidad de permanecer emocionalmente presente con el terapeuta, tal vez permaneciendo con los sentimientos difíciles durante "un momento más", aumentando así la capacidad del paciente para la consciencia consciente de la autoconexión. La sintonía empática del terapeuta ayuda a sacar la verdad del momento presente sin inundar ni avergonzar al paciente, con aceptación. (p. 94-95)

Tanto Marlatt como Surrey describen la atención plena como un tipo de consciencia que tiene dos características: (1) no juzga; y (2) se centra en el aquí y el ahora. Estos elementos se encuentran en casi todas las definiciones de mindfulness (Germer, 2005). En primer lugar, hablaremos del elemento de no juzgar del mindfulness.

*No juzgar.* De acuerdo con la relevancia clínica de este análisis, el "juzgar" de interés se define como un tacto evaluativo que está bajo el control de un estímulo aversivo. Por ejemplo, el tacto "malo" indica que un Ed aversivo (como ser criticado) fue contactado. Este Ed aversivo puede ser un pensamiento, un sentimiento, una acción de los demás u otros sucesos del mundo real. El repertorio de respuestas asociadas que evocan los Ed aversivos incluye la evitación, la huida, el ataque y las acciones relacionadas para controlar o eliminar el Sd aversivo. Estas tácticas y respuestas suelen ser funcionales; pensemos en evitar el Ed aversivo de un coche que corre por la calle hacia el lugar donde estamos parados. Sin embargo, aquí restringimos nuestro análisis a aquellos casos en los que los juicios con carga negativa y los repertorios de respuesta asociados son problemáticos para el cliente. La implicación es que ser consciente y terapéutico sin juzgar implica una ausencia de evitación u otros intentos de controlar el Sd aversivo, también conocido como aceptación.

Este punto de vista es consistente con la discusión de Hayes et al. (1999) sobre la aceptación en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), aunque estos autores enfatizan la evitación experiencial (evitación de los Eds aversivos que son pensamientos, sentimientos y otras experiencias privadas). Desde su perspectiva, la aceptación implica entrar en contacto con las funciones de estímulo automáticas o directas de las experiencias sin actuar para reducir o manipular esas funciones y sin actuar sobre la base de sus funciones derivadas o verbales (Hayes, 1994). El análisis conductual del lenguaje realizado por Hayes y sus colegas (Hayes et al. 2001) proporciona una explicación elegante, empíricamente respaldada y exhaustiva de cómo un tacto verbal (por ejemplo, "malo") puede llegar a ser funcionalmente aversivo en sí mismo -a través de la equivalencia de estímulos y procesos relacionados- y evocar la evitación. Su análisis también proporciona un modelo que describe cómo dichos tactos pueden cumplir otras funciones de estímulo que contribuyen a los problemas clínicos. Se anima a los terapeutas de FAP a aprender la teoría y las intervenciones de ACT.

*Centrarse en el aquí y el ahora.* La concentración en el aquí y el ahora es el segundo elemento de las definiciones de mindfulness. Algunos datos sugieren que el enfoque en el aquí y ahora (también denominado "estar presente en el momento") tiene funciones similares a las de la aceptación (Brown y Ryan, 2003). El autor más leído, Tolle (2004), expresó este sentimiento al señalar que dar "la máxima atención a lo que el momento presenta... implica que también aceptas completamente lo que es, porque no puedes dar tu máxima atención a algo y al mismo tiempo resistirte a ello" (p. 56). Por lo tanto, aunque no juzgar y centrarse en

el aquí y ahora puede implicar diferentes topografías en las diversas definiciones de mindfulness, su función terapéutica principal se define aquí como la reducción de los repertorios de evitación problemáticos.

### ***Mindfulness terapéutico***

Definimos la atención plena terapéutica funcionalmente como un tipo de autoconsciencia que ayuda al cliente a permanecer en presencia de los Eds aversivos (como los pensamientos, sentimientos y acontecimientos negativos) que suelen evocar repertorios de evitación. A su vez, esto proporciona una oportunidad para que surjan y se refuercen nuevos comportamientos más adaptativos. El uso de una definición funcional puede ayudar a reducir la considerable confusión que existe en la literatura sobre mindfulness como consecuencia de no distinguir las técnicas específicas de un proceso psicológico (Hayes y Wilson (2003).

Se puede descartar sumariamente un posible enfoque destinado a ayudar al cliente a permanecer presente, a saber, las intervenciones destinadas a bloquear el escape o a bloquear la evitación por la fuerza. Más allá de las cuestiones éticas y de la alianza terapéutica, tales intervenciones serían casi imposibles de llevar a cabo, ya que la evitación todavía puede ocurrir en el ámbito privado y no está sujeta a un control externo. En su lugar, nos centramos aquí en las técnicas para cambiar las funciones de los estímulos de aquellos Eds aversivos que típicamente evocan la evitación. Por ejemplo, consideremos un cliente, Millie, que teme la contaminación y evita tocar los pomos de las puertas. El pomo de la puerta sirve como un Ed aversivo que evoca tácticas evaluativas negativas y repertorios de evitación, privándola así de la oportunidad de extinguir la ansiedad y de que surja una nueva conducta productiva. Supongamos que se le pide a Millie que renuncie a "intentar deshacerse de los pensamientos" y que, en su lugar, se le anima a observar (por ejemplo, "dar un paso atrás y ver") su propio pensamiento como un proceso en lugar de como un contenido.

La observación del pensamiento como proceso está en función de la aparición del "yo pienso" como unidad funcional (estadio II), el cliente tactúa la actividad privada de pensar como una unidad independiente, independientemente del contenido del pensamiento. Lo mismo ocurre con otras conductas del estadio II "yo x", como "yo siento" y "yo percibo". Así, se le puede pedir a Millie que se fije (sea consciente) de otros acontecimientos cuando esté en presencia del pomo de la puerta. Podría cambiar momentáneamente su atención y ser consciente del flujo de su respiración, del tic-tac de un reloj, del sabor del ajo en su lengua y de otras sensaciones corporales. Ser consciente transforma el Sd aversivo original del pomo de la puerta (en términos de la Teoría del Marco Relacional (TMR), se ha producido una transferencia de funciones discriminativas (Hayes et al., 2001)), reduciendo sus propiedades aversivas y la evitación evocada y proporcionando así una oportunidad para un comportamiento productivo.

## **Implicaciones clínicas de los problemas del Yo**

En términos generales, los clientes con problemas extensos del Yo comienzan el tratamiento mostrando comportamientos en la sesión como ser cautelosos, demasiado atentos y preocupados por la opinión del terapeuta sobre ellos. No describen con confianza sus sentimientos, creencias, deseos, gustos y aversiones. Todos estos comportamientos son probablemente CCR1, e indican una falta de control sobre la experiencia del Yo por parte de los estímulos privados. Si el tratamiento tiene éxito, las conductas de los clientes dentro de la sesión deberían ser más seguras y confiadas, e incluir las CCR2 de describir libremente los pensamientos, los sentimientos, los deseos y las creencias.

La descripción de los comportamientos del cliente en el párrafo anterior podría pasar por el esfuerzo psicoterapéutico genérico. Una fuente primaria de las dificultades de estos clientes es la falta de control privado y, por lo tanto, el tratamiento por parte de un terapeuta que acepte, responda y fomente la expresión de los sentimientos de forma natural puede proporcionar las contingencias para reforzar el control privado. Este entorno terapéutico genérico es el antídoto para el entorno inicial invalidante que no reforzaba el control mediante estímulos privados. Además, el modelo conductual del FAP conduce a algunas sugerencias específicas para el tratamiento.

### ***Reforzar la conversación en ausencia de señales externas específicas***

En el caso de los clientes con problemas de autoestima, gran parte de su comportamiento está bajo el estricto control de los estímulos de los demás. Parecen vigilantes y se centran intensamente en el terapeuta, observando los matices de la expresión facial y la inflexión de la voz. Aunque a menudo no es obvio al principio, casi todo lo que estos clientes dicen sobre sí mismos y lo que piensan y sienten puede estar muy influenciado por el terapeuta como Ed. El procedimiento terapéutico que se describe a continuación tiene como objetivo aflojar este control fomentando y reforzando el habla en ausencia de claves externas específicas. En otras palabras, el tratamiento consiste en reforzar los CCR2 de los enunciados "yo x" controlados privadamente, lo que también ayudará a la eventual aparición del control privado sobre el "yo".

Una forma de ayudar a los clientes a establecer el control privado es que el terapeuta se siente atentamente en silencio -simplemente esté presente, escuchando sin juzgar- en lugar de estructurar cada momento de la sesión con preguntas. Se puede dar al cliente una variante de la tarea de asociación libre psicoanalítica para aumentar la posibilidad de evocar CCR2 en forma de respuestas "yo x" bajo control privado. Es problemático utilizar esta estrategia durante las primeras etapas del tratamiento, ya que puede evocar un fuerte CCR1 de evitación en el cliente. Numerosos clientes se han quejado de fracasos de tratamientos anteriores debido a la pasividad de sus antiguos terapeutas.

Además, adherirse rígidamente a una regla de silencio del terapeuta probablemente impida el refuerzo de las CCR2 en caso de que se produzcan. Por ejemplo, un cliente podría

decir: "No puedo soportar esto". Esta es una respuesta "yo x" que el terapeuta debe tomar en serio, reforzando así el control privado de una declaración "yo x". Los terapeutas de FAP a menudo utilizan estrategias de otras terapias, siempre que aborden las funciones del comportamiento problemático en la vida del cliente. Sin embargo, es esencial que el terapeuta tenga claro que la topografía de la estrategia (por ejemplo, el silencio del terapeuta) es menos importante que su función, en este caso la de evocar declaraciones privadas del "yo x".

En las primeras etapas del tratamiento, los terapeutas se beneficiarán de un enfoque consciente y en el momento presente para poder responder de forma flexible y adecuada cuando los clientes emitan CCR2. Más adelante en la terapia, después de que los clientes hayan progresado en la obtención de un repertorio controlado de respuestas "yo x", puede ser útil una mayor pasividad por parte del terapeuta. El siguiente caso de un cliente llamado Terry es ilustrativo.

Durante los primeros meses de terapia con RJK, Terry se centró principalmente en su tratamiento médico y en los medicamentos que utilizaba para controlar un síntoma psicossomático. Cuando RJK planteaba preguntas más generales sobre el estado de ánimo o un estado emocional, Terry se quedaba bloqueado y ansioso. Al principio del tratamiento, RJK sugería una respuesta basada en estímulos públicos específicos. Por ejemplo, cuando aparecía un síntoma médico grave que era similar a uno que había provocado la muerte de un familiar, se sugería que Terry estaba sintiendo miedo (así, RJK proporcionaba el estímulo público diciendo "miedo"). Esto es similar a lo que hacen los padres cuando imparten a sus hijos los tactos para las emociones. Sin embargo, poco a poco, a lo largo de los meses siguientes, la especificidad se fue reduciendo. En lugar de seguir nombrando un sentimiento, RJK proporcionaba a Terry una lista de emociones entre las que elegir (por ejemplo, dolor, miedo, ira, decepción, irritación o frustración). En otras palabras, RJK seguía provocando una respuesta basada en estímulos públicos, pero la especificidad de los estímulos se ampliaba. A Terry se le aseguró que no sería castigado por responder, ya que se le dio una respuesta "aprobada" en el primer caso, y una lista de respuestas aprobadas en el segundo. La idea general es que la estructura se redujo gradualmente para permitir que los estímulos más privados ganaran control.

### ***Adecuar las tareas terapéuticas al nivel de control privado en el repertorio del cliente***

*Asociación libre no estructurada.* Al igual que la estrategia general de un terapeuta puede variar de pasiva a muy estructurada, esta tarea de asociación libre (adaptada del psicoanálisis tradicional) puede presentarse con más o menos estructura. En su forma más desestructurada, las instrucciones de asociación libre son las siguientes.

Cuéntame todo lo que se te pase por la cabeza: todos los pensamientos, sentimientos e imágenes. Es importante no censurar nada. Informa de todo lo que surja, aunque te parezca poco importante, sin sentido, trivial, embarazoso o lo que sea.

Se le pide al cliente que continúe sin retroalimentación e incluso se le puede pedir que se siente para que el terapeuta no esté a la vista. Curiosamente, esto es similar a algunos ejercicios de mindfulness, salvo que en lugar de permitir que los pensamientos, los sentimientos y las imágenes surjan y pasen sin censura únicamente en el ámbito privado, se pide al cliente que los cuente en voz alta. De hecho, esta técnica de "cuéntamelo todo" puede ser un prerrequisito para la práctica posterior de mindfulness para las personas que carecen de control privado sobre la experiencia del Yo.

Esta tarea requiere hablar con el terapeuta con un mínimo de pistas externas, lo que hace posible que los clientes digan "siento x" o "veo esta imagen" en condiciones que favorecen el control por estímulos privados. Los clientes con amplios problemas de autoestima probablemente se pondrán ansiosos y serán incapaces de realizar esta tarea debido a la falta de estímulos públicos. Pueden experimentar una "pérdida del yo" en ausencia de señales del terapeuta. Un fenómeno similar ocurre cuando los terapeutas utilizan técnicas de relajación o meditación y descubren que sus clientes se ponen muy ansiosos cuando la tarea es demasiado desestructurada. Los terapeutas de FAP que utilizan la asociación libre pueden variar el formato clásico no estructurado en función del nivel de control privado del cliente.

*Asociación libre estructurada.* Se pueden utilizar tareas más estructuradas que exigen un grado de control privado cada vez mayor, como completar frases y asociar palabras. Otra variante más estructurada de la asociación libre es la tarea "cine en tu mente", en la que se pide a los clientes que cierren los ojos y se imaginen que están sentados en una sala de cine. Primero se les pide que vean una pantalla en blanco en su mente. Cuando la película comienza, se estipula que la primera escena es la del cliente y el terapeuta sentados en la oficina en ese momento. A continuación, se describe que la película transcurre hacia atrás, con el cliente caminando hacia atrás fuera de la oficina y de vuelta a su coche. Luego se dice que la película corre cada vez más rápido, convirtiéndose en una mancha. Se le pide al cliente que vea el borrón y que de repente se detenga y que describa la escena en ese momento. Sigue siendo vital reforzar las respuestas "yo x" que se produzcan porque es probable que estén bajo al menos un mínimo de control privado. Una gran variedad de tareas de imaginación de este tipo utilizadas en la terapia gestáltica, la psicósíntesis y la hipnoterapia pueden adaptarse a la FAP.

Otra adaptación más estructurada de la asociación libre consiste en utilizar un ordenador y un procesador de textos. Se pide al cliente que escriba todo lo que se le pase por la cabeza y que no censure nada. Una ventaja de este método es que se presta a dar forma al proceso. Al principio, el cliente tiene la opción de borrar todo o parte del material antes de que el terapeuta lo revise. Para reforzar la conversación (mecanografía) en ausencia de estímulos públicos, el terapeuta revisa acriticamente el archivo de procesamiento de textos durante la sesión. Con el tiempo, se anima al cliente a borrar lo menos posible.

En resumen, se pueden hacer cuatro ajustes a las tareas de imaginación o asociación libre tomadas de otras terapias. En primer lugar, deben presentarse al cliente como una tarea cuyo valor se deriva del proceso (por ejemplo, imaginar y describir en presencia del terapeuta). Idealmente, se debería decir a los clientes en términos cotidianos que lo importante de la tarea

es que es probable que evoque CCR2 bajo control privado. En segundo lugar, la tarea debe ser seleccionada o modificada para variar el grado de control privado requerido para ajustarse al nivel del repertorio del cliente. Por ejemplo, la tarea de "cine" podría comenzar sin ninguna imagen en la pantalla o podría ser de tiempo limitado. En tercer lugar, hay que reforzar al paciente por hacer afirmaciones del tipo "yo x". En cuarto lugar, el terapeuta debe tener en cuenta que podrían evocarse otras CCR distintas de las relacionadas con los problemas del yo y, por tanto, proporcionar oportunidades terapéuticas. Un estudio de caso que ilustra la aplicación clínica de las tareas de imaginación y asociación libre puede encontrarse en Kohlenberg y Tsai (1991, pp. 161-164).

### ***Reforzar el mayor número posible de declaraciones "Yo x" del cliente***

Cuando los clientes tienen problemas consigo mismos, es especialmente importante que los terapeutas traten con respeto las ideas y creencias diferentes. En este contexto, el "respeto" se define de tal manera que el comportamiento del cliente debe ser fortalecido o reforzado por la reacción del terapeuta, aunque éste indique creencias diferentes. Se da especial importancia a las afirmaciones del cliente "Yo x" que difieren de los propios sentimientos e impresiones del terapeuta, porque son precisamente estos comportamientos los que más probablemente estén bajo control privado. Lo ideal es que el terapeuta refuerce el mayor número posible de afirmaciones "Yo x".

Como se ha señalado anteriormente, si el problema del cliente con el yo está relacionado con la falta de control privado sobre el "yo quiero", es fundamental reforzar, si es posible, dicha respuesta si se produce. Una pista importante de que el "yo quiero" de un cliente está bajo control privado (en contraposición al control público) es la inclinación del terapeuta a rechazar la petición. Por ejemplo, una clienta cuyo problema de sí misma era que no sabía lo que quería le pidió a RJK que probara la hipnosis para averiguar lo que quería. La primera reacción de RJK fue rechazarla y dar las razones por las que no utilizaba la hipnosis. Esta inclinación a rechazar su petición señaló la posibilidad de que su "deseo" estaba bajo su control privado y que su petición era una CCR2. Al darse cuenta de que era algo que realmente quería, RJK accedió a hipnotizarla.

Una coyuntura delicada se produce cuando un cliente cuyos problemas de autoestima incluyen una escasez de respuestas del tipo "siento" dice: "Siento que no te preocupas por mí". Este comentario no es inusual y debe tratarse como una CCR2 (suponiendo que no sea una petición encubierta de tranquilidad). La respuesta más reforzante sería validar la respuesta del cliente revisando las interacciones en la terapia que pueden haberle llevado a sentirse así. Por ejemplo, el terapeuta puede haber estado distraído o preocupado durante la sesión o incluso puede haberse sentido irritado por el cliente. Ni que decir tiene que esta validación del tacto del cliente no excluye la importancia de que el terapeuta haga hincapié en su preocupación por el cliente en general. Las situaciones aún más difíciles se dan cuando el cliente hace declaraciones "yo x" que son contraproducentes, auto-malignas, suicidas u homicidas. Las siguientes sugerencias para tratar este tipo de afirmaciones son más relevantes para los clientes con problemas de autoestima que están empezando a desarrollar un control

privado sobre las afirmaciones "yo x", que para los clientes que se involucran crónicamente en conductas destructivas.

1.Declaraciones contraproducentes. Los comportamientos del cliente que conducen a la evitación suelen parecer contraproducentes para el terapeuta. Por ejemplo, MT supervisó un caso en el que la cliente dijo, con lágrimas en los ojos, "No quiero hablar de la muerte de mi madre. Es sólo volver a hablar de cosas viejas y no me lleva a ninguna parte". Las respuestas apropiadas del terapeuta incluirían enfatizar que ella no tiene que hablar del tema (aceptación sin juicio por parte del terapeuta) y explorar la situación más a fondo (al servicio de estar presente). He aquí tres variantes de estas respuestas.

- Parece que estás a punto de llorar, como si te doliera mucho por dentro... ¿Qué sientes? ¿Tienes miedo de que si sigues hablando te pongas a llorar? ¿Cómo te trataban tus padres cuando llorabas de pequeño?
- ¿A qué te refieres con "volver a contar cosas viejas"? ¿Qué ha pasado antes cuando has hablado de la muerte de tu madre?
- Me siento en conflicto porque realmente quiero respetar tus sentimientos por no hablar de la muerte de tu madre y, sin embargo, no quiero colaborar en que evites los sentimientos de dolor porque creo que evitarlos está relacionado con que evites las relaciones cercanas en general. ¿Qué crees que sería más beneficioso para tu crecimiento en este momento, empujarte a hablar y sentir tus sentimientos sobre tu madre, o respetar tus sentimientos de no querer hablar de ella aunque sepas que eso es lo que quiero? ¿Cómo podemos respetar tanto tu deseo de no querer hablar en este momento, que es importante para el desarrollo de tu sentido del yo, como tu deseo de progresar en la terapia en general sintiendo tus sentimientos?

2.Declaraciones de auto-malignación. "Soy una puta y una zorra. Me siento como la escoria de la tierra. Tengo miedo de volverme esquizofrénica porque mi madre lo era". Estas fueron las declaraciones de un cliente a MT. La reacción inicial de MT fue tranquilizar a la cliente diciéndole que estas afirmaciones no eran ciertas, pero se sintió enfadada e invalidada por la respuesta de MT. Reconoció que, aunque tranquilizarla era importante, le impedía describir los sentimientos con los que estaba entrando en contacto. Poco a poco, la cliente entrenó a MT para que combinara el hecho de tranquilizarla con el de darle la oportunidad de explorar sus sentimientos. Por ejemplo, "Definitivamente no eres una puta, pero cuéntame todos tus sentimientos y pensamientos sobre ser una puta antes de que te diga por qué no creo que lo seas...". La investigación sobre la esquizofrenia indica que si no la has desarrollado hasta ahora, es muy poco probable que lo hagas. Pero debe ser aterrador para ti tener ese miedo. Háblame de ello".

3.Declaraciones suicidas u homicidas. Aunque las fantasías suicidas y homicidas son demasiado aversivas para que la mayoría de los terapeutas las escuchen con detalle, no es raro que los clientes con problemas de autoestima se pongan en contacto con estos sentimientos porque sus historias están muy repletas de necesidades insatisfechas. Es importante reforzar estas expresiones ayudando al cliente a contar su historia hasta que el terapeuta comprenda a fondo por qué tiene sentido que el cliente se sienta así. Además, es importante que el terapeuta prohíba estas acciones dañinas no sólo por mandato, sino ayudando al cliente a separar los sentimientos de las acciones (es decir, la conexión entre

pensar en el suicidio, sentirse suicida y llevar a cabo una conducta suicida es la de una relación conducta-conducta y una no tiene por qué llevar a la otra), y explorando en profundidad las consecuencias de las acciones suicidas u homicidas. Si estas declaraciones suicidas u homicidas son amenazas hechas porque se quiere más atención por parte del terapeuta, entonces el cliente debe ser confrontado y se le debe enseñar cómo pedir directamente lo que se quiere sin amenazar con un comportamiento hiriente.

## **Implicaciones clínicas y técnicas para promover el Mindfulness**

### ***La autoobservación o “ser consciente de que se está viendo”***

Ahora vamos a centrarnos en la comprensión y el uso de la atención plena desde el punto de vista del comportamiento. Anteriormente, en este capítulo, se hizo una distinción entre dos tipos de consciencia, ilustrada mediante el ejercicio de "ver la mano" y "ser consciente de que se está viendo la mano". Nos referimos al "ser consciente de que estás viendo" como consciencia o auto-observación. La auto-observación de un evento está bajo el control de un Sd (estímulo discriminativo) diferente al Ed del propio evento. Así, si un cliente está ansioso, el Sd aversivo que evoca esa ansiedad (un estado corporal) es diferente del Ed que controla la auto-observación de esa ansiedad. Normalmente, la ansiedad motiva la evitación y la huida problemática, mientras que la autoobservación de esa ansiedad como "notar las sensaciones corporales como fenómenos sensoriales" reduce su control sobre la evitación y, por tanto, permite respuestas más productivas. Se trata de un cambio en el control de los estímulos que proporciona la oportunidad (denominada "dar espacio" en la literatura de mindfulness) para que surja un nuevo comportamiento y para que se produzca la apertura a la experiencia. Del mismo modo, el pensamiento "soy estúpido", una respuesta automática a un Ed aversivo que puede evocar a su vez una evitación problemática, es diferente del control de estímulos (Ed) que resulta de la autoobservación del pensamiento (es decir, "estoy teniendo el pensamiento de que soy estúpido"). En este último caso, la presencia de la experiencia aumenta, la evitación se reduce y existe la oportunidad de que se produzca un comportamiento más eficaz. En consonancia con nuestro anterior análisis del sentido del yo, existe una considerable variación individual en la capacidad de autoobservación. En consecuencia, existe un solapamiento entre estar atento (ser consciente de que se está viendo, sintiendo, etc.) y tener un sentido del yo estable. Ambos implican el fortalecimiento del control privado sobre los repertorios "veo, siento, x".

Sostenemos que el fortalecimiento de la autoconsciencia es reforzado naturalmente por los terapeutas durante la mayoría de los encuentros terapéuticos. Por ejemplo, el omnipresente movimiento terapéutico de pedir a los clientes que informen de lo que sienten es una oportunidad para la autoobservación y para mejorar el control privado de sus "Yoes". No es de extrañar que al principio del tratamiento los clientes tengan dificultades para responder a la pregunta: "¿Qué sientes ahora mismo?". Gracias a la compasión, la sintonía y la sensibilidad del terapeuta, los clientes se ven reforzados tanto para contactar con sus sentimientos privados como para ser conscientes de que lo están haciendo (autoobservación o autoconsciencia). Del

mismo modo, el registro de pensamientos que se utiliza habitualmente en la terapia cognitiva pide a los clientes que etiqueten y clasifiquen los pensamientos, los sentimientos e incluso el grado de "creencia" en un pensamiento. Todo esto requiere la autoobservación, es decir, ser consciente de que uno tiene pensamientos. A medida que los terapeutas ayudan a los clientes a ser más hábiles en el uso del registro de pensamientos, también los incitan y refuerzan para que sean más hábiles en la autoobservación, primero en presencia del terapeuta. Esta habilidad de auto-observación es entonces más probable que se generalice a las correspondientes situaciones de la vida diaria.

Notar (ser consciente de) las sensaciones corporales cuando se está en presencia de un Sd aversivo también cambia un poco el Ed y, por lo tanto, ayuda a estar presente. La transferencia a la vida diaria de esta observación se verá reforzada en un entorno interpersonal evocador entre el terapeuta y el cliente (por ejemplo, si se le pide que asuma riesgos y desarrolle confianza). El entrenamiento en relajación muscular progresiva o el escaneo del cuerpo refuerza esta habilidad de observación y hace que sea más probable que se produzca cuando el cliente se enfrente a Eds aversivos. Del mismo modo, pedir a los clientes que observen y describan las cualidades de los estímulos visuales y táctiles externos produce un cambio en el Ed controlador (el estímulo al que están atendiendo). Este cambio de atención puede ayudar a estar presente en la experiencia del Ed aversivo que evoca la evitación.

### ***Ejercicio de conscienciación/relajación/aceptación (ARA)***

Junto con las oportunidades de permanecer presente que se presentan durante el curso de la terapia, se pueden introducir ejercicios específicos para ayudar a los clientes a estar atentos. El siguiente ejercicio se basa en tres fuentes: la respuesta de relajación de Herbert Benson (Benson, 1975), un ejercicio de consciencia de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el manual de tratamiento de Woods, Wetterneck y Flessner (2006), y un modelo de condicionamiento de respuesta para producir una respuesta rápida contra la ansiedad autoinducida. En consonancia con el énfasis interpersonal de la FAP, el ARA se enseña en la sesión, donde el estímulo y el refuerzo de la autoobservación aumentan la posibilidad de transferencia a la vida diaria. Además, el ejercicio enfatiza la utilidad de la consciencia, la relajación y las habilidades de aceptación en presencia de otros, particularmente durante situaciones interpersonales difíciles. Durante los entrenamientos en sesión, los terapeutas deben observar cuidadosamente las reacciones negativas y preguntar frecuentemente a los clientes cómo están reaccionando. El terapeuta también debe permanecer atento a los CCR que este ejercicio pueda evocar, y alterar la técnica en función de la respuesta del cliente.

A continuación se presenta la justificación del ejercicio ARA. Los terapeutas pueden optar por parafrasear esta justificación y hacer hincapié en las cuestiones más relevantes para sus clientes.

- (1) Aumenta tu capacidad de permanecer con tu consciencia de la experiencia momento a momento, incluso cuando estás en presencia de otra persona o situación evocadora.
- (2) Aumenta tu capacidad de notar que tener pensamientos es un proceso,

y de aceptar pensamientos y sentimientos sin tener que evitarlos o cambiarlos. (3) Aumenta tu capacidad de observar las sensaciones de tu cuerpo y los estímulos que te rodean. (4) Proporciona una señal para romper una cadena de respuestas automáticas improductivas y prepara el terreno para un comportamiento más productivo, incluso en situaciones difíciles que implican a otras personas. (5) Proporciona una señal que se puede utilizar para hacer frente momentáneamente al estrés o a los fuertes sentimientos negativos para poder permanecer en la situación y no mostrar evitación. (6) Según Benson (1975), reduce su excitación/estrés diario acumulado.

Un ejemplo de justificación parafraseada es el siguiente.

A menudo, el zumbido de la actividad mental y la rutina de la vida diaria nos dominan, y quedamos completamente atrapados en ella. Nos olvidamos de prestar atención en el momento, de hacer una pausa y reflexionar sobre lo que estamos haciendo y cuáles son nuestras elecciones. La siguiente práctica de meditación y el condicionamiento de una palabra clave [explique el condicionamiento clásico si es apropiado] nos permite practicar la observación del zumbido de la actividad mental y nos da una herramienta para ayudarnos a ser conscientes de las elecciones, incluso cuando estamos con otras personas, las notamos y nos relacionamos con ellas. (Basado en Woods, Wetterneck y Flessner, 2006 y modificado para su uso en FAP).

Las instrucciones para el ejercicio ARA son las siguientes.

*PRIMER PASO: Emparejar la respiración (exhalar) con la palabra o frase clave.*

Comienza siempre cada sesión de práctica con este paso. Puedes estar en cualquier posición: de pie, sentado o incluso en una posición incómoda. Puede estar solo o con otras personas, como ahora. Seleccione una palabra o frase de referencia que vaya a utilizar. Puede ser una palabra bastante neutra o una que tenga significado para ti. Por ejemplo, "cielo azul", "luz de la luna", "canoa", "déjalo estar" o las primeras palabras de una oración conocida. Utilizarás esta misma palabra o frase a lo largo de tus sesiones de práctica diarias.

Con los ojos abiertos, centra tu atención en la respiración. Respire con naturalidad. Después de notar entre una y tres respiraciones, dígame a sí mismo la palabra o frase clave (por ejemplo, "luz de luna") mientras exhala.

*SEGUNDO PASO: Breve exploración muscular/corporal (aproximadamente uno o dos minutos para este paso)*

Siéntese en una posición cómoda. Cierre los ojos si lo desea; no es fundamental que siga estas instrucciones con exactitud. Haga un breve inventario o escaneo mental de la tensión muscular de su cuerpo. Dedique sólo unos diez segundos a cada una de las zonas que se indican a continuación. Compruebe si nota alguna tensión muscular. Si tiene tensión, intente liberarla. Si no puedes liberarla, no pasa nada, pasa a la siguiente zona.

Pies, piernas y muslos.

Nalgas y zona pélvica.

Abdomen, estómago y zona lumbar.

Pecho y parte superior de la espalda.  
Hombros, brazos y manos.  
Cuello, espalda y parte superior de la cabeza.  
Mandíbula (no pasa nada si la boca está abierta).  
Ojos y cejas, frente.

*TERCER PASO: Mindfulness/Aceptación*

Respira con naturalidad, centra tu atención en la respiración. Sigue la respiración mientras entra por la nariz, viaja por los pulmones, se mueve por el vientre hacia dentro y hacia fuera, y vuelve a salir por la nariz. Siga las ondas de su respiración sin intentar alterarla; simplemente, fíjese en lo que ocurre. Cada vez que exhale, dígame a sí mismo la palabra o frase clave (la práctica). Adopta una actitud no crítica, pasiva o de "dejar que ocurra". No evalúes cómo lo estás haciendo. No es necesario "hacer que suceda", "hacerlo bien" o ser crítico consigo mismo (ya sea por no seguir estas instrucciones o por cualquier otra cosa que se le ocurra). Si te das cuenta de que has dejado de hacer la práctica, simplemente date cuenta de la distracción y vuelve suavemente a la respiración o a la palabra clave. Cuando pasen por tu mente pensamientos que te distraigan, fíjate en los que tengas y di: "Bueno, son sólo mis pensamientos", y vuelve a la práctica con suavidad. Los pensamientos que te distraen pueden ser juicios, autocrítica y/o crítica a los demás, y es probable que vayas y vengas de varias distracciones a la práctica.

Permítase experimentar completamente el momento presente. Esté profundamente presente con usted mismo. Incluso si tienes pensamientos o sentimientos que no te gustan, no los rechaces. Adopta una actitud de aceptación y curiosidad hacia todas las partes de tu experiencia: trata cada experiencia, pensamiento y sentimiento con suavidad, incluso si es indeseable o angustioso. Esté presente con usted mismo. Continúa este proceso durante diez o veinte minutos. No pasa nada por mirar el reloj. Realiza este procedimiento de atención/aceptación dos veces al día, preferiblemente por la mañana y por la noche.

Aunque Benson sugiere hacer este ejercicio durante veinte minutos, dos veces al día, en realidad cualquier práctica es mejor que ninguna. El ARA, cuando se practica en la sesión, es una situación interpersonal que tiene el potencial de evocar CCR. Por ejemplo, se puede evocar una vulnerabilidad y un riesgo interpersonal considerables al pedir a los clientes que cierren los ojos, que presten atención a las sensaciones corporales y que se relajen mientras están en presencia de un terapeuta. Por lo tanto, si la toma de riesgos interpersonales y la confianza en los demás son problemas de la vida cotidiana, el ARA tiene el potencial de proporcionar oportunidades terapéuticas para evocar y dar forma a las CCR2. En consecuencia, los repertorios inadecuados de mindfulness (por ejemplo, la respuesta débil o ausente del "veo") podrían aparecer como CCR1 durante el ARA.

Del mismo modo, el ARA tiene un componente que se asemeja a la asociación libre, en el sentido de que se instruye al paciente para que deje que los pensamientos se produzcan, se dé cuenta de ellos y los deje entrar y salir de la consciencia. Esto puede ser especialmente beneficioso para los individuos cuya vulnerabilidad interpersonal se basa en un control privado inadecuado sobre los repertorios "yo x". Como se ha comentado anteriormente, esta

tarea podría evocar las CCR relacionadas con el contacto con las propias experiencias privadas, en lugar de depender de las pistas del terapeuta. En este caso, el terapeuta podría observar que el ARA evoca ansiedad y evitación, y podría reestructurarse siguiendo las líneas sugeridas para alterar las instrucciones tradicionales de asociación libre. Otro beneficio potencial del ARA es que el cliente aprende una forma de enfrentarse a situaciones que evocan respuestas de ansiedad (corporales) muy fuertes. Cuando esto ocurre durante la sesión, se le pide al cliente que cambie momentáneamente la atención a su respiración y luego vuelva a estar en contacto con el terapeuta y el contenido evocador. La concentración momentánea en la respiración proporciona una alternativa a la evitación completa y puede facilitar la expresión de comportamientos más productivos. Del mismo modo, si los pensamientos que se producen de forma natural durante la práctica del ARA en presencia del terapeuta están relacionados con estímulos aversivos que evocan ansiedad y evitación, el proceso se asemeja a la desensibilización. Es decir, los pensamientos pueden considerarse elementos de la jerarquía que se emparejan con la relajación.

En contraste con el énfasis en el papel de la relación entre el cliente y el terapeuta presentado anteriormente, la naturaleza altamente interpersonal de las intervenciones terapéuticas basadas en la atención plena rara vez se discute (aunque para una excepción consulte Surrey, 2005). Curiosamente, Fischer (1999) señala que las formas tradicionales de práctica budista basadas en la meditación se basan en la relación alumno-maestro y "no pueden aprenderse en los libros y es imposible hacerlo solo". Continúa diciendo: "Para mí, la magia de la relación profesor-alumno reside en la confianza" (p. 2).

### **Ejemplo de caso: Prevención de Exposición y Respuesta, FAP y Mindfulness para el Trastorno Obsesivo Compulsivo**

El tratamiento con apoyo empírico para el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) es la Prevención de Exposición y Respuesta (PER). Aunque el TOC no suele considerarse un problema interpersonal, Kohlenberg y Vandenberghe (2007) subrayaron los problemas interpersonales presentes en los clientes con TOC e informaron de la utilización de la relación terapeuta-cliente para dar forma a las CCR relevantes para el tratamiento del TOC. Incluso la aplicación directa de la PER requiere una fuerte alianza terapéutica y un cliente que sea capaz de confiar en el terapeuta lo suficiente como para participar en actividades previamente temidas. En esencia, un terapeuta de PER le está diciendo al cliente: "Confía en mí, si sigues mis sugerencias, puedes lidiar con las emociones y los pensamientos negativos evocados al permanecer presente".

La autoconsciencia, la autoobservación o la atención plena, tal y como se ha comentado en este capítulo, desempeñan un papel importante en la permanencia del presente, la esencia de la PER. Por lo tanto, una forma de ver el TOC es que el cliente carece de los repertorios de auto-observación necesarios. Dado que nuestra concepción conductual de la autoobservación es que se produce en la medida en que ha sido fomentada y moldeada por otros, los terapeutas

pueden reforzar las tácticas que subyacen a un yo estable y evocar y alimentar la autoconsciencia.

En el presente ejemplo de caso, la cliente Jane, de 25 años, fue despedida de su trabajo como técnico de laboratorio médico debido a una excesiva ansiedad de comprobación y contaminación. Aunque Jane tenía un amplio historial en el que los demás le aseguraban que sus miedos eran irracionales, no confiaba lo suficiente en esas garantías ni disponía de un repertorio de autoobservación que le ayudara a estar presente en situaciones evocadoras. En cambio, cuando se enfrentaba a la posibilidad de cometer un error (y ser descubierta por los demás) o de contaminarse con gérmenes y enfermar inadvertidamente a otros, mostraba conductas de comprobación y evitaba el contacto con objetos contaminados.

Su tratamiento consistió en fomentar la autoobservación (el núcleo de la atención plena) y permitir el desarrollo de la "confianza" en los demás (al principio su terapeuta RJK) que subyace a la exposición y la prevención de la respuesta. Jane estuvo de acuerdo en que sería útil para ella trabajar hacia el objetivo de ser capaz de observarse a sí misma teniendo pensamientos y sentimientos y contárselos a RJK. Los elementos específicos del tratamiento incluían: (1) que se le pidiera y se le animara en la sesión a dar un paso atrás, notar y describir las sensaciones corporales, los sentimientos y los pensamientos negativos como ayuda para permanecer presente con los estímulos evocadores; (2) utilizar el ARA para desarrollar una respuesta de afrontamiento que pudiera utilizarse durante las situaciones interpersonales (por ejemplo, en el trabajo) como medio para reducir la exposición, en el trabajo) como medio para reducir los altos niveles de ansiedad y facilitar la PER; (3) utilizar la FAP para establecer un entorno terapéutico seguro que facilitara la confianza y el valor necesarios para el trabajo de exposición; y (4) generalizar la confianza del terapeuta que permitía la PER en sesión a otras personas en su vida diaria.

Se le explicó a Jane (regla 5) que su conducta de evitación y otras conductas del TOC se veían reforzadas por una reducción inmediata de la ansiedad. Contribuía al problema el apoyo que recibía de su marido y de otras personas que reforzaban la conducta de evitación. El objetivo era confiar en las seguridades de RJK y de los demás de que podía hacer frente a sus miedos, permanecer presente en situaciones evocadoras y, por lo tanto, estar en condiciones de emitir una conducta más productiva (por ejemplo, trabajar en la profesión que había elegido).

Entre los problemas de confianza que surgieron inmediatamente y que se trataron, estaba su creencia de que RJK la tenía en baja estima porque no era capaz de realizar actividades de la vida "normal". Durante el entrenamiento de ARA, se sintió ansiosa cuando se le pidió que notara las sensaciones corporales y que se relajara con los ojos cerrados, ya que se veía privada de los estímulos públicos necesarios para el sentido de sí misma y también le preocupaba que RJK la mirara con lástima o degradación.

El contexto de la sesión que se describe a continuación fue provocado por el descubrimiento por parte de Jane de una toalla sanitaria en un pasillo de su condominio. Aunque la compresa parecía haber sido lavada, le provocaba ansiedad por la contaminación y le hacía evitar ese pasillo. Le pidió a su marido que se deshiciera de la compresa. Basándose

en la solidez de su relación terapéutica con RJK, Jane pidió a su marido que recuperara la compresa del contenedor de basura y se arriesgó a traerla a la sesión (dentro de una bolsa con cierre y otra bolsa de plástico) con el entendimiento de que: (1) se utilizaría para la exposición; y (2) proporcionaría una oportunidad para practicar y aprender a ser consciente al servicio de permanecer presente. En la sesión anterior a la que se cita a continuación, a instancias de RJK, Jane abrió la bolsa de plástico, miró fijamente la bolsa con cierre y la almohadilla, tocó el exterior de la bolsa, pero no la abrió.

#### Transcripción del extracto 1 de la sesión 6

Terapeuta: Bien, ¿estás dispuesto a hacer algún trabajo en la almohadilla? [Implícito: ¿Estás dispuesto a confiar en mí lo suficiente como para seguir mi consejo de permanecer presente, practicar la auto-observación y estar dispuesto a tener sentimientos y pensamientos negativos?]

Cliente: Claro que sí.

T: ¿Qué tal si sacas la bolsita ziplock de la bolsa de plástico y me dices hasta dónde estás dispuesto a llegar? A continuación, intenta seguir adelante mientras das un paso atrás y te observas a ti mismo teniendo pensamientos y sentimientos. [Se le pide a Jane que ayude a estructurar la exposición y ofrezca la oportunidad de autoobservarse mientras se mantiene presente y se compromete con una acción].

C: Claro. (Saca con cuidado la bolsita y mira la almohadilla que hay dentro)

T: Lo estás mirando. [Un intento de enfatizar el papel de observador- de ella viéndose a sí misma mirando.]

C: Sí. Estoy mirando. Hay una mancha de algún tipo allí.

T: Estás viendo una mancha, ¿es así? [Enfatizando la actividad de "ver", en contraposición a si una mancha está ahí o no].

C: Sí, veo que hay un pelo. Siento la ansiedad. [Una mejora: informar de que "siento la..." en lugar de "estoy ansioso"]

T: Muy bien, eso es bueno: notas que sientes la ansiedad. [Enfatizando la observación más que el sentimiento].

#### Extracto 2

T: Mientras tocas la bolsa, ¿notas si sientes algo en tus manos? ['Notar' una sensación es una autoobservación].

C: Sí, así es, las manos me sudan enseguida. Creo que contribuye a sentirse sucio. Es pegajoso.

T: Así que estás notando la sudoración. ¿Qué otras sensaciones notas que estás

sintiendo en este momento? [Animar a la auto-observación - un cambio de enfoque a otros estímulos mientras se mantiene presente].

C: Siento la respiración algo tensa, mi pecho está algo apretado.

T: ¿Dónde sientes la tirantez? [Objetivando la sensación, añadiendo el control de estímulos de la ubicación, fomentando así un cambio en el control de estímulos dirigido a permitirle permanecer en contacto con la bolsita].

C: (Pone la mano en su pecho.)

T: Bien, ese es el lugar donde lo sientes. ¿Notas algo más?

C: Um, mis ojos se sienten un poco húmedos, no como si fuera a llorar, pero sólo un poco de humedad extra.

T: Bien, tomemos un momento, sigamos tocando la bolsita y, al mismo tiempo, hagamos algunas respiraciones, diciendo "en la playa" [palabra clave de la cliente utilizada durante la práctica del ARA] para sí misma cada vez que exhala. [Históricamente, para ella este síntoma ocular concreto se produce con una ansiedad elevada e interfiere con la percepción necesaria para realizar su trabajo de laboratorio, por lo que RJK está utilizando con precaución la respuesta ARA como estrategia de afrontamiento; el inconveniente es que refuerza momentáneamente la evitación de la sensación].

C: ¿Con los ojos abiertos?

T: Sí, esto es algo que puedes hacer en el momento. No te va a librar de la ansiedad ni de las lágrimas, pero te permite distraerte por un momento. [Un intento de validar la importancia final de permanecer presente con el sentimiento aunque el propósito de la respuesta de relajación sea atenuar la intensidad. Esto también es un ejemplo de la utilización de la atención a la experiencia inmediata de la respiración como medio para ayudar al "proceso de los momentos sucesivos de volverse hacia, alejarse" (Surrey, 2005)].

C: Bien (respira dos veces).

T: Ahora sigamos con lo que estás haciendo con la bolsita. [Haciendo hincapié en el uso del cambio momentáneo de la atención al servicio de permanecer presente y continuar con la tarea en cuestión-la exposición].

C: Vale. Creo que debería tocarlo y sacarlo de la bolsa ziplock como mínimo.

T: Estás siendo valiente y lo estás haciendo muy bien.

C: Creo que hasta aquí llegamos la semana pasada. Siento que no quiero tocar el interior de la bolsa. Siento que se ha ensuciado aquí arriba (indicando la parte superior interior de la bolsita).

T: ¿Y eres consciente de la sensación de tener algo en los dedos? ¿En algún otro lugar?

- C: No sé, creo que soy consciente de que está en mi manga. No quiero hacer esto, ¿puedes ayudarme? [CCR2, pidiendo ayuda para permanecer presente en lugar de apoyo para la evitación].
- T: Creo que es importante que sigas con lo que estás haciendo. Estoy percibiendo lo intensos que son tus sentimientos y lo difícil que es esto para ti. No puedo detener los sentimientos, pero estaré aquí contigo [Haciendo hincapié en la confianza y el cuidado que se establece en la relación entre el cliente y el terapeuta], y lo superarás. [Reforzando su petición de ayuda sin apoyar directamente la evitación].
- C: (Saca la almohadilla de la bolsa.) ¡Aaag! Bien, ahí está.
- T: ¿Te has dado cuenta de tu fuerte respuesta negativa -a pesar de tenerla seguiste adelante sacando la almohadilla-? Bien, ¿por qué no la sostienes (la almohadilla) durante un rato y la miras? ¿Qué ves?
- C: No es del todo blanco y tiene una pequeña mancha. O tal vez es una pequeña flor bordada en el algodón. Sí, ahora parece que puede ser crujiente, y por supuesto no quiero tocarlo allí.
- T: Entonces, estás teniendo el pensamiento de que es crujiente. Puedes alejarte de ti mismo y observarte teniendo el pensamiento "crujiente". [Practicando el verse a sí misma ver.]
- C: Bien, estoy mejorando en hacer eso.
- T: Si lo tocaras ahí, ¿qué pasaría?
- C: Se me pegaba en los dedos, y entonces mi dedo se manchaba, se ensuciaba (risas).
- T: Eres capaz de divertirte con tu pensamiento negativo. Así que eras consciente de que sólo era algo que estabas pensando.
- C: (La clienta levanta las manos y la almohadilla para que RJK las vea y sonrío.) ¿Ves lo que estoy haciendo? Tuve cuidado de mantener mis mangas lejos de él, pero ahora las estoy tocando. [Reconoce el apoyo interpersonal para permanecer presente y auto-observarse].
- T: Por lo tanto, lo que has hecho aquí es ir más allá de lo que la mayoría de las personas harían cuando se enfrentan a tocar una toalla sanitaria usada, aunque haya sido lavada. Y aquí estás tú, un cliente con TOC que es consciente de todos estos pensamientos y sentimientos, y estás dispuesto a confiar en mí lo suficiente como para seguir tocando y manipulando.
- C: Vaya, sí. Pero ahora estoy empezando a ponerme ansioso y me gustaría salir corriendo de aquí.
- T: Notas esa sensación de querer salir corriendo de aquí, pero no sales corriendo, te quedas aquí conmigo y con tus sentimientos (y con el cojín).

- C: Sí.
- T: Creo que lo estás haciendo muy bien, porque no estás tratando de evitar estos sentimientos, sino que simplemente estás aprendiendo a notarlos, a apartarte, a observarlos y a hablar de ellos. Y parece que lo estás haciendo bien.
- C: Sí, claro. Creo que preferiría estar haciendo otra cosa, pero me va bien.
- T: ¿Está dispuesta a probar algo de esto [ser consciente de sus pensamientos, sentimientos, sensaciones y permanecer presente] y aceptar el apoyo de Bill (marido)?

En la evaluación de Jane de la sesión anterior (extraída de su formulario de transición de la sesión, véase el Apéndice D), declaró: "Toqué la almohadilla en toda mi ropa, nunca pensé que sería capaz de hacerlo". Informó de que los puntos fuertes de la semana fueron aceptar el apoyo de Bill y confiar en su seguridad de que no se contaminaría, ser capaz de permanecer presente mientras tocaba la almohadilla y no pedir a Bill que la ayudara a evitar situaciones evocadoras.

## **Conclusión**

Estar atento implica ser consciente de la actividad privada implicada en comportamientos como ver, sentir, pensar y oír. La atención plena terapéutica se produce cuando el hecho de ser consciente altera el control de los estímulos de los acontecimientos que evocan el comportamiento disfuncional y crea oportunidades para el desarrollo de respuestas más productivas. En la FAP, la atención plena del cliente se nutre y se forma en el contexto de la relación terapeuta-cliente. El mindfulness del terapeuta es también una importante T2 (conducta objetivo del terapeuta). De hecho, la pauta más importante para la práctica de la FAP es la consciencia - Regla 1. Como dijo Kohlenberg (2004), "Mi trabajo como terapeuta de FAP es permanecer presente en el momento para poder ser sensible a las necesidades del cliente y ser consciente de mis propias reacciones de manera que pueda nutrir las CCR2 y no fortalecer los CCR1".

Ser consciente de estas actividades privadas (autoconsciencia) se produce si las propias actividades privadas han adquirido propiedades discriminativas y, por tanto, funcionan para evocar tactos sobre ellas. De ello se deduce que los clientes con un control privado inadecuado del "yo" tendrán dificultades para adquirir repertorios de mindfulness. En estos casos, el tratamiento debe ser escalonado con un énfasis inicial en el desarrollo del control privado ("yo x").

Esta visión interpersonal del Yo y de la atención plena, basada en el comportamiento, fue diseñada para ser coherente con el énfasis de la FAP en el desarrollo y uso de la relación terapeuta-cliente. Cuando el sentido del yo es estable, uno es más capaz de estar en el momento presente, aumentando la conexión no sólo con uno mismo, sino con los demás.

## Referencias

- Asch, S. E. (1951). Effects of group pressure upon the modification and distortion of judgment. In H. Guetzkow (Ed.), *Groups, leadership, and men* (pp. 177–190). Pittsburgh: Carnegie.
- Benson, H. (1975). *The relaxation response*. New York: Morrow.
- Barnes-Holmes, D., Barnes-Holmes, Y., & Cullinan, V. (2000). Relational Frame Theory and Skinner's Verbal Behavior: A possible synthesis. *The Behavior Analyst*, 23, 69–84.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822–848.
- Cooley, C. H. (1908). A study of the early use of self-words by a child. *Psychological Review*, 15(6), 339–357.
- Deikman, A. (1999). "I" = awareness. *Journal of Consciousness Studies*, 3, 350–356.
- Dore, J. (1985). Holophrases revisited: Their "logical" development from dialog. In M. Barrett (Ed.), *Children's single word speech* (pp. 59–83). New York: Wiley.
- Fraiberg, S. (1977). *Insights from the blind. Comparative studies of blind and sighted infants*. New York: Basic Books.
- Fischer, N. (1999). The teacher in the west. Retrieved April 15, 2007, from [http://www.shambhalasun.com/index.php?option=com\\_content&task=view&id=1857&Itemid=24](http://www.shambhalasun.com/index.php?option=com_content&task=view&id=1857&Itemid=24).
- Germer, C. K. (2005). Mindfulness: What is it? What does it matter? In Germer, C. K., Siegel, R. D., Fulton, P. R. (Eds.), *Mindfulness and psychotherapy* (pp. 3–27). New York: Guilford Press.
- Germer, C. K., Siegel, R. D., & Fulton, P. R. (2005). *Mindfulness and psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C. (1984). Making sense of spirituality. *Behaviorism*, 12(2), 99–110.
- Hayes, S. C. (1994). Content, context, and the types of psychological acceptance. In S. C. Hayes, N. S. Jacobson, V. Follette, & M. J. Dougher (Eds.), *Acceptance and change: Content and context in psychotherapy* (pp. 13–32). Reno, NV: Context Press.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (Eds.). (2001). *Relational frame theory: A postSkinnerian account of human language and cognition*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Hayes, S. C., Follette, V. M., & Linehan, M. (2004). *The new behavior therapies: Expanding the cognitive behavioral tradition*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., & Gregg, J. (2000). Functional contextualism and the self. In C. Muran (Ed.), *Self-relations in the psychotherapy process* (pp. 291–307). Washington, DC: American Psychological Association.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., & Wilson, K. G. (1993). Some applied implications of a contemporary behavioranalytic account of verbal events. *Behavior Analyst*, 16, 283–301.
- Hayes, S. C., & Wilson, K. G. (2003). Mindfulness: Method and process. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 161–165.
- Kanter, J. W., Parker, C. R., & Kohlenberg, R. J. (2001). Finding the self: A behavioral measure and its clinical implications. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(2), 198–211.
- Kohlenberg, R. J. (2004). Using functional analytic psychotherapy when treating a client with anxiety and depression. In *World Grand Rounds, Annual Convention of the Association for Advancement of Behavior Therapy*, New Orleans, November 2004.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1991). *Functional Analytic Psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationships*. New York: Plenum Press.

- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1995). I speak, therefore I am. *The Behavior Therapist*, 18(6), 113–116.
- Kohlenberg, R. J., & Vandenberghe, L. (2007). Treatment-resistant OCD, inflated responsibility, and the therapeutic relationship: Two case examples. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 80, 455–465.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Lipkens, R., Hayes, S. C., & Hayes, L. J. (1993). Longitudinal study of the development of derived relations in an infant. *Journal of Experimental Child Psychology*, 56(2), 201–239.
- Marlatt, G. A., & Marques, J. (1977). Meditation, self-control, and alcohol use. In R. B. Stuart (Ed.), *Behavioral self-management* (pp. 117–153). New York: Bruner/Mazel.
- Parker, C. R., Bolling, M. Y., & Kohlenberg, R. J. (1998). Operant theory of personality. Chapter 7. In D. Barone, M. Hersen, & V. B. Van Hasselt (Eds.), *Advanced personality* (pp. 155–171). New York: Plenum Press.
- Peters, A. N. (1983). *The units of language acquisition*. London: Cambridge University Press.

# Capítulo 6

## Intimidad

**Robert J. Kohlenberg, Barbara Kohlenberg y Mavis Tsai**

La intimidad es el estado de ser íntimo [inter]personal, que se define como los "pensamientos o sentimientos más íntimos; que proceden de, se refieren a, o afectan a lo más íntimo de uno mismo: estrechamente personal" (Oxford English Dictionary, 1989). Nuestra interpretación de esta definición es que la intimidad es un repertorio interpersonal que implica la revelación de los pensamientos o sentimientos más íntimos de uno, y que da lugar a un sentimiento de conexión, apego y relación estrecha con el otro. Esta definición se elaborará a lo largo de este capítulo haciendo referencia a temas o características derivadas de nuestra experiencia clínica y de la literatura pertinente.

Junto con el intercambio interpersonal, la noción de "conexión interpersonal" se incorpora en la definición de Laurenceau, Rivera, Schaffer y Pietromonaco (2004), según la cual "la intimidad se conceptualiza mejor como una sensación personal, subjetiva (y a menudo momentánea) de conexión que es el resultado de un proceso interpersonal y transaccional que consiste en la revelación de uno mismo y la receptividad de la pareja" (p. 62). Popovic (2005) expresa un tema similar y señala que "el sustantivo 'intimidad' deriva del término latino 'intimus', que significa 'más íntimo' y se refiere a compartir lo más íntimo con los demás. Su "sentido central" se refiere a la familiaridad o la amistad estrechas" (p. 31). Kovacs (1965) también transmite el riesgo personal inherente y la relevancia terapéutica asociada a la intimidad al afirmar: "Mucho de lo que hacemos como terapeutas puede concebirse como intentos de participar en las luchas y conflictos de nuestros pacientes sobre la intimidad e influir en ellos" y "la intimidad es algo que parece aterrorizarnos" (p. 99). Además, Kovacs escribe que "las partes de una relación íntima están interesadas y obtienen placer (teñido de cierta ansiedad, sin duda) de una exposición progresiva de sí mismas al otro".

Analizamos lo anterior en tres temas. En primer lugar, los problemas de intimidad son clínicamente importantes. Es decir, son significativos para muchas personas que acuden a la psicoterapia y los psicoterapeutas los atienden cuidadosamente. En segundo lugar, la intimidad implica una exposición o revelación mutua del yo (expresión de pensamientos y sentimientos), que puede resultar difícil e incluso aterradora. En tercer lugar, la intimidad implica apegarse o conectarse emocionalmente con los demás. Cada una de estas ideas se analizará con más detalle. Antes de hacerlo, sin embargo, se describe la consideración

analítica conductual concisa de la intimidad propuesta por Cordova y Scott (2001), ya que su trabajo proporciona una base importante para nuestro enfoque conductual de la comprensión de la intimidad.

Cordova y Scott definen la intimidad como un proceso que implica dos pasos. Primero, un individuo emite un comportamiento vulnerable al castigo interpersonal. En segundo lugar, la otra persona responde de tal manera que el comportamiento vulnerable a la sanción interpersonal se refuerza. Los autores señalan que las expresiones de tristeza, amor y dolor tienen algo en común con hacer el amor, cuidar de un niño querido y ser totalmente abierto y honesto con la pareja o un amigo íntimo. Cada expresión íntima se caracteriza por el riesgo, es decir, la posibilidad de censura o castigo por parte de otra persona. Por supuesto, cada uno de nosotros tiene diferentes historias con este tipo de comportamientos íntimos. Los extremos están representados por aquellos de nosotros que tienen extensas historias que implican abuso y rechazo y aquellos lo suficientemente afortunados como para haber estado expuestos a la aceptación y el amor incondicionales. La vulnerabilidad interpersonal se produce cuando una persona actúa de una manera que en el pasado fue castigada y, sin embargo, emite el comportamiento previamente castigado a pesar de ello. Así, cuando la vulnerabilidad interpersonal se refuerza, estos acontecimientos recíprocos son los procesos centrales que establecen la intimidad. Pasamos ahora a los tres temas de la intimidad identificados anteriormente.

## **La intimidad es clínicamente relevante**

La interacción continua con otras personas cercanas (o la falta de ella) influye en el desarrollo de (todos) los procesos de relación interpersonal (Gable y Reis, 2006). Estos procesos, a su vez, están implicados en la aparición, el mantenimiento y/o la recaída de la mayoría de los trastornos clínicos (Pielage, Luteijn y Arrindell, 2005; Van Orden, Wingate, Gordon y Joiner, 2005), y los problemas de apego e intimidad interpersonal también están relacionados con el abuso de sustancias (Thorberg y Lyvers, 2006). Se ha informado de que participar en una relación íntima satisfactoria es la fuente más importante de felicidad y bienestar (Russell y Wells, 1994); por el contrario, estar en una relación angustiosa constituye un importante factor de riesgo de psicopatología (Burman y Margolin, 1992). Es bien sabido que los traumas de la primera infancia, en particular el abuso físico o sexual por parte de un cuidador de confianza, pueden provocar importantes dificultades interpersonales (Kohlenberg, Tsai y Kohlenberg, 2006). En su artículo seminal, McAdams (1982) describe la intimidad como un motivo social fundamental. Señala que los beneficios y las virtudes de la calidez y la cercanía han sido reconocidos desde hace mucho tiempo, al igual que el hecho de que los individuos difieren notablemente en su capacidad para lograr tales relaciones. Además, explica que la intimidad puede mejorar el crecimiento psicológico de todos los individuos y proporcionar una experiencia profundamente terapéutica en momentos de angustia. En el ámbito de la salud física, Prager (1995) informa de que la falta de relaciones íntimas está asociada a un aumento de las tasas de mortalidad, enfermedades mentales y físicas, síntomas relacionados con el estrés y accidentes.

El apoyo social es un proceso interpersonal clave relacionado con la prevención y la recuperación de casi todas las formas de psicopatología; también es parte integral de las interacciones íntimas. Dos tipos de respuestas de los clientes pueden "estropear" los efectos positivos del apoyo social. Una de estas respuestas bloquea al cliente para que no acepte el apoyo interpersonal ofrecido. Coyne (1976) sostiene que los individuos deprimidos, por ejemplo, interactúan de manera que niegan el ofrecimiento de apoyo. En particular, dudan de la sinceridad de la atención y la retroalimentación ofrecida por los demás. Una segunda respuesta es que desaniman a los demás a dar ese apoyo y, cuando se les ofrece, tienden a reaccionar de forma frustrante o irritante. Cuando el ofrecimiento de apoyo social es un comportamiento interpersonal vulnerable y es castigado por el receptor, la intimidad se ve frustrada.

Desde la perspectiva de la PAF, el proceso anterior se produce durante la interacción terapéutica cuando los clientes no aceptan el cuidado, la preocupación o el amor terapéutico que les ofrece el terapeuta. Con frecuencia, los clientes pueden incluso expresar directamente sus dudas sobre la sinceridad o autenticidad de estas expresiones, sugiriendo que el terapeuta está pagado para hacer comentarios de cariño. Es esta dinámica (intimidad frustrada, como la definimos) la que constituye el núcleo de la teoría interpersonal de la depresión de Coyne (1976). La expresión de cariño del terapeuta podría incluso ser una T2 (conducta objetivo del terapeuta), particularmente si el terapeuta está emitiendo conductas que se sienten interpersonalmente vulnerables para él o ella.

## **La intimidad implica expresar pensamientos y sentimientos que pueden resultar difíciles y arriesgados**

Según la formulación de Cordova y Scott (2001), compartir pensamientos y sentimientos se convierte en un evento íntimo cuando estos mismos comportamientos han sido castigados en el pasado. En otras palabras, en una situación en la que se ofrece una invitación a la auto-revelación, existe el riesgo de que la auto-revelación pueda ser castigada si ese ha sido el caso en interacciones anteriores. Por lo tanto, una invitación a la autodivulgación podría ser, de hecho, un estímulo aversivo que evoca tendencias a escapar, evitar y atacar. Con estos antecedentes, la conducta de revelarse a sí mismo sería difícil, incluso aterradora. En una relación adecuada, por supuesto, el comportamiento de vulnerabilidad interpersonal se estimula, se nutre y se refuerza, y se produce la intimidad. Una de esas relaciones se da en la FAP, en la que el terapeuta crea activamente un entorno en el que se puede moldear y reforzar el comportamiento de construcción de la intimidad.

Es importante señalar que la relación terapéutica, por supuesto, es imperfecta. Es decir, hay límites ante los que los clientes pueden tener reacciones clínicamente relevantes, como los límites de tiempo de la sesión, los límites generales de la sesión, no ver al terapeuta fuera de la terapia, etc. En efecto, existe un desequilibrio de poder en la psicoterapia, ya que el cliente revela mucha más información que el terapeuta. Además, el terapeuta puede castigar inadvertidamente las revelaciones íntimas del cliente. Por ejemplo, el terapeuta podría olvidar

algo importante para el cliente, lo que podría hacer que una auto-revelación se sintiera invalidada y castigada. O el terapeuta podría simplemente no prestar atención a una auto-revelación emergente, perdiendo así la oportunidad de comportarse de manera reforzante.

Nosotros sostenemos que estas imperfecciones en realidad se suman a la eficacia de la sesión de psicoterapia al proporcionar oportunidades (evocando la CRB) para que nuestros clientes aprendan habilidades de intimidad. Es decir, es ilusorio creer que cualquier interacción humana puede ser "perfecta" y proporcionar un lugar totalmente seguro en el que las interacciones íntimas siempre serán fomentadas y alimentadas. Por este motivo, las conductas íntimas deben producirse cuando se ha realizado una evaluación razonable del riesgo. Creemos que una relación terapéutica eficaz tiene una proporción muy alta de respuestas de refuerzo del terapeuta frente a respuestas de castigo del terapeuta. Sin embargo, siempre hay algún riesgo. La conducta íntima implica proceder a la auto-revelación, incluso cuando existe la posibilidad de castigo.

## **La intimidad implica estar apegado o conectado a otros**

La experiencia de estar apegado o conectado a los demás es una parte importante de la experiencia humana, y hay quienes (como Kari, de quien se habla más adelante) tienen dificultades para identificarse con esta experiencia. Parece que se habla poco de la experiencia del apego en la literatura conductual. Aunque no surge de una tradición conductista, existe una extensa literatura sobre la teoría del apego (Bowlby, 1969) que es consistente con una conceptualización conductista. La hipótesis fundamental de Bowlby es que las contingencias de la supervivencia (selección natural) han presionado a las madres y a los bebés para que se abracen mutuamente. En otras palabras, había poderosos reforzadores para las conductas de apego (por ejemplo, aferrarse, volverse hacia el cuidador principal en momentos de angustia). Según Konner (2004), tanto Freud como Skinner compartían esencialmente esta opinión.

Los primeros estudios sobre el apego tendían a examinar el proceso de apego durante la infancia. Más recientemente, el enfoque se ha extendido a las expresiones de apego en la edad adulta, especialmente en las relaciones románticas y cercanas. Basándose en la historia de las contingencias experimentadas por un individuo en su comportamiento íntimo, habría una amplia gama de repertorios de comportamiento de apego que pueden influir en su propensión a involucrarse en una relación íntima efectiva. Por ejemplo, el miedo al rechazo y el modo en que éste influye en el desarrollo de las relaciones íntimas sería un claro resultado de la historia de refuerzo y castigo de un individuo con respecto a su comportamiento íntimo. Los teóricos del apego han clasificado estos repertorios conductuales en términos de "estilos de apego seguro, ansioso-ambivalente y ansioso-evitativo, que describen si los pacientes (y los terapeutas) tienden a sentirse cómodos y confiados en las relaciones, temerosos del abandono o separados defensivamente" (Meyer y Pilkonis, 2001, p. 466). En la breve revisión de la literatura de Meyer y Pilkonis, sugieren que hay similitudes entre: (1) la forma en que los niños se apegan a sus cuidadores; (2) cómo los adultos se apegan a sus parejas románticas; y (3) cómo se puede decir que los clientes se apegan a sus terapeutas. También concluyen que

el estilo de apego de un cliente influye en la alianza terapéutica y en los resultados. Pielage et al. (2005), utilizando una amplia muestra comunitaria, encontraron que la seguridad del apego estaba relacionada negativamente con la soledad y la depresión, pero positivamente con la satisfacción con la vida. Aunque los repertorios de apego problemáticos parecen engendrar una vulnerabilidad duradera para la psicopatología (Van Orden et al., 2005), Meyer y Pilkonis sugieren que la PAF tiene potencial para modificar los estilos de apego de los clientes.

## **Implicaciones terapéuticas**

La intimidad en la psicoterapia incluye invitar a los clientes a abrirse y a revelar los secretos más profundos del corazón. Este elemento básico de la terapia prepara el terreno para evocar un comportamiento interpersonal vulnerable. El terapeuta pide implícitamente a los clientes que se arriesguen y que confíen en que no serán castigados por correr tales riesgos. Dadas sus amplias implicaciones clínicas, creemos que muchos, si no la mayoría, de los clientes pueden beneficiarse de la mejora de los repertorios de relaciones íntimas. Además, no es raro descubrir que los problemas de intimidad se remontan a la historia temprana del cliente. Por lo tanto, desde el punto de vista de la FAP, lo ideal sería que la relación terapéutica evocara (Regla 2) el comportamiento del cliente que impide el desarrollo de la intimidad (CRB1s) y que impulsara y reforzara las mejoras (Regla 3) en los comportamientos de intimidad (CRB2s). Por esta razón, un terapeuta cálido y activo que emite conductas de vulnerabilidad interpersonal suele estar mejor posicionado para evocar los problemas del cliente y sentar las bases para su mejora. Un cliente que desea desarrollar relaciones estrechas y, sin embargo, le asusta la calidez, puede beneficiarse claramente de un terapeuta que exprese calidez. Por supuesto, un terapeuta cariñoso pero distante también puede evocar los CRB1, y los clientes que aprenden a discriminar comportamientos más distantes pero no menos cariñosos por parte del terapeuta también pueden encontrar que su repertorio de riesgo interpersonal se refuerza.

### ***Reforzar las conductas de vulnerabilidad interpersonal***

Al servicio de la mejora de las expresiones íntimas de los clientes, es esencial que los terapeutas refuercen de forma natural sus conductas de vulnerabilidad interpersonal (CRB2). En la vida cotidiana de los clientes, las expresiones íntimas generalmente se ven reforzadas por el mayor interés de la otra persona, la atención focalizada y las auto-revelaciones recíprocas. Las respuestas artificiales o arbitrarias, como "Gracias por compartir", probablemente no sean un refuerzo natural. Así, un cliente que revela y expresa su dolor por la pérdida de un hijo podría ser mejor atendido por un terapeuta que responda revelando sus sentimientos más profundos de tristeza sobre cómo soportar tal pérdida, junto con la voluntad de escuchar las profundidades de ese dolor abrumador.

Además de asumir el riesgo de revelarse, el cliente debe aprender a reforzar el comportamiento interpersonal íntimo de los demás para crear y mantener relaciones estrechas. Por lo tanto, las expresiones interpersonales vulnerables del terapeuta también deben ser

reforzadas. Tomemos el ejemplo de un terapeuta que expresa su cuidado y preocupación por un cliente al revelar que pensó mucho en él durante la semana. La respuesta del cliente, "Para eso le pago", castigaría tales revelaciones por parte del terapeuta. Esta sería una oportunidad para que el terapeuta señale un CRB1, que el cliente ha bloqueado una oportunidad para profundizar la relación. Una CRB2 podría ser que el cliente dijera: "Estoy tan conmovido, incluso un poco asustado por la intensidad de tu cuidado hacia mí. Es tan nuevo para mí que alguien me cuide de esta manera, que incluso me resulta difícil confiar en ello".

También es cierto que los terapeutas nunca podrán reforzar perfectamente los riesgos interpersonales de los clientes, y pueden castigar inadvertidamente la expresión vulnerable de un cliente. Si estos acontecimientos se reconocen en el contexto de la Regla 2 (evocar las CCR), proporcionan oportunidades para que los clientes aprendan las habilidades de recuperación y reparación necesarias para hacer frente a las inevitables decepciones asociadas a las relaciones íntimas. Si bien la noción de ruptura de la relación y luego de reparación es claramente parte de todas las relaciones íntimas, el concepto de problemas de la alianza terapéutica que conducen a la ruptura y la reparación es un principio general que tiene sentido en muchos tipos de terapia (Kohlenberg, Yeater y Kohlenberg, 1998; Safran, Crocker, McMain y Murray, 1990; Safran y Muran, 1998, 2005).

## **Técnicas específicas**

Dado nuestro énfasis en el análisis funcional, somos reacios a sugerir ejercicios o técnicas específicas independientes del contexto de una relación particular entre cliente y terapeuta. Creemos firmemente que la relación terapéutica, tal y como está planteada, es altamente evocadora del comportamiento íntimo y su evitación. Reconocemos, sin embargo, que a veces puede ser útil poner en práctica ejercicios específicos al servicio de la evocación y la intensificación de la asunción de riesgos interpersonales (véase el capítulo 4). En esta línea, se comentan ahora ejemplos de ejercicios vivenciales que pueden ayudar a explorar el tema de la intimidad en la terapia.

La meditación de corazón abierto, adaptada de Deida (2001), es uno de estos ejercicios. En esta meditación se pide al cliente que:

Concéntrate en tu respiración, ablanda el vientre y relaja la mandíbula mientras respiras. Siente el latido de tu corazón en el pecho, y siente cómo su ritmo se irradia hacia el exterior, pulsando en tus manos, pies y cuello. Ahora mismo, y en cada momento, estás cerrando o abriendo tu corazón. Observa si puedes sentir los latidos de tu corazón, y permítete relajar y abrir tu corazón como si ofrecieras tus latidos al mundo. Con el corazón abierto, puedes ofrecer sin retener, puedes recibir sin apartar. Permítete sentir nuestra conexión, permítete sentir mi cuidado por ti.

La idea de abrir el corazón es una metáfora del acto de ser vulnerable que corresponde al comportamiento que implica el desarrollo de una relación íntima o cercana. Históricamente, el corazón se considera el órgano más esencial para mantener la vida. Así, al abrir el corazón a

los demás se corre el riesgo de la mayor vulnerabilidad de todas, es decir, la pérdida de la propia vida. La siguiente letra de una canción popular ilustra esta metáfora:

"No encontrarás nada

Hasta que ablandes tu corazón". Keith Green ("Soften Your Heart")

"Ah, ah, ah, ah

Abre tu corazón, haré que me ames.

No es tan difícil, si sólo giras la llave". Madonna ("Open Your Heart")

"Nena, abre tu corazón.

No me darás una segunda oportunidad

y estaré aquí para siempre". Westlife ("Open Your Heart")

Incluso hay una referencia a la metáfora del corazón en la Biblia:

Dios endureció el corazón del faraón (Éxodo 9:12) y el de los egipcios.

(Éxodo14:17)

Surrey (2005, p. 108-110) describe otros ejercicios de conexión en los que se puede "respirar con" un cliente, "co-meditar en el flujo de conexión y desconexión" y "aprender a ver al otro". Cuando se combinan estos ejercicios, las instrucciones básicas implican (1) sentarse cara a cara a una distancia cómoda; (2) sintonizar con la propia respiración; (3) abrir el campo de atención para incluir la presencia del otro con una suave y respetuosa concentración en su respiración; (4) notar los pensamientos y sentimientos que surgen, pero permanecer con el ser y la respiración juntos; (5) ampliar la atención al flujo de conexión y desconexión, incluyendo el malestar, la autoconsciencia o las reacciones emocionales; (6) mirar a los ojos del otro y sentir estas palabras en el corazón: "Que seas feliz. Que te liberes del sufrimiento. Que toques las alegrías más profundas de la vida. Que vivas en paz". (p. 109); (7) notar lo que se siente al conectar, al enviar y al recibir; (8) procesar lo que se siente al compartir este ejercicio con el otro.

Pedir a tus clientes que abran sus corazones también puede tener lugar de forma espontánea durante una interacción terapéutica, como en este ejemplo de MT y su cliente Cindy, que está trabajando en dejar entrar el cariño de los demás, una piedra angular para construir el apoyo social.

Terapeuta : Centrémonos en este momento. Básicamente, en cualquier momento puedes elegir abrirte a un sentimiento de valía y cuidado que otros sienten por ti, o puedes cerrarte y disgustarte. ¿Estás abierto a que me preocupe por ti en este momento?

Cliente : Quiero estarlo

- T : Sintoniza con la energía que te envió. ¿Qué estás captando de mí?
- C : Hay como una lucha en mi cabeza. Hay un calor que viene de ti, pero hay un miedo subyacente a aceptarlo. Si me abro a tu amor, tengo que sentir todo este dolor aquí con él, la pérdida de cuando no recibí. Si me abro, sentiré este enorme maremoto de dolor.
- T : Así que tienes esta sensación de que si dejas entrar mi amor, vas a recibir un maremoto de dolor. ¿Puedes sentarte con esa contradicción, puedes ser amoroso contigo mismo en torno a ella? Porque lo que estoy sintiendo no es que tengas que aceptar mi amor. Lo que estoy sintiendo es simplemente amor, es como el amor por la contradicción que estás sintiendo por este intenso dilema en el que estás, y estar contigo. Puedes estar contigo mismo en torno a ello, que es todo un dilema. Muy, muy angustioso.
- C : Y admitir no sólo mi dolor, sino también el de mis hermanas y hermanos de 30 y 40 años, y ver el dolor en los rostros de mis hermanos y ver el dolor en sus vidas.
- T : Hay mucho, demasiado. Todo lo que pido es que respires y estés conmigo en este momento.
- C : Hay una cosa que ha ayudado en los últimos días.
- T : Cindy, Cindy. [Bloqueando su CCR1 de evasión.]
- C : De acuerdo.
- T : No quieres hacer esto, ¿verdad? Quieres hablar, y quieres estar con los últimos días y estar con tus hermanos y hermanas. ¿No quieres respirar y estar conmigo en este momento? (Dicho en un tono de voz suave.)
- C : Sí, es difícil estar en este momento.
- T : Sólo siente tu respiración.
- C : (Llora.)
- T : Está bien, puedes hacer sonidos, no tienes que estar callado.
- C : (Llora durante un par de minutos.) Hay tanto dolor que me da miedo abrir la puerta demasiado.
- T : ¿Está bien abrirla un poco sólo sintiendo tu respiración? ¿Qué se siente al abrir la puerta un poco?
- C : Estaba bien.
- T : Así que está el dolor, pero también está el regocijo y la libertad de dejarse sentir lo que sea. Me siento realmente bendecido de que te permitas estar en tu plenitud, en tu vulnerabilidad y en tu confianza en mí. [Reforzando sus

CCR2s.]

C : Bueno, este ha sido uno de los pocos lugares realmente seguros en mi vida.

### ***Discutir y evaluar el apego y la conexión***

Dada la naturaleza amorfa de la topografía del apego y la conexión, puede ser útil evaluar estos conceptos con el cliente. Esta discusión puede facilitarse pidiendo al cliente que rellene el cuestionario "Experiencias FAP de cercanía en la relación terapeuta-cliente" después de cada sesión (FAPECR, Apéndice L). El FAP-ECR es una versión modificada del ampliamente utilizado Cuestionario de Experiencias en las Relaciones Cercanas (ECR; Fraley, Waller, & Brennan, 2000) que evalúa el apego de los adultos. Mientras que el ECR evalúa la cercanía y el apego en la vida diaria, el FAP-ECR tiene como objetivo identificar las CCR relacionadas. Por ejemplo, el ítem original del ECR, "Me siento incómodo cuando una pareja romántica quiere estar muy cerca" se convierte en el ítem del FAP-ECT, "Me siento incómodo cuando mi terapeuta quiere estar muy cerca". Esta forma y su uso se analizan en el estudio de caso de Kari más adelante.

Además, el FIAT-Q (véase el capítulo 3) es un útil dispositivo de evaluación que incluye todos los elementos que intervienen en las relaciones íntimas. El FIAT-Q, junto con las preguntas de "Puente de la Sesión" (Apéndice D) y el "Informe de la Sesión Paciente-Terapeuta (PTSR) sobre las Relaciones" (Apéndice M), ambos creados en la Universidad de Washington, pueden alertar a los terapeutas sobre posibles CCR.

### **Ejemplo de caso**

Kari, una estudiante de posgrado de 25 años, acudió a RJK para tratar la depresión y dejar de fumar. Informó de que había estado deprimida desde la primera infancia y, de hecho, no recordaba no haber estado deprimida nunca. Tenía algunas amistades y había mantenido breves romances emocionalmente distantes, pero no había establecido relaciones íntimas. Sus calificaciones del ítem de la FAP-ECT "Prefiero no estar demasiado cerca de mi terapeuta" pasaron de 5,5 (de acuerdo) a 2,2 (en desacuerdo) en una escala de 7 puntos después de la sesión que se analiza a continuación. En las dos sesiones anteriores, RJK y Kari hablaron brevemente de su falta de "conexión" o apego a RJK, aunque ella era consciente de que él se sentía conectado a ella y se preocupaba por ella.

#### Segmento 1

(Kari se ha lamentado de lo mal que le va en la escuela y no tiene amigos).

Terapeuta : Bueno, permítanme ofrecer algunas soluciones o ideas.

Cliente : Necesito bajar mis metas, sé que esto suena dramático y ridículo, y no lo digo en serio, pero necesito encontrar una buena nueva vida que sea feliz y

sin sentido y tranquila. Obviamente no quiero estar en un parque de caravanas con ocho niños, pero necesito renunciar a mis esperanzas y sueños y conseguir un doctorado que no servirá para nada.

- T : Bien, déjame decirte esto. Te niegas rotundamente a sentir una gran conexión conmigo [saca el tema del apego]... aunque yo me siento conectado contigo. [T2, emitiendo un comportamiento interpersonal vulnerable.]
- C : No es mi intención negarme.
- T : Bueno, yo diría que te niegas, es decir, que de alguna manera te detienes. No es sólo conmigo, lo haces en general, pero siento que hay un verdadero bloqueo que pones entre los dos. Me dices que soy un profesional que está siendo amable contigo porque es asunto mío que me gustes, eso es realmente una forma de protegerte de conectar, así que creo que esa es la pieza que falta.
- C : Siento una gran obligación y aunque no he podido dejar de fumar, me está sirviendo para sentirme mejor y hacer más cosas, pero no estoy realmente en el camino. Creo que estás haciendo todo lo posible para ayudarme, dando tu tiempo y atención.
- T : Te estoy dando mi tiempo y mi atención y lo que falta es que de alguna manera no has conectado conmigo. Sé que si eso está ahí, ayudaría, proporcionaría el pegamento para que realmente pudiéramos empezar a trabajar juntos.
- C : No sé cómo hacer lo que me pides. Creo que puedo hacerlo, pero no sé cómo, o cómo no hacerlo. Incluso con la amistad es similar. Mi compañera de piso me gritó ayer, y toda esa relación que construí, y confié en ella, y corté con ella. Es ridículo, ni siquiera me gritó, simplemente pensó que hice algo que no hice.
- T : ¿Y la cortaste?
- C : Estaba tan enfadada conmigo. Eso fue tan molesto, que ya no puedo ser su amiga. No seré su amiga (con lágrimas en los ojos). No lo haré.

## Segmento 2 (más adelante en la sesión)

- T : Por eso no te conectas conmigo. Esta falta de compromiso que tienes está muy arraigada. Tu compañera de piso se enfadó contigo y tú te enfadaste tanto que no pudiste con ella. Eso te demuestra que necesitas protegerte para no conectar con la gente. En realidad te gusta la gente, pero entonces corres el riesgo de que te hagan daño de esa manera. Me gustaría que dijeras que estás dispuesto a arriesgarte a ser herido en esta relación conmigo. Me gustaría que vieras esta relación como un lugar para experimentar el acercamiento, aunque no vaya a verte todas las semanas durante el resto de tu vida.
- C : Sí, claramente.

- T : Pero nunca te olvidaré, y seguiré viéndote, y haré lo que sea necesario para intentar ayudarte a establecer esa conexión conmigo. Creo que realmente puedo ser un recurso. [Interpersonalmente vulnerable T2.]
- C : Sólo necesito un paso. No estoy seguro de cómo hacerlo, realmente no lo sé. [CCR2, tomar un riesgo, ser abierto, reforzar al terapeuta por ser terapéuticamente íntimo.]
- T : Bueno una cosa es tratar de asimilar que creo que tienes un gran potencial, el verdadero talento para hacer el bien en el mundo. Te conozco lo suficiente y me importas demasiado como para no intentar ayudarte a conseguirlo.
- C : Me gustaría poder encontrar una manera porque no quiero ser fría y distante todo el tiempo.
- T : Creo que estás muy comprometido en términos de ti y de mí en este momento. Pero has ignorado que te diga lo mucho que me importa. [Saca un CCR1, el cliente no responde a su expresión de cuidado].
- C : Lo estoy. No creo que pueda llegar a preocuparme por alguien.
- T : Así que no crees que puedas sentir esta conexión conmigo.
- C : No lo sé, porque verás que no sé cuál es la barrera.
- T : Así que qué tal esto, me dejarás entrar, es decir, estar emocionalmente cerca de ti.
- C : Simplemente no sé cómo. Debe quedar claro que tengo este problema.
- T : Creo que esta es una clave central, algo que está relacionado con todas las partes de tu vida con las que no estás contento en este momento.
- C : Nunca he estado con nadie que no me haya hecho daño.
- T : Me siento cerca de ti. No sé exactamente lo que sientes, pero me siento muy conectada a ti. Te veo como una hija, alguien que realmente me importa, así que eso está aquí. Puede que te hagan daño en esta relación, pero puedo prometerte esto, se reparará.
- C : Será más fácil aquí, ¿no? Lo pensaré. No estoy seguro de lo que pasa, no me siento conectado a ti, pero me siento cómodo contigo, y te respeto mucho.
- T : ¿Pero no hay conexión?
- C : Creo que ni siquiera sé lo que significa. Creo que hay una conexión, siento que sé un poco acerca de usted - usted conduce un híbrido.
- T : ¿Hay algo más que quieras saber sobre mí?
- C : No, no tengo que saber los detalles.
- T : Respondería a casi todo lo que me preguntaran.

- C : No sé cuál es mi problema, y supongo que hay una conexión. Siento que sé quiéres.
- T : Bueno, eso es un buen comienzo. Ahora mi cuidado por ti, te hace sentir incómodo.
- C : Pero lo aprecio.
- T : ¿Pero es real?
- C : Es real, pero no se trata de mí, sino de que quieres ayudar a la gente.
- T : Así que esto está realmente despersonalizado.
- C : Creo que realmente quieres ayudar. Creo que no te das cuenta de que realmente lo aprecio, de que piensas en mí y tratas de ayudarme. Realmente aprecio estas cosas, sólo que no sé qué parte me falta.
- T : Es la parte del apego emocional la que no existe.
- C : Sí, como estoy pensando en los novios, si rompían conmigo me ponía muy mal durante dos días, y luego simplemente lo olvidaba. No pensaba en ellos, no pensaba en ello, me llamaban la Reina del Hielo en el instituto por esa misma razón. Siento que soy una persona cariñosa, pero si pasa algo y no veo más a esa persona, entonces un día o dos, y ya está, ya sabes.
- T : Eso es lo que ganas al no conectarte, sea como sea que lo hagas.
- C : Hay muy pocas personas que se quedan conmigo y que me importan.
- T : Me he quedado contigo en esta terapia, y es aquí donde me gustaría que intentáramos que experimentaras una mayor conexión. Me interesa mucho saber cómo eres capaz de mantener la distancia ya que no puedo evitar sentir la cercanía.

En la sesión posterior, Kari dijo que se dio cuenta por primera vez de que RJK estaba en su "equipo". Dijo que esto cambió su forma de ver a RJK y que ya no sentía que tuviera que oponerse a él. Al final de la sesión, los índices de cercanía de Kari mejoraron notablemente por primera vez en cuatro meses y se mantuvieron así. Cuatro semanas después de la sesión mencionada, Kari comenzó una nueva relación y utilizó de forma consciente las habilidades de construcción de la intimidad. Le suplicó a RJK que no la dejara "cortar", ya que se sentía inclinada a hacerlo a pesar de que ésta era la mejor relación en la que había estado. RJK le prometió que haría todo lo posible por ayudarla a desarrollar su apego a RJK, a su pareja y a otras personas que le importaban.

## **Conclusión**

La intimidad emocional puede ser una fuente de nuestras mayores alegrías y de nuestro más profundo dolor. La intimidad es el acto de compartir los secretos más profundos y protegidos

de uno mismo con otra persona y reforzar a los demás por hacer lo mismo. Es el acto de revelación de uno mismo en el contexto de una relación compasiva, aunque imperfecta. Es el acto de arriesgarse a ser herido, e incluso a serlo, y a la vez experimentar esfuerzos para reparar esas heridas. Hay ocasiones en las que esas heridas experimentadas no pueden repararse, como por ejemplo cuando el otro íntimo muere o por otras razones la relación termina antes de que los sentimientos íntimos hayan terminado.

En la psicoterapia, se invita a la intimidad emocional por parte del cliente y se fomenta en muchas modalidades terapéuticas. La intimidad emocional es un punto central de la FAP, y se evoca y refuerza de forma natural cuando la conceptualización del caso lo requiere. En la FAP, al igual que en todas las psicoterapias, los límites, como los límites de tiempo de la sesión, la terminación del tratamiento, la salida del terapeuta, el anhelo del cliente de una relación más amplia con el terapeuta (por ejemplo, la intimidad física o la amistad más allá de lo que ocurre en la terapia), son todas las oportunidades para que el cliente aprenda a arriesgar la vulnerabilidad, incluso frente al anhelo doloroso y otros riesgos conocidos.

La FAP ayuda a crear un entorno compasivo, evocador y reforzador en el que los clientes aprenden a mejorar sus habilidades de intimidad. También es un contexto en el que están presentes muchas de las características conflictivas e incongruentes que interfieren en el desarrollo de la intimidad en la vida cotidiana. Existe una equivalencia funcional entre las imperfecciones y los límites de la vida cotidiana y algunas características de la relación terapéutica, como esperar el pago de las sesiones, terminar la sesión a tiempo aunque el cliente no esté preparado y las imperfecciones del terapeuta. A pesar de estos retos, los terapeutas de la FAP se comprometen a crear un entorno que sea un "espacio sagrado" (véase el capítulo 4) en el que los clientes puedan asumir riesgos interpersonales al ser vulnerables, y en el que puedan cuidar y ser cuidados, de modo que puedan reclamar la intimidad de la vida cotidiana que es su derecho de nacimiento.

## Referencias

- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*. New York: Basic Books.
- Burman, B., & Margolin, G. (1992). Analysis of the association between marital relationships and health problems: An interactional perspective. *Psychological Bulletin*, 112(1), 39–63.
- Cordova, J. V., & Scott, R. L. (2001). Intimacy: A behavioral interpretation. *Behavior Analyst*, 24(1), 75–86.
- Coyne, J. C. (1976). Depression and the response of others. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 85, 186–193.
- Deida, D. (2001). *Naked Buddhism: 39 ways to free your heart and awaken to now*. Austin: Plexus
- Fraley, R. C., Waller, N. G., & Brennan, K. A. (2000). An item response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78 (2), 350–365.
- Gable, S. L., & Reis, H. T. (2006). Intimacy and the self: An iterative model of the self and close relationships. In P. Noller & J. A. Feeney, (Eds.), *Close relationships: Functions, forms and processes* (pp. 211–225). Hove, UK: Psychology Press/Taylor & Francis.

- Kohlenberg, B. S., Tsai, M., & Kohlenberg, R. J. (2006). Healing interpersonal trauma with the intimacy of the therapeutic relationship. In V. Follette & J. Ruzek (Eds.), *Cognitivebehavioral therapies for trauma* (2nd ed., pp. 173–197). New York: Guilford.
- Kohlenberg, B. S., Yeater, E. A., & Kohlenberg, R. J. (1998). Functional analytic psychotherapy, the therapeutic alliance, and brief psychotherapy. In J. D. Safran (Ed.), *The therapeutic alliance in brief psychotherapy* (pp. 63–93). Washington, DC: American Psychological Association.
- Konner, M. (2004). The ties that bind – Attachment: The nature of the bonds between humans are becoming accessible to scientific investigation. *Nature*, 429 (6993), 705–705.
- Kovacs, A. L. (1965). The intimate relationship: A therapeutic paradox *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 2 (3), 97–103.
- Laurenceau, J.-P., Rivera, L. M., Schaffer, A. R., & Pietromonaco, P. R. (2004). Intimacy as an interpersonal process: Current status and future directions. In D. J. Mashek & A. P. Aron (Eds.), *Handbook of closeness and intimacy* (pp. 61–78). New Jersey, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- McAdams, D. P. (1982). Intimacy motivation. In A. J. Stewart (Ed.), *Motivation and society: Essays in honor of David C McClelland* (pp. 133–171). San Francisco CA: Jossey-Bass.
- Meyer, B., & Pilkonis, P. A. (2001). Attachment style. *Psychotherapy*, 38 (4), 466–472.
- The Oxford English Dictionary. (1989). (2nd ed.) OED Online. Oxford University Press. <http://dictionary.oed.com/cgi/entry/50119926> (accessed December, 2007)
- Pielage, S. B., Luteijn, F., & Arrindell, W. A. (2005). Adult attachment, intimacy and psychological distress in a clinical and community sample. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 12 (6), 455–464.
- Popovic, M. (2005). Intimacy and its relevance in human functioning. *Sexual and Relationship Therapy*, 20 (1), 31–49.
- Prager, K. J. (1995). *The psychology of intimacy*. New York: Guilford Press.
- Russell, R., & Wells, P. A. (1994). Predictors of happiness in married couples. *Personality and Individual Differences*, 17 (3), 313–321.
- Safran, J. D., Crocker, P., McMain, S., & Murray, P. (1990). Therapeutic alliance rupture as a therapy event for empirical investigation. *Psychotherapy*, 27 (3), 154–165.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (1998). The therapeutic alliance in brief psychotherapy: General Principles. In J. D. Safran & J. C. Muran (Eds.), *The therapeutic alliance in brief psychotherapy* (pp. 217–229). New York: APA Press.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2005). Brief relational therapy and the resolution of ruptures in the therapeutic alliance, *Psychotherapy Bulletin*, 40, 13–17.
- Surrey, J. L. (2005). Relational psychotherapy, relational mindfulness. In C. K. Germer, R. D. Siegel, & P. R. Fulton (Eds.), *Mindfulness and psychotherapy* (pp. 91–112). New York: Guilford.
- Thorberg, F. A., & Lyvers, M. (2006). Attachment, fear of intimacy and differentiation of self among clients in substance disorder treatment facilities. *Addictive Behaviors*, 31 (4), 732–737.
- Van Orden, K., Wingate, L. R., Gordon, K. H., & Joiner, T. E. (2005). Interpersonal factors as vulnerability to psychopathology over the life course. In B. L. Hankin & J. R. Z. Abela (Eds.), *Development of psychopathology: A vulnerability-stress perspective* (pp. 136–160). Thousand Oaks, CA: Sage Publications Inc.

## Capítulo 7

# El curso de la terapia: Fase inicial, intermedia y final de la FAP

**Mavis Tsai, Jonathan W. Kanter, Sara J. Landes, Reo W. Newring y Robert J. Kohlenberg**

Cada fase de la FAP, el principio, el medio y el final, tiene puntos focales distintivos y evoca diferentes tipos de CCR. Por ejemplo, al principio de la terapia, los terapeutas pueden explorar cómo los clientes suelen empezar una nueva relación o actividad (por ejemplo, ignorando las reservas y lanzándose rápidamente, moviéndose con cautela, empezando con grandes esperanzas y decepcionándose), cómo esto se relaciona con la forma en que están empezando la terapia y qué pueden hacer para aumentar la probabilidad de tener una buena experiencia terapéutica. El trabajo de fondo tiene lugar en la fase intermedia de la terapia, en la que los clientes se enfrentan a la aparición de problemas vitales y de relación en el entorno de la terapia, y en la que se centran las "interacciones FAP ideales" que se generalizan a la vida diaria. La fase final de la terapia, un momento para consolidar los logros, puede hacer aflorar sentimientos y recuerdos de transiciones y pérdidas anteriores. Los clientes suelen aprender a despedirse de forma significativa de una manera que nunca antes habían hecho.

La duración de la FAP puede variar desde un tratamiento relativamente breve hasta varios años, dependiendo de la gravedad de los problemas que presente el cliente y de la disponibilidad del terapeuta en el entorno en el que se lleve a cabo (por ejemplo, una clínica universitaria frente a una consulta privada). Como se comenta en Kanter, Tsai y Kohlenberg (en prensa), las técnicas de FAP también pueden utilizarse para mejorar otros tratamientos, como la terapia cognitiva (Kohlenberg, Kanter, Bolling, Parker y Tsai, 2002), la activación conductual (Kanter, Manos, Busch y Rusch, en prensa) y la terapia de aceptación y compromiso (Callaghan, Gregg, Marx, Kohlenberg y Gifford, 2004). En los estudios de investigación (p. ej., Kohlenberg et al., 2002; Holman, Sanders, Kohlenberg, Bolling y Tsai, 2006), se ha llevado a cabo una terapia eficaz de FAP o de FAP mejorada en 16-20 sesiones. En este capítulo, las interacciones terapéuticas descritas implican una FAP de relativamente corta duración, de aproximadamente 20 sesiones.

No existe una forma absoluta de llevar a cabo la FAP. Este capítulo presenta un enfoque, basado principalmente en las experiencias terapéuticas exitosas de los autores. Sin embargo, es importante señalar que, por encima de todo, la FAP es un tratamiento funcional. Por lo tanto, las técnicas y herramientas específicas sugeridas en este capítulo deben aplicarse,

o no aplicarse, en el contexto de una sólida justificación funcional vinculada a las cinco reglas de la FAP (véase el capítulo 4 sobre la técnica terapéutica). En otras palabras, ¿cómo afectará la técnica A al cliente X? ¿Ayudará a la observación de las CCR (regla 1)? ¿Funcionará para evocar (Regla 2) o reforzar (Regla 3) las CCR? ¿Ayudará a determinar si las CCR han sido reforzadas por el terapeuta (Regla 4)? ¿O ayudará a la generalización de las ganancias (Regla 5)? Si el terapeuta no tiene claro cómo una determinada técnica podría generar una de esas funciones, el método puede aplicarse sin duda, pero podría decirse que no es una técnica FAP en ese caso, funcionalmente hablando. De forma complementaria, muchos procedimientos no descritos en este capítulo pueden aplicarse funcionalmente al servicio de las cinco reglas.

## **Antes de la terapia**

Si es posible, una conversación telefónica con los clientes potenciales antes de la primera sesión puede sentar las bases para un proceso FAP muy intenso que comienza inmediatamente durante la primera sesión. Como es típico de muchos inicios de terapia, esta conversación telefónica puede incluir una discusión sobre lo que el cliente busca de la terapia y si la FAP es una buena opción para él o ella. Además, el terapeuta puede sondear y evaluar las CCR iniciales preguntando a los clientes cómo se sienten al concertar su primera cita y sus reacciones iniciales a la conversación telefónica.

La intensidad de una experiencia de FAP completa exige que los clientes den su consentimiento informado y entren en la relación con conocimiento de causa. Por lo tanto, si un terapeuta planea llevar a cabo la FAP de una manera muy explícita, evocadora y emocional, puede ser útil también enviar por correo a los clientes, antes del inicio de la terapia, una declaración que describa los fundamentos de la FAP (el "FAP rap"; para un ejemplo de declaración y ejemplos de raps de la FAP, consulte el capítulo 4).

## **Inicio de la terapia**

En las sesiones iniciales, además de la evaluación y la conceptualización del caso (véase el capítulo 3), el objetivo es que el terapeuta se establezca como un reforzador positivo, para lanzar una relación auténtica y memorable, y para establecer el escenario para una terapia significativa y transformadora. Cada interacción que el terapeuta tiene con un cliente, ya sea por teléfono, correo electrónico o en persona, tiene el potencial de construir la relación y evocar o reforzar las CCR.

Es importante iniciar una serie de tareas en la primera sesión, como crear confianza y seguridad e infundir esperanza. Estas tareas pueden considerarse importantes en cualquier tipo de terapia, pero son especialmente importantes en la FAP en lo que respecta a la construcción de una base para la relación terapéutica.

## ***Crear confianza y seguridad***

La confianza, desde el punto de vista del comportamiento, puede considerarse como una predisposición a acercarse a otra persona en una situación en la que uno podría resultar herido. Por lo tanto, la confianza describe esencialmente una situación en la que una persona está predispuesta a asumir riesgos en presencia de otra persona y hacia ella. Inculcar la confianza y la seguridad son cruciales en la FAP porque se forma y refuerza a los clientes para que asuman riesgos, sean vulnerables, superen sus límites de comodidad y den más pasos para confiar en el terapeuta. Dicho esto, la conducta de confiar puede muy bien ser un objetivo de la terapia y es raro el cliente que confía plenamente desde la primera sesión. De hecho, esa confianza ciega puede ser tan problemática como la incapacidad de confiar.

La forma de fomentar una sensación de confianza y seguridad, como todo lo demás en la FAP, es un proceso idiográfico. Por lo tanto, para muchos clientes, una serie de conductas que se han denominado "no específicas", como la empatía precisa, la calidez, la escucha reflexiva y la validación, pueden ser conductas tempranas del terapeuta muy importantes para este fin. Aunque muchos teóricos, en particular Carl Rogers (1957), sostienen que la cualidad importante de estas respuestas no específicas del terapeuta es que son incondicionales (no dependen de las respuestas particulares del cliente), el terapeuta FAP adopta una postura diferente. Como describen con más detalle Follette, Naugle y Callaghan (1996), estas respuestas se consideran como un refuerzo potencial de amplias clases de conductas (por ejemplo, la confianza y otras conductas que facilitan la terapia y la creación de relaciones). Las conductas del terapeuta se consideran un refuerzo contingente generalizado para la clase de conductas necesarias para que se produzca la terapia y se desarrolle una relación. Esta clase incluye comportamientos como llegar a tiempo, revelar información personal importante, prestar atención y responder adecuadamente a las preguntas, demostrar interés y preocupación por los sentimientos del terapeuta y estar comprometido en la sesión.

Sin embargo, para el cliente típico de FAP, el fomento de la confianza y la seguridad puede ir más allá de estas habilidades terapéuticas básicas y entrar en áreas mucho más personales y genuinas. Los terapeutas pueden fomentar una sensación de confianza y seguridad con estos clientes siendo más francos con sus pensamientos, reacciones y observaciones (no escondiéndose detrás de un personaje de terapeuta), y animando a los clientes: (1) a hacer preguntas (por ejemplo, ¿Cuáles son sus preguntas sobre mí, mi formación, mis antecedentes? o ¿Qué cualidades busca más en un terapeuta?); (2) a expresar sus reacciones ante el terapeuta (por ejemplo, ¿Qué reacciones tiene ante mi género, edad, origen étnico?); y (3) a expresar sus sentimientos relacionados con la cita (por ejemplo, ¿Cuáles son sus pensamientos y sentimientos evocados por tener esta cita hoy? o ¿Qué haría que esta fuera una primera sesión realmente buena para usted?). El terapeuta FAP, sin embargo, permanece abierto a la posibilidad de que estos comportamientos del terapeuta puedan ser aversivos para los clientes dependiendo de sus historias, por lo que la evaluación de las funciones de estímulo del terapeuta (Regla 4) es importante desde el principio de la terapia.

Hay numerosos comportamientos que pueden ayudar a generar la confianza de otra persona. Estos comportamientos que fomentan la confianza no son específicos de la situación terapéutica, porque en la FAP no creemos que el terapeuta se convierta en una persona diferente cuando entra en una sala de terapia. Más bien, los comportamientos que se practican bien y se integran fuera de la terapia tienen más probabilidades de ocurrir en la sala de terapia. Estos comportamientos que aumentan la confianza pueden incluir: (1) proporcionar reflexiones empáticas precisas; (2) ser honesto y genuino; (3) mantener la palabra dada; (4) ser coherente y predecible, o explicar por qué se está siendo incoherente e impredecible para que el comportamiento tenga sentido; (5) reconocer las expectativas del otro, y corregirlas si no son precisas, o explicar por qué no se están cumpliendo; (6) admitir cuando no se sabe la respuesta; (7) ver lo que le conviene a alguien y no aprovecharse de él o herirlo; (8) recordar las cosas importantes que alguien ha revelado -personas, acontecimientos, recuerdos-; (9) estar dispuesto a corresponder a la vulnerabilidad de la otra persona; (10) ser capaz de admitir y asumir la responsabilidad de los errores, para reparar las rupturas; y (11) tratar las verdades y revelaciones del cliente con cuidado y reverencia.

No se puede exagerar la importancia de fomentar la confianza y la seguridad en la FAP. El terapeuta puede optar por describir este proceso como la "creación de un espacio sagrado" para el cliente en el que se puede desarrollar el trabajo terapéutico (véase el capítulo 4). Un espacio sagrado se dedica exclusivamente a facilitar el crecimiento del cliente. Independientemente de que el terapeuta FAP elija utilizar el término "espacio sagrado" con los clientes, la relación terapéutica FAP es realmente sagrada, tal y como se define aquí, y es esencial crear confianza y seguridad.

### ***Infundir esperanza***

Por lo general, se enseña a los terapeutas a evitar elevar excesivamente las expectativas de los clientes y a no hacer promesas sobre la eficacia del tratamiento en caso de que éstos se sientan decepcionados. Sin embargo, es importante centrarse en lo que es posible, ver constantemente lo mejor de los clientes, validar sus puntos fuertes y las dificultades que han superado, creer en lo que es posible para ellos y creer en los propios puntos fuertes y la eficacia. Las afirmaciones positivas (por ejemplo, "Me entusiasma trabajar contigo porque pareces muy motivado" o "Realmente respeto la tenacidad con la que has trabajado para superar el abuso de tu infancia") pueden ser experimentadas por los clientes como evocadoras (Regla 2) y/o reforzadoras (Regla 3). Es útil preguntar sobre el impacto de estas afirmaciones. Tenga en cuenta que cualquier afirmación que haga a sus clientes, sin embargo, tiene que ser cierta para usted, ya que una CCR1 típico es "Sólo estás diciendo cosas bonitas porque te estoy pagando". Por lo tanto, es importante que los terapeutas digan lo que dicen, para que si un cliente duda de la afirmación, pueda juzgarse como una verdadera CCR1 y no como el resultado de una T1 (conducta problemática del terapeuta).

## ***Tomarse el tiempo necesario para establecer una relación significativa***

Se necesita tiempo para crear una relación significativa, aunque el tiempo necesario variará de un cliente a otro. A menudo, los terapeutas de FAP experimentan la relación terapéutica como una relación real antes que sus clientes. La mayoría de los clientes entran en la terapia sin esperar formar el tipo de relación real y genuina con el terapeuta que se da en la FAP, mientras que el terapeuta de la FAP sí lo espera. Por ejemplo, SJL trató a Allie, una joven cálida y agradable con depresión y rasgos de personalidad límite, durante aproximadamente 20 sesiones. Desde el principio de la terapia, SJL empezó a preocuparse por Allie y se preocupó de verdad por su bienestar y su progreso en el tratamiento. Sin embargo, Allie comentaba que el terapeuta no podía conocerla realmente y, por tanto, no podía preocuparse por ella. A pesar del escepticismo de Allie, SJL continuó respondiendo a ella de manera genuina y expresando su cariño. No fue hasta la sesión 12, al hablar de un reciente encuentro sexual con su ex novio, que Allie pareció preocupada por la reacción de la terapeuta ante su comportamiento y preguntó: "¿Estás enfadada conmigo?". Esta fue la primera vez que Allie demostró que consideraba la relación terapéutica como algo real.

Como se demostró en el ejemplo anterior, un cliente puede estar inicialmente poco dispuesto a aceptar que el terapeuta se preocupe por él. El terapeuta puede tener que distinguir entre un período "normal", durante el cual el cliente no se preocupa por el terapeuta, de no preocuparse por el terapeuta como una CCR1 de bloqueo o evitación del crecimiento de la relación. No hay una regla establecida para determinar el tiempo normal o promedio para construir una relación, por lo que puede ser difícil distinguir entre estos repertorios. El terapeuta puede optar simplemente por preguntar al cliente si este es un comportamiento problemático para él (por ejemplo, "¿Tienes problemas para confiar en mí?"). Los terapeutas también pueden utilizar el "Cuestionario de inicio de la terapia" (véase el Apéndice F) para evaluar si la relación terapéutica tiene similitudes con las etapas iniciales de otras relaciones del cliente.

Algunos clientes que entran en terapia con historias de abuso, negligencia u otras formas de castigo evitarán los intentos de establecer relaciones. Estos clientes más heridos emocionalmente requerirán que se tenga mucho cuidado al construir la confianza y al aspirar a los comportamientos mencionados anteriormente. Todos somos individuos defectuosos y, por lo tanto, si fallamos a estos clientes, lo más importante es nuestra capacidad para reparar cualquier daño que hayamos hecho.

## **Formularios de terapia**

Como ayuda para que los terapeutas sean más sensibles a los diferentes tipos de CCR y para evocar las CCR de los clientes, existen numerosos formularios y cuestionarios (analizados en el capítulo 4 e incluidos en el apéndice) que pueden ayudar a guiar la terapia. En esta primera fase de la terapia, los clientes comienzan a proporcionar retroalimentación semanal por escrito utilizando el "Formulario de conexión de la sesión" (Apéndice D). Este formulario incluye preguntas sobre cómo se sienten los clientes con respecto al terapeuta, qué fue útil y qué no

fue útil en la sesión anterior, qué son reacios a decir y qué temas surgieron en la sesión que son similares a los problemas de la vida diaria. Se puede obtener una evaluación más profunda del apego y la cercanía después de cada sesión mediante el uso del cuestionario "Experiencias FAP de cercanía en la relación terapéutica" (FAP-ECR, Apéndice L) y el "Informe de la sesión paciente-terapeuta sobre las relaciones" (Apéndice M). En la tercera o cuarta sesión, se debe asignar el "Cuestionario de inicio de la terapia" (Apéndice F). Al final de la fase de inicio de la terapia (entre las sesiones 5 y 8), se presenta la conceptualización del caso (Apéndice A) al cliente para que lo retroalimente (véase el Capítulo 3). Todos estos formularios facilitan un enfoque en las conductas clínicamente relevantes.

### ***Inicio de la terapia con "Alicia"***

Para dar una idea de lo que se puede esperar en cada fase de la terapia, a continuación ofrecemos extractos de la transcripción de las fases inicial, media y final del tratamiento de 20 sesiones de MT con "Alicia". Alicia era una mujer caucásica de 34 años que entró en tratamiento por depresión y para dejar de fumar. Esta transcripción de la primera sesión ilustra el concepto de crear un espacio sagrado de seguridad y confianza. Esto tuvo lugar gracias a que MT alentó las preguntas y reacciones de Alicia, a que MT fue comunicativo con sus propios pensamientos y reacciones, a que infundió esperanza y a que empezó a centrarse en la relación terapéutica. También se indican los posibles CCR.

- Terapeuta : ¿Cómo han sido los preparativos para nuestra primera cita? ¿Esperando con ansias? ¿Demasiado tiempo para esperar?
- Cliente : Lo esperaba con ansias.
- T : ¿Alguna idea, algún sentimiento antes de venir aquí; en qué pensabas hoy?
- C : No mucho, fue un día de locos. Se me quedó grabado en la mente. [Posible CRB1 de evasión.]
- T : Ha tenido que rellenar un montón de cosas; ¿cuál ha sido su experiencia haciendo todo eso?
- C : Es como si al abrir una puerta, alguien me abriera la cabeza, todas las preguntas se repiten y se reformulan. Es interesante...
- T : Definitivamente estás haciendo mucho trabajo... vamos a hacer que esto sea lo más efectivo posible para ti.
- C : Soy muy buena actriz. He tenido que serlo desde que me deprimí, para salir adelante en la vida. [Posible CCR1, ser una actriz en la sesión.]
- T : ¿Qué le parece importante hoy para que lleguemos a lo que quiere hablar? ¿Tenías ciertas ideas sobre lo que haría de esta una sesión realmente buena?
- C : No. [Posible CCR1, sin ser proactivo.]

- T : ¿Así que lo vas a dejar en mis manos?
- C : Puedo ayudarte a descubrirlo [posible CCR2], la primera sesión siempre es difícil, porque hay mucho de mí que no conoces...
- T : La primera sesión es difícil, no sabes muy bien qué esperar. Tengo una larga lista de cosas a las que llegar hoy, pero una de ellas es lo que es importante para ti, porque para mí es muy importante que este tratamiento se adapte a ti. Así que has leído sobre la terapia, ¿verdad?
- C : Sí, me gusta mucho lo que has escrito.
- T : Quiero repasar eso y responder a cualquier pregunta que tengas... Puedes decirme lo que te gusta y lo que no, podemos repasar... tu fecha para dejar de fumar, aunque eso puede ser demasiado abrumador para hacerlo ahora.
- C : Sí, eso sería abrumador. [Posible CCR2, afirmación.]
- T : Bien, esperaremos en eso. [Refuerza CCR2.] Y quiero responder a cualquier pregunta que tengas sobre mí. No sabes mucho sobre mí.
- C : Veo que también está afiliado a la Universidad de Washington, además de ejercer la práctica privada. ¿A qué se dedica allí?
- T : Soy instructor clínico, superviso a estudiantes de posgrado, imparto una clase allí sobre FAP y también participo en la investigación sobre el tratamiento.
- C : Oh, genial.
- T : ¿Alguna pregunta sobre mi formación, mis antecedentes?
- C : Sí.
- T : Me doctoré aquí en 1982, hice mi formación de grado en la UCLA. En 1976 vine aquí para cursar un posgrado y pensé que volvería al sur de California y nunca lo hice.
- C : Qué interesante.
- T : ¿Tienen reacciones por ser mujer, por ser asiática americana?
- C : Estoy agradecida de que seas una mujer, ya que vi a un psiquiatra masculino, y todo su rollo de que era un hombre, muy extraño... acento. Desde entonces probablemente busqué terapeutas mujeres.
- T : Cómo te gusta que sean tus terapeutas, parece que te gusta mucho tu psiquiatra. ¿Quieres que sea directivo, no directivo?
- C : Me gusta mucho que la gente sea directiva conmigo, pero al mismo tiempo soy ultrasensible... (La clienta continúa dando un ejemplo de lo mal que se sintió cuando su psiquiatra le planteó el tema de su saldo impagado).

- T : ¿Le dijiste que te sentías muy mal?
- C : No. [Posible CRR1, no afirmación de sentimientos con el terapeuta.]
- T : Así que una cosa que te pido es que me digas cuando te sientas mal por algo o estés disgustado, porque estabas leyendo en este razonamiento, un foco de nuestro tratamiento va a ser nuestra relación y cómo se conecta con todas tus otras relaciones. (El terapeuta da una breve versión del "rap FAP".) Veo que tienes otras buenas relaciones.

(El terapeuta y la clienta pasan los siguientes minutos explorando la sensación de aislamiento y soledad de la clienta a pesar de sus buenas relaciones).

- C : Me siento emocionada.
- T : Te emociona hablar de tu soledad.
- C : Creo que sí, una cosa es rodear números en los cuestionarios... (Empieza a llorar.) ¿Puedo pedirle unos pañuelos? [El cliente que llora en la primera sesión es CCR2.]

(El terapeuta refuerza naturalmente a la clienta con un lenguaje corporal amable y atento, y también decide no exacerbar el malestar de la clienta centrándose excesivamente en su llanto).

- T : ¿Cómo es para ti notar lo que rodeas?
- C : Personalmente, puedo negar mi miseria sobre el papel, pero si tengo que hablar con alguien sobre ello, es doloroso.
- T : ¿Cuántas esperanzas tienes de que este tratamiento te ayude?
- C : La verdad es que tengo muchas esperanzas.
- T : Dime lo que sientes positivamente.
- C : ... Siento que he estado flotando durante mucho tiempo, y esto se siente como algo que necesito. Necesito una dirección, así que siento que esto va a ser beneficioso para mí.
- T : Se me da bien dar indicaciones y se me da bien coger la mano.
- C : Parece que lo eres. Tienes unos ojos muy amables. Y también tengo la esperanza de dejar de fumar.
- T : Pareces muy motivado para dejar de fumar y yo estoy muy motivado para ayudarte... Una de las cosas que dice el formulario es que la terapia es un espacio sagrado para ti. Cuando estoy aquí, no pienso en nada más, este espacio está protegido. Me lo tomo muy en serio...

(El terapeuta y el cliente dedican un tiempo a discutir el folleto "En

qué nos centraremos en la terapia").

- T : ¿Qué opina de su sesión, ya que estamos llegando al final de la misma?
- C : Bien, me siento animado.
- T : Lo que me llama la atención es tu perseverancia. Has estado deprimido desde los 13 años, y hay algo en ti que persevera, hay una fuerza increíble dentro de ti que te hace crecer y te mantiene esperanzado. Estoy emocionada porque si te gusta arriesgar, tú y yo nos vamos a llevar muy bien. ¿Qué es lo que más te llama la atención?
- C : Pude llorar. No paso mucho tiempo llorando sola. Siempre me siento un poco mejor.
- T : Después de que llores.
- C : Sí. Estoy sorprendido y animado.
- T : Te sorprende que hayas sido capaz de llorar.
- C : Lo alejo y lo empujo hacia abajo.
- T : También es bueno para mí saber que te sientes animado de poder llorar, tiene que haber una cierta confianza...
- C : Me siento bien, cómodo contigo; me gustas. No me asustas ni nada. Obviamente la gente no se lleva bien con todo el mundo.
- T : Para mí es muy importante que nos importe el uno al otro.
- C : Me sentí animado de que tuviéramos una buena relación.
- T : Sí, a mí también.

## **Fase intermedia de la terapia**

La mitad de la terapia es esencialmente el corazón de la FAP. En este momento, la relación terapéutica debería estar bien formada. Las CCR que se producen en la terapia son las que probablemente se darían en una relación continua en la vida diaria del cliente, en contraposición a una en sus etapas iniciales. Es importante recordar que no hay una delimitación clara entre las etapas inicial y media de la FAP. Esto se debe, en parte, a la naturaleza idiográfica y funcional del tratamiento. Dado que los clientes varían en cuanto a los problemas que presentan y a sus características, también varían en cuanto al ritmo y la profundidad de las relaciones que establecen.

Gradualmente, a medida que se construye una conceptualización del caso en colaboración y se forma una relación, el enfoque terapéutico en la confianza, la seguridad y el refuerzo contingente generalizado de amplias clases de ese tipo de conductas se agudiza para incluir conductas que son más relevantes para los objetivos del cliente. Los terapeutas se

centran más directamente en las CCR1, llamando la atención sobre ellas o bloqueándolas, y promueven las CCR2, incluyendo el fomento de las habilidades de relación evaluadas por la FIAT (véanse los capítulos 3 y 4). Las estrategias de generalización (regla 5) también deberían ser objeto de mayor atención en la mitad de la terapia. Las tareas para casa requieren que los clientes prueben en la vida diaria las nuevas conductas que fueron efectivas en la sesión de terapia, y lo ideal es que las CCR2 se produzcan en cada sesión.

En este punto también hay que mencionar varias consideraciones conductuales. Lo ideal es que el terapeuta de FAP refuerce aproximaciones sucesivas a las conductas objetivo que el cliente va a adquirir. Al principio de la terapia, el terapeuta refuerza una clase de respuesta amplia. A medida que la terapia progresa, el terapeuta debe aumentar la especificidad de la respuesta requerida para el refuerzo. Esto puede significar que lo que se consideraba una CCR2 al principio de la terapia ya no cumple el umbral<sup>1</sup>. En otras palabras, la conceptualización del caso debe evolucionar a medida que el cliente mejora, y la respuesta del terapeuta a las CCR debe evolucionar a la par (para una introducción a los principios conductuales y al moldeamiento, consulte Pryor, 2002). Este proceso es fluido en el sentido de que el terapeuta fomentará y reforzará instancias de mejora cada vez más específicas. Ocasionalmente, el terapeuta puede volver a un conjunto anterior y más amplio de conductas reforzadas del cliente y expresará su agradecimiento por la voluntad del cliente de volver al tratamiento cuando es claramente difícil hacerlo. Al reforzar estas respuestas del cliente adquiridas anteriormente en el tratamiento, el terapeuta está intentando reforzar intermitentemente las conductas necesarias pero no suficientes del cliente requeridas para que el tratamiento produzca un cambio.

En esta fase de la terapia los terapeutas FAP también se centran mucho en la función del comportamiento del cliente y del terapeuta, los procesos in-vivo momento a momento entre el terapeuta y el cliente, el impacto de las respuestas del cliente en el terapeuta y el impacto del comportamiento del terapeuta en el cliente. Los formularios que se asignan o a los que se hace referencia en esta fase incluyen las "Preguntas típicas de la FAP", el "Registro de riesgos emocionales" y el "Cuestionario de mitad de la terapia" (véanse los Apéndices E, N, G). Estos formularios pueden ayudar a los terapeutas a evocar los pensamientos y sentimientos del cliente sobre la relación terapéutica.

### ***Centrarse en la evitación***

Un enfoque típico dentro de la FAP es la evitación y el papel central que puede desempeñar en las dificultades del cliente. La evitación puede aparecer in vivo cuando los clientes no están en contacto con las características de la relación terapeuta-cliente que reflejan sus relaciones vitales externas. Por ejemplo, un cliente puede esforzarse por ver al terapeuta como un profesional, en lugar de una persona real que se preocupa por él. Una afirmación afectuosa

---

<sup>1</sup> Esto puede recordar a las imágenes de Skinner en las que se enseña a las palomas a girar en círculo. movimiento de la cabeza en sentido contrario a las agujas del reloj que fue reforzado inicialmente, deja de serlo una vez que la paloma ha aprendido a girar 180 grados. paloma ha aprendido a girar 180 grados.

puede ser reinterpretada como "algo que tienes que decir porque te estoy pagando". En esta situación, el terapeuta puede preguntarse en voz alta si el cliente también tiene razones para que otras personas de su vida no digan la verdad sobre cómo se sienten. Lo que es más importante, el terapeuta puede bloquear suavemente esta evasión repitiendo la afirmación cariñosa, que funcionará como exposición y, con suerte, provocará CCR2.

La evitación también puede aparecer en la sala de terapia en un sentido mucho más básico. Específicamente, un cliente puede trabajar para evitar sentir realmente lo que sea que haya que sentir en un momento de terapia dado. Esta es una situación FAP interesante porque la CCR1 de la evitación puede no ser particularmente interpersonal en el sentido de que el cliente puede evitar la experiencia de la emoción verdadera incluso cuando está solo; en su superficie esto no parece ser un repertorio interpersonal que pueda ser moldeado por un terapeuta FAP con refuerzo. Sin embargo, para muchos clientes que tienen dificultades para experimentar emociones, esta dificultad se traduce en problemas de intimidad, confianza y empatía. ¿Cómo se puede comprender y aceptar realmente la experiencia de otro si no se puede hacer lo mismo con uno mismo? Por ejemplo, en el caso de Alicia, la evasión al principio parecía sencilla: no se había permitido llorar por la muerte de su querido perro. Pero para ella, el duelo por una pérdida la llevó a ponerse en contacto con el dolor de otras pérdidas en su vida, como las rupturas de relaciones que le rompieron el corazón. Permitirse llorar se asociaba a una pérdida de control que muy probablemente había sido castigada por sus allegados en el pasado.

Así, aunque la CCR1 de evitación emocional puede no ser interpersonal, el CCR2 - experimentar la emoción plenamente y sin defensa- puede ser extremadamente poderoso cuando se comparte con otro ser humano. Por lo tanto, los terapeutas de FAP trabajan mucho con la CCR1 de evitación y promueven la CCR2 de contacto con la experiencia tanto por razones intrapersonales como interpersonales, y el contacto emocional profundo casi siempre fortalece la relación terapéutica.

En la FAP, la clave para promover y responder al contacto emocional profundo suele ser centrarse en la experiencia visceral directa. Se puede animar a los clientes a que experimenten plenamente su evitación describiendo lo que sienten en sus cuerpos y, a medida que las emociones afloran, a que permanezcan en contacto con la experiencia visceral. Reforzar este contacto puede ser bastante sencillo pero profundo, aceptando las experiencias y el dolor de los clientes, dejándoles sentir el propio apoyo y ampliando la propia cercanía que se siente en respuesta.

Otras consideraciones también son importantes en situaciones en las que hay mucho miedo a entrar en contacto con lo que se está evitando. Como en toda buena terapia de exposición, es importante permitir que los clientes estén a cargo de su propio ritmo, y que sientan plenamente su elección de permanecer donde están. También puede ser útil explorar lo que significa evitar frente a avanzar, y validar todo lo que ya están haciendo al servicio de su crecimiento. Puede ser fácil para un terapeuta subestimar la tremenda dificultad de contactar con el dolor del duelo y la pérdida. Ni que decir tiene que los terapeutas tienen que

comprometerse plenamente a enfrentarse a sus propios problemas de evitación para poder ser eficaces en la reducción de la evitación de sus clientes.

### ***Una típica interacción FAP ideal***

Durante la fase media de la terapia, los terapeutas prestan atención a las oportunidades de crear interacciones FAP "ideales". Una interacción FAP típica suele comenzar con la discusión de un problema que el cliente tiene en el mundo exterior. Por ejemplo, considere la transcripción entre JWK y una mujer adulta joven deprimida, "Nathalie", que se presenta a continuación. La transcripción ha sido ligeramente modificada para mejorar la claridad.

Durante la sesión, Nathalie describió su miedo a ser genuina con un hombre, Ryan, por el que se había sentido atraída en un evento social. JWK le preguntó a Nathalie si alguna vez había sentido un miedo similar con él. Este tipo de paralelismos (véase el capítulo 4) puede hacer que el foco de atención se desplace hacia las CCR. Nathalie respondió que sí sentía ese miedo con JWK, y que lo estaba sintiendo "ahora mismo". JWK le preguntó cómo sabía que lo estaba sintiendo en ese momento y ella respondió: "Porque estoy trabajando muy duro para no llorar, para no mostrarte ninguna emoción en este momento".

A menudo, sobre todo en las primeras fases de la terapia, la primera CCR que se produce en una sesión es una CCR1. Este fue el caso de Nathalie. JWK observó que la respuesta de Nathalie era una CCR1 (Regla 1), concretamente la evitación emocional, e intentó evocar una CCR2 (Regla 2) diciendo: "¿Qué puedes hacer ahora mismo para ser más genuina, más real conmigo?". Durante los siguientes minutos, Nathalie siguió evitando ser más genuina, y JWK continuó animándola suavemente. Esto tampoco es raro, ya que los repertorios de CCR pueden ser bastante persistentes. Finalmente, empezó a llorar un poco y preguntó: "¿Qué significa para ti que esté sentada aquí sintiendo tanto?".

JWK reconoció esto como una CCR2 y amplió sus sentimientos hacia ella en un intento de ser naturalmente reforzante. Dijo: "Cuando lloras así, tira de mi empatía, me calienta hacia ti, siento una sensación de cariño hacia ti cuando te veo así y sólo pienso, esta es la verdad honesta, sólo pienso que me gusta mucho esta persona y espero poder ayudarla en esto. Veo que estás luchando, y me siento un poco triste, sólo porque estás triste, y me gustas, y por eso me pone un poco triste".

La respuesta de JWK fue bastante evocadora para Nathalie y comenzó a llorar mucho, continuando durante varios minutos. Esta fue, de hecho, la primera vez que Nathalie había llorado de verdad en terapia. JWK reconoció que esto era inusual y un CCR2 significativo. Siguió ofreciéndole apoyo, pero dijo muy poco. Cuando Nathalie dejó de llorar de forma natural, le preguntó: "¿Cómo te sientes ahora?". (Regla 4).

Nathalie respondió: "Aliviado. Exhausta. Un poco nerviosa todavía, pero intensa". Después de discutirlo, JWK hizo un resumen de lo sucedido (regla 5) diciendo: "Empezaste sintiéndote emocional, mostrándolo un poco, y teniendo algunos miedos al respecto, y lo comprobaste conmigo. Una vez que oíste lo que realmente pensaba, se te abrió mucho y

saliste al exterior, y ahora te sientes aliviado, un poco más seguro, pero todavía con algunos nervios; no todo desapareció, obviamente. ¿Estoy entendiendo eso con precisión? Nathalie estuvo de acuerdo. "Vale. Así que te sientes más segura... al no evitar". Después de un poco de discusión, JWK terminó la interacción con un paralelo de dentro a fuera (regla 5) para ayudar a la generalización de esta CCR2, "Bueno, si hubiera reaccionado de manera diferente, no te sentirías más seguro. Así que la pregunta es: ¿cómo va a reaccionar la gente en el mundo? ¿No es así? Sabes cómo reaccionarán tu madre y tu padre, pero la pregunta es qué haces con el resto del mundo, como Ryan".

En resumen, la interacción FAP ideal comienza con un paralelo de salida a entrada basado en la observación por parte del terapeuta de una similitud entre un problema externo y un CCR1 (Regla 1). A esto le siguen los intentos de evocación (Regla 2) y, cuando se producen, el refuerzo natural de la CCR2 (Regla 3). A continuación, el terapeuta comprueba el valor de refuerzo de su respuesta (Regla 4) y proporciona una serie de estrategias de generalización (Regla 5), que incluyen una descripción funcional de lo que acaba de ocurrir, un paralelo de entrada a salida y una tarea en la que se anima al cliente a llevar la CCR2 "por el camino".

A continuación se presenta otra transcripción para ayudar a aumentar la claridad. Aunque la mayoría de las comunicaciones terapéuticas no son tan sucintas, se ha excluido una charla adicional para destacar la interacción ideal y la aplicación de las cinco reglas en secuencia.

- Cliente : Cada vez que mi mujer critica mi comportamiento, me pongo a la defensiva.
- Terapeuta : [Piensa en un posible CCR anterior en la sesión (Regla 1) y traza un paralelismo de salida a entrada]. ¿Es posible que esto haya ocurrido entre nosotros antes en la sesión?
- C : [CCR1.] No, aquí es completamente diferente. ¿Por qué preguntas eso?
- T : [Reglas 2 y 3: Se da cuenta y responde contingentemente a CCR1 y evoca ua CCR2, no necesariamente en la misma declaración]. Bueno, lo pregunté porque me pareció que estabas un poco a la defensiva entonces y pareces un poco a la defensiva ahora. ¿Qué podrías intentar ahora para parecer menos defensivo?
- C : Creo que cuando recibo críticas, mi estado de ánimo cambia rápidamente y siento que mi estima se ha desinflado.
- T : Regla 3: Responde contingentemente a CCR2.] Sabes, oírte decir eso me hace sentir mucho más conectado contigo que recibir una respuesta defensiva.
- T : Regla 4: Comprueba el valor de refuerzo de la respuesta a CCR2.] ¿Qué le ha parecido oírme decir que me siento más cerca de usted? o] Después de oírme decir eso, ¿está usted más o menos dispuesto a hablar de lo que pasó antes en la sesión?

- T : Regla 5: Describir las relaciones funcionales implicadas en el comportamiento durante la sesión: Yo dije algo que te desinfló y tú me dijiste cómo te sentías, tu compartir eso me hizo sentir más cerca de ti y te lo dije, lo que nos permitió tener una discusión difícil.
- T : Así que parece que esta situación es muy similar a lo que ocurre entre usted y su esposa.
- T : [Regla 5: Da deberes.] ¿Crees que podrías intentar esto mismo con tu mujer a lo largo de la semana?

### *El medio de la terapia con 'Alicia'*

En esta transcripción de la fase media de la terapia (Sesión 10) con Alicia, MT se centra en el progreso de Alicia en "amarse" a sí misma, definido conductualmente como ser menos dura y más cariñosa en su autoconversación, dedicarse al autocuidado como hacer ejercicio y comer más sano, y dejarse creer la alta consideración positiva que MT tiene de ella. Al leer esta transcripción, intente identificar los componentes de la interacción FAP ideal.

- Terapeuta : Tomemos un respiro y estemos el uno con el otro aquí... Estoy leyendo en tu formulario de la Sesión Puente que estás empezando a amarte a ti mismo. Es tan emocionante para mí escuchar eso; es tan grande.
- Cliente : Es, y tal vez esto es lo que realmente necesito para conducir a casa, que me ayuda a ser mejor para mí mismo... Esta es la herramienta que nunca he aprendido.
- T : ¿Amarse a sí mismo?
- C : Sí. Lo escribí y lo puse en mi relicario especial que me dio mi abuela. De vez en cuando juego con mi relicario y cuando lo toco, pienso "Oh, ya sé lo que hay ahí". Dice: "De todas las personas del mundo, yo soy la que más merece mi amor. Tú, tanto como cualquiera en el universo, mereces tu amor y tu afecto".
- T : ¿Cómo se siente este compromiso, que es la herramienta que faltaba?
- C : Emocionante, pero nebuloso. Todavía estoy en una especie de entrenamiento. Lo estoy descubriendo.
- T : Así que estamos en medio de mi respuesta a cómo estás cambiando, y estás tan comprometido en este proceso. Me siento igual de comprometido. La forma en que estás pensando en las cosas y escribiendo sobre ellas, es muy, muy emocionante para mí. Me encuentro tratando de contenerme, porque probablemente no estás acostumbrado a ello.
- C : Y probablemente no te creería. Sin embargo, puedo entender que sea emocionante tener a alguien trabajando contigo, que se deje llevar por la

corriente.

- T : ¿Así que no me crees?
- C : No. Quiero decir que sí, pero, es que... Supongo que si lo dejara asimilar te creería.
- T : ¿Cómo dejarías que se hundiera, en este momento? Que estoy emocionado por las formas en que estás cambiando.
- C : Si lo pienso en tercera persona... por ejemplo, tengo una amiga que es terapeuta y tiene un cliente realmente comprometido que está dispuesto a intentarlo de verdad. Entonces me doy cuenta de que eso me entusiasmaría bastante. Especialmente porque este es tu trabajo, es lo que te interesa, es decir, es enorme y esto podría ayudar a mucha gente.
- T : Sí, podría ayudar a mucha gente.
- C : También creo que tampoco estoy acostumbrada a que la gente exprese sus sentimientos, es decir, tú expresas tus sentimientos y yo no estoy acostumbrada a eso... Valoro mucho las relaciones sinceras, eso es muy importante para mí. Supongo que tengo que confiar en la persona para creer lo que me dice. Es difícil porque... en el trabajo mi supervisor... no me da un apoyo concreto.
- T : Así que te gustaría que te devolviera comentarios más concretos. Y cuando lo haga aquí...
- C : Te creo.
- T : Cuando antes te decía que estaba entusiasmado por todo lo que has cambiado, me decías 'no te creo'. ¿Pero ahora dices que sí me crees?
- C : Porque creo que lo he procesado y ahora que lo pienso, tiene sentido. Sólo necesito hacerlo por un tiempo. Tengo un reflejo que me lanza un muro, "No, no te creo. ¿Por qué habría de hacerlo?
- T : Y luego lo procesaste y ...
- C : Una vez que lo ablande, sí.
- T : ¿Qué se siente físicamente?
- C : Cuando lo dijiste por primera vez ni siquiera había una sensación física.
- T : ¿Igual que un muro?
- C : Sí, y ahora siento que lo he dejado entrar en mi cuerpo, está en mi cuerpo y se siente bien.
- T : Ni siquiera he empezado a contarte todas las razones por las que estoy emocionada. Bueno, empecé... diciendo que es increíble que me hayas

mostrado este relicario de más de 60 años, con el mensaje de que no hay nadie más importante para amar que tú. Y eso me golpea fuerte, en el estómago, lo siento. De hecho, se me saltan las lágrimas. [T2, la MT expresa sentimientos fuertes; Regla 2, evoca el CCR; Regla 3, refuerza naturalmente el progreso del cliente].

- C : Eso está bien. Lo curioso es que cuando lo hice pensé que sólo lo hacía como una herramienta para ayudarme a recordar. Ahora me doy cuenta de que lo hacía porque significaba mucho más para mí.
- T : Sí y realmente entiendo que esto signifique tanto para ti y que estés realmente comprometido con este proceso de amarte a ti mismo.
- C : Sí. Es una herramienta. Ni siquiera es una herramienta; es una parte de la vida que me pierdo. Y realmente quiero hacerlo.
- T : Esto parece un punto de inflexión. [Regla 3, refuerzo natural.]
- C : Esta semana se sintió realmente importante... Tengo mucha simpatía, quiero decir que trabajo en un hospital y quiero ser cuidador. Y no puedo hacer ninguna de esas cosas si no puedo hacerlas por mí misma. No estaré del todo, faltará una parte de mí.
- T : ... ¿Te das cuenta de que estoy emocionado por lo que estamos hablando? [Regla 2, evocar CCR.]
- C : Sí.
- T : ¿Cómo le afecta? [Regla 2, evocar el CCR; Regla 4, evaluar el impacto].
- C : No sé, es un poco raro, pero me siento cómodo con ello. No me molesta.
- T : Estoy un poco sorprendido de cómo estoy reaccionando. Creo que realmente entiendo lo grande que es esto y a eso estoy reaccionando. [Regla 3, refuerzo natural.]
- C : Sí, me golpearon psíquicamente, con un dos por cuatro. Lo que necesitaba, y me llevó mucho tiempo. No sé, nunca me di cuenta, cada vez que he tratado de cuidar de mí misma o tener amor propio para mí ... En mis relaciones con mis novios, siempre se trataba de mi sacrificio, siempre.
- T : ... ¿Y en este momento qué significa amarse a sí mismo, en este proceso conmigo? [Regla 2, evocar CCR, trayendo sus sentimientos y comportamiento en el momento].
- C : Tengo tanto miedo involucrado. Tengo tanto miedo de conectar conmigo misma porque me he odiado durante mucho tiempo. Así que estoy completamente convencida de que una parte de mí es tan horrible y fea, y tan lamentable. Y cómo podría amar eso. Pero estaba pensando en las cosas que podría decirme a mí misma, y de hecho hoy estaba realmente cabreada porque tengo un enorme grano en la barbilla... Pero sabes que me levanté y me miré en el espejo y dije "esto pasará".

- T : ... Y parte de amarte más a ti mismo es ser capaz de hacer estas cosas, estar abierto a la experiencia del momento presente. Parece que has estado haciendo eso conmigo en las sesiones. Estar realmente aquí. La clienta le dio a MT un ejemplo de cómo estaba siendo más cariñosa consigo misma, pero no un ejemplo in vivo como se pidió. MT sugiere que la clienta está siendo más abierta a sí misma al estar realmente presente en el momento con ella].
- C : ...quiero decir que dices que estás muy emocionado y todo eso, pero no puedo imaginarme tener que sentarte frente a mí, y escucharme...
- T : ...siento mucha compasión por ti.
- C : Pero, no sé cómo podrías ...
- T : ¿Quieres que entre en materia, por qué siento compasión?
- C : Sí. Quiero decir que esa es la parte que no entiendo. [CCR2, pidiendo lo que quiere, aunque la información sea incómoda para ella.]
- T : Bien... Esté abierto a lo que tengo que decir. Cuando naciste, en primer lugar tuviste un parto muy difícil y empezaste a tener todas estas enfermedades físicas, el asma, las infecciones, no es tu culpa. Tu madre estaba deprimida, y parece que estaba centrada en sí misma, has utilizado la palabra narcisista. Dijiste que te sentías emocionalmente abusada, y abandonada. ¿Cómo podrías estarlo si no has tenido el apoyo que te corresponde? Eso te lleva a sentirte deprimida y sin esperanza. Has tenido todos estos obstáculos y has sufrido tanto, y aquí estás intentando lo mejor y haciendo todos estos cambios. Y pude notar eso desde nuestra primera sesión, que no eres una persona que deja de fumar, que perseveras, que querías intentarlo y que tienes estos ideales para ti misma, sobre tus metas y sueños, quieres hacer acupuntura y desarrollar una relación de nuevo, estar saludable, comprometerte a no fumar. Así que eso es principalmente lo que tengo en cuenta... [Regla 3, naturalmente reforzar su compromiso con la terapia; regla 2, evocar CCR de tener un tiempo difícil de creer en la retroalimentación positiva]. ¿Cómo estás con mi retroalimentación en este momento?
- C : Bien.
- T : Bien, porque empecé diciendo que realmente quiero que estés en tu cuerpo y me escuches, que por eso siento compasión, y lo aceptaste...
- C : Me hace sentir mejor, me siento un poco animado.
- T : ¿Sí? ¿Cómo se siente eso?
- C : Son las veces que realmente me creo los cumplidos de alguien.
- T : No es un cumplido, a menos que sea una forma abreviada de decir algo positivo sobre ti. Pero se siente como la verdad.
- C : Sí.

- T : Es como te veo y te experimento.
- C : Sí, y los cumplidos no son necesariamente honestos. Supongo que esa es la diferencia.

Esta interacción es un ejemplo de cómo MT da a Alicia una gran cantidad de feedback auténtico y positivo en cuanto a sus reacciones personales, y trabaja con la CCR1 de Alicia de no creer y facilita su CCR2 de dejarse llevar por la consideración positiva de MT. Este tipo de retroalimentación del terapeuta, una reacción personal auténtica y positiva hacia el cliente, puede ser tanto evocadora (Regla 2) como naturalmente reforzadora (Regla 3), y por lo tanto es un componente importante de la FAP.

## **Fase final de la terapia**

Al igual que al principio de la terapia, la fase final de la terapia en la FAP tiene CCR únicos. Es probable que la finalización de la terapia sea difícil tanto para el cliente como para el terapeuta, especialmente si se ha formado una relación sólida. Por lo tanto, la terminación debe discutirse pronto, para que ambos participantes puedan tener un número de sesiones para discutir el final de la terapia. Este proceso puede variar en función de la duración del tratamiento. Por ejemplo, en la terapia de corta duración o limitada en el tiempo, el cliente y el terapeuta pueden saber desde el principio que el tratamiento sólo consistirá en 20 sesiones o en un número determinado de meses. En el tratamiento a largo plazo, la finalización puede producirse una vez que el cliente y el terapeuta estén de acuerdo en que se han alcanzado los objetivos o que se ha progresado lo suficiente. Para reiterar, como el FAP es un tratamiento idiográfico, no hay una duración determinada del tratamiento ni un número determinado de sesiones necesarias para procesar la terminación.

La terminación debe verse como una oportunidad para ayudar al cliente a construir un nuevo repertorio de pérdidas y finales. A menudo, las relaciones en el mundo exterior no terminan bien. A veces terminan cordialmente, a veces con enfado, y en algunas ocasiones los individuos simplemente se separan gradualmente sin llegar a despedirse. Pero rara vez se ve el final (excepto quizás cuando una muerte es inminente y se está preparando) como una oportunidad para explorar realmente su significado y sentirlo plenamente. Los terapeutas de la FAP se esfuerzan por conseguir esos finales significativos. El terapeuta puede iniciar una conversación sobre la terminación diciendo algo como: "Los finales y las pérdidas forman parte de la vida y de las relaciones, y la terapia y la relación terapéutica permiten una oportunidad única para terminar una relación importante de forma reflexiva reconociendo el impacto que hemos tenido el uno en el otro".

Las "Herramientas para el final de la terapia" (véase el Apéndice K) pueden ayudar en el proceso de consolidación de los logros y de despedida significativa. Una de las preguntas del formulario que puede explorarse con gran detalle es: "Para muchos clientes, el final de la terapia trae consigo sentimientos y recuerdos de transiciones y pérdidas anteriores. ¿Qué

pensamientos y sentimientos le provocan los finales en general? ¿Qué pensamientos y sentimientos tienes sobre el final de esta relación terapéutica? Dado que el terapeuta tendrá ahora una conceptualización del caso bien formada y evolucionada del cliente, deberá entonces determinar si las respuestas del cliente son CCR1 o CCR2 y entonces responder adecuadamente.

Los terapeutas de la FAP también pueden optar por escribir una carta de fin de terapia; dicha carta puede ser un componente importante del proceso de despedida. La carta puede incluir una descripción de los progresos realizados, lo que el terapeuta aprecia del cliente, cualquier interacción que haya sido conmovedora para el terapeuta o que haya destacado durante la terapia, lo que el terapeuta recordará o se llevará de la terapia, lo que el terapeuta quiere que el cliente se lleve, las esperanzas y los deseos para el cliente y los consejos de despedida. Estos son también los tipos de cuestiones que el cliente y el terapeuta deben discutir cuando se habla de la terminación. Proporcionar a los clientes una carta de clausura les da algo tangible que llevarse de la terapia y un recordatorio concreto de su progreso y de la relación. Este es un ejemplo de una carta de este tipo escrita por MT a Alicia y leída en voz alta en la última sesión.

Nuestra vida es un aprendizaje de la verdad de que alrededor de cada círculo se puede dibujar otro; que no hay fin en la naturaleza, sino que cada fin es un principio... Ralph Waldo Emerson (s.f.)

Querida Alicia,

Esta carta significa una graduación con honores por tu parte. Mirando la lista de objetivos elevados que nos fijamos para ti, es absolutamente asombroso cómo has logrado o hecho un progreso significativo hacia todos ellos: establecer una alianza terapéutica, aclarar tus valores, dar pasos en direcciones valoradas, ser más social, estar libre de humo, aumentar la autoaceptación, aumentar la atención plena, aumentar el pensamiento empoderado, estar con y procesar los sentimientos evitados, procesar las pérdidas, disminuir la depresión, aumentar la salud, aprender de nuestra relación terapéutica como un microcosmos de las relaciones de la vida cotidiana. Aunque nos volvamos a ver, hemos completado una gran sinfonía en nuestro trabajo juntos. Se ha dicho que "Grande es el arte de empezar, pero más grande es el arte de terminar" (Lazurus Long, s.f.). ¿Cómo puedo resumir adecuadamente en una carta los aspectos más destacados de este importante y significativo viaje que hemos emprendido? Estoy agradecido de que nuestros caminos se hayan cruzado, de que el universo nos haya reunido durante este lapso de tiempo. En tu trabajo, ha habido mucho dolor, pero muchos atisbos de la felicidad que se filtra por debajo, esperando la liberación. Ha habido mucha lucha, pero mucho más triunfo.

He disfrutado mucho trabajando contigo. El propósito de esta terapia es involucrar a nuestros clientes en un trabajo que les cambie la vida, y tú estás bien encaminado. Dejaste de fumar el 24 de marzo, una hazaña que fue impresionante e inspiradora para mí. Nunca olvidaré la determinación que mostraste, el sufrimiento que soportaste, los impulsos que toleraste, ni las llamadas telefónicas a las 6 de la mañana que hice para que no fumaras ese primer cigarrillo del día. Si tienes la determinación y las agallas para dejar de fumar, teniendo en cuenta lo insoportablemente difícil que fue para ti, *puedes hacer cualquier cosa* que te propongas.

Un punto de inflexión en nuestro trabajo fue cuando asumí el papel de tu voz crítica y la reflejé para ti. Ese fue el comienzo de un profundo reconocimiento por tu parte de la importancia de ser más cuidadoso contigo mismo. Nunca olvidaré que unas semanas más tarde, después de terminar el libro *Loving Yourself* de Kingma (2004), me dijiste que empezabas a quererte a ti misma, que te abrazabas a ti misma por la noche y te decías: "Alicia, te quiero", y que habías puesto la cita de Kingma en el relicario que te regaló tu abuela: "De todas las personas del mundo, yo soy la que más merece mi amor".

Lo que más me emociona, además de que hayas dejado de fumar y hayas encontrado/actuado sobre tu amor propio, es que hayas recuperado tu poeta y escritor interior. Tu elocuencia a la hora de expresarte por escrito es un don especial: tienes el poder de hacerme reír, llorar, reflexionar e inspirarme con tus palabras. Es un talento que espero que utilices con frecuencia en el futuro.

Antes de que participaras en esta terapia, habías estado deprimido gran parte de tu vida. Ahora que gran parte de su depresión se ha aliviado, es normal que los períodos de oscuridad vayan y vengan, se intensifiquen y disminuyan. Si incorporas con regularidad las habilidades que has adquirido en nuestro trabajo conjunto, los sentimientos de depresión serán menos tenaces y estarás en contacto de forma más constante con tu voz interior central que está tan llena de luz:

1) *Atención plena*. Se trata de una habilidad en la que la gente suele pasar toda la vida trabajando. Implica la capacidad de observar los procesos internos, los pensamientos y los sentimientos, sin dejarse llevar por ellos. Es una herramienta poderosa para poder utilizar la palabra clave "respirar", para describirte a ti mismo tus sensaciones viscerales, para observar tus pensamientos y no dejarte persuadir por los que no son útiles, como los de tu voz crítica. Cuando surgen pensamientos que no quieres aceptar, puedes decirte a ti mismo: "Oh, bueno, es sólo un pensamiento"

2) *Activación conductual*. Recuerda que la activación conductual es realmente útil para ti. Usted llenó muchas tablas de compromiso de actividades para mí (por ejemplo, sobre caminar, hacer cuentas), y el patrón era típicamente que su depresión disminuía, su voluntad aumentaba, y su sentido de lucha disminuía cuando se involucraba en una actividad productiva.

3) *Avanzando en tu evasión*. Hiciste grandes avances en el tratamiento de una tendencia casi universal, la de evitar lo que es doloroso. Nos centramos en cómo nuestra capacidad para validar los sentimientos de dolor y pérdida abre la puerta a la alegría. Evitar el dolor puede llevarnos a una depresión insensible, a una superficialidad de la vida en la que sentimos el dolor de algo que falta. Compartiste conmigo mucho dolor que sostuve con ternura; hay mucho más que sentir cuando estés preparado. En el ámbito interpersonal, hablamos de cómo cuando alguien se ha comprometido contigo, en este caso, conmigo, puede hacer que quieras alejarte. Recuerda que lo mejor es hacer lo que hiciste conmigo, hablarlo de forma reflexiva.

4) *Autocuidado*. Dejar de fumar es uno de los mayores logros de autocuidado que uno puede hacer. También has estado comiendo de forma más saludable y haciendo más ejercicio y, por lo tanto, has bajado más de 10 libras, en tu camino para recuperar completamente tu salud y vivacidad. Escribiste en un formulario de enlace de la sesión lo importante que era para ti compartir directamente los problemas y las cuestiones que tienes, para honrar "cómo hago las cosas por mí mismo". Honrarte a ti mismo es una forma definitiva de autocuidado.

Llevo más de 25 años ejerciendo, y usted es uno de mis clientes más inolvidables. Me ha inspirado mucho su empuje, su compromiso de curarse a sí mismo. Cuando tengo momentos de debilidad, como cuando me tienta la comida basura, pienso en cómo fuiste capaz de resistir a los cigarrillos, y soy capaz de pasar de lo que no es bueno para mí. Siempre recordaré y me inspiraré en tu capacidad para resistir tus monumentales ganas de fumar.

Me trajiste un regalo muy simbólico después de dejar de fumar: una libélula decorada con una cita de Shakespeare: "No es oro todo lo que reluce. No todos los que vagan están perdidos". Estas palabras son muy apropiadas para ti, ya que personifican para mí tu conocimiento interior. He sido testigo de lo poderosa que es tu intuición, de cómo sabes a un nivel profundo lo que quieres y lo que es correcto para ti. Escuchas a tu propio tamborilero interno, tienes tu propio ritmo y tiempo en términos de cómo quieres vivir tu vida. La libélula también simboliza quién eres. Con sus alas brillantes y su forma delicada, es una criatura mágica. Las libélulas simbolizan la transformación. Tú estás en un proceso de transformación importante, Alicia. A medida que te mantengas en sintonía con tu voz interior, sabrás cuándo iniciar los cambios que sabes que son necesarios, y cuáles puedes estar evitando.

Creo totalmente en ti, Alicia, en tu capacidad para alcanzar tus sueños y en la energía que aportas a aquellos cuyas vidas tocas. Si necesitas una sesión de puesta a punto, estoy a sólo una llamada telefónica o un correo electrónico de distancia. Hasta que te vuelva a ver, te deseo que sigas teniendo éxito en el camino que has elegido y la plena expresión de tu verdadero y maravilloso ser.

En conclusión, la fase final de la FAP es un momento para consolidar los logros y garantizar que las interacciones positivas que han tenido lugar en la relación terapéutica se han generalizado a la vida exterior de los clientes. Es una oportunidad para modelar cómo una relación puede terminar positivamente, con sentido y sentimiento. Los clientes deben tener un sentido claro de las formas en que son especiales, y claridad sobre lo que tienen que aportar a las relaciones en sus vidas, sus comunidades y quizás el mundo.

## Referencias

- Callaghan, G. M., Gregg, J. A., Marx, B., Kohlenberg, B. S., & 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.
- Emerson, R. W. (n.d.). Retrieved August 1, 2007, from <http://www.cccircles.com/>
- Follette, W. C., Naugle, A. E., & Callaghan, G. M. (1996). A radical behavioral understanding of the therapeutic relationship in effecting change. *Behavior Therapy*, 27, 623–641.
- Holman, G. I., Sanders, C., Kohlenberg, R. J., Bolling, M. Y., & Tsai, M. (2006). Pilot study of a behavior analytically informed integrated treatment for depression and smoking cessation. Poster session presented at 40th Annual Convention of the Association for Behavior Analysis, San Diego, CA.
- Kanter, J. W., Manos, R. C., Busch, A. M., & Rusch, L. C. (in press). Making Behavioral Activation more behavioral. *Behavior Modification*.
- Kanter, J. W., Tsai, M., & Kohlenberg, R. J. (Eds.). (in press). *The practice of Functional Analytic Psychotherapy*. New York: Springer.

- Kingma, D. R. (2004). *Loving yourself: Four steps to a happier you*. Boston, MA: Conari Press.
- Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Bolling, M. Y., Parker, C., & Tsai, M. (2002). Enhancing cognitive therapy for depression with functional analytic psychotherapy: Treatment guidelines and empirical findings. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9(3), 213–229.
- Long, L. (n.d.). Retrieved August 1, 2007, from [http://www.wisdomquotes.com/cat\\_beginning.html](http://www.wisdomquotes.com/cat_beginning.html)
- Pryor, K. (2002). *Don't Shoot the Dog!* Lydney, Gloucestershire: Ringpress Books Ltd.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 21, 95–103.

## Capítulo 8

### Supervisión y autodesarrollo del terapeuta

**Mavis Tsai, Glenn M. Callaghan, Robert J. Kohlenberg, William C. Follette y Sabrina M. Darrow**

El tipo de supervisión FAP que he recibido ha consistido en avanzar radicalmente en la dirección de la intimidad interpersonal y la confianza profunda. He llegado a confiar en mis supervisores FAP no porque operen de forma predecible en el ámbito de la comodidad emocional y la distancia interpersonal, sino porque me han demostrado sistemáticamente que quieren interactuar conmigo como una persona completa. Quieren asumir el riesgo de la incomodidad emocional, aventurarse en territorio desconocido, porque me valoran incondicionalmente. Trabajar juntos como personas completas, y llevar nuestras historias personales a nuestra relación de supervisión, ha creado una profunda confianza que considero imprescindible para este trabajo. Y aprender, por experiencia, que estamos dispuestos a mantenernos comprometidos con la relación, a formar y ser formados por el otro, a soportar lo potencialmente desagradable de las contingencias naturales al servicio de la conexión con la relación y la otra persona en el presente, en lugar de restringirla artificialmente dado el castigo que hemos experimentado en el pasado. Como puedo tolerar mucho más malestar, puedo aventurarme a crear este tipo de relación con mis propios clientes, y nunca he desarrollado alianzas más poderosas con mis clientes. Estoy más dispuesta a ir a los lugares incómodos con ellos porque tengo la sensación -por mi propia experiencia personal- de que nuestra relación terapéutica puede tolerarlo, y que la profunda confianza e intimidad que estamos formando se convierte en la base fiable sobre la que podemos experimentar con nuevos comportamientos. A medida que estoy más dispuesta a correr riesgos y a ser vulnerable en la relación terapéutica, mis clientes también corren más riesgos y muestran profundas vulnerabilidades.

(MP de la FAP supervisada)

La supervisión es integral para el desarrollo de las habilidades terapéuticas (Armstrong & Freeston, 2006), y por lo tanto este capítulo delinea un marco conceptual que facilita la comprensión del proceso de supervisión FAP (Callaghan, 2006a; Kohlenberg & Tsai, 1991). Una supervisión FAP exitosa produce la experiencia profunda y la mejora de las habilidades terapéuticas descritas en la cita anterior. Tan experiencial como didáctica, la supervisión FAP enfatiza el autodesarrollo del terapeuta, y los supervisados han sido casi uniformemente positivos en sus evaluaciones del proceso de formación. En este capítulo discutiremos: (1) los dos tipos de conocimiento que son los objetivos de la supervisión FAP; (2) los métodos de supervisión FAP individual; y (3) las modalidades de formación adicionales, incluyendo la supervisión de grupo y los cursos de prácticas. El capítulo concluye con una discusión sobre la ética y las precauciones que implica la supervisión FAP.

## **Objetivos de la supervisión de la FAP**

En consonancia con la supervisión en todas las orientaciones teóricas, el primer objetivo de la supervisión FAP es aumentar la base de conocimientos del supervisado, o el "conocimiento intelectual" inherente al desarrollo de las habilidades de pensamiento crítico y conceptual de los científicos/profesionales. Este tipo de conocimiento puede denominarse "saber que" y se consigue mediante el modelado de la competencia, las instrucciones específicas (incluidas las tareas de lectura), el establecimiento de objetivos y la retroalimentación sobre el rendimiento (Milne y James, 2000). Consiste en un repertorio verbal para describir las características importantes del proceso terapéutico (Hineline, 1983). Por ejemplo, los supervisores de la FAP aprenden a *saber que* es importante (1) desarrollar una conceptualización del caso para comprender qué conductas del cliente pueden ser CCR1 y CCR2; (2) evocar y reforzar naturalmente las CCR2; y (3) realizar un análisis funcional de las T1 (conductas problemáticas del terapeuta) y las T2 (conductas objetivo del terapeuta) que ocurren durante el tratamiento y la supervisión. El proceso de descripción que constituye el "saber que" guía al terapeuta durante el tratamiento evocando la clase general de conductas autogobernadas (véase el capítulo 2). El "saber que" se refiere esencialmente a una base de conocimientos básicos de lo que es importante en la FAP para ayudar a aliviar el sufrimiento del cliente. Esta base de conocimientos se proporciona en parte para enseñar al terapeuta habilidades esenciales, como saber cuándo y cómo responder a la conducta problemática del cliente y proporcionar respuestas a las mejoras clínicas en la sesión. Las reglas que sigue el terapeuta pueden ayudarle a recordar que debe estar atento, responder y evocar esas mejoras clínicas que se producen en la sesión. Un objetivo clave de la formación en FAP es desarrollar la flexibilidad, de manera que los terapeutas puedan observar el impacto de sus propias respuestas en los clientes y luego ajustar su estilo, estrategia o repertorio según sea necesario. Todo lo anterior debe llevarse a cabo en el contexto de permanecer genuino en la entrega de una respuesta, y depende de que los terapeutas se den cuenta de sus propios sentimientos hacia el cliente, lo que conduce al segundo objetivo de la formación.

El segundo objetivo de la supervisión de la FAP es aumentar el "conocimiento emocional" que desempeña un papel fundamental a la hora de notar, evocar y fortalecer las

CCR. Este tipo de conocimiento, "saber cómo", es esencialmente *lo que hace* el terapeuta. El "saber cómo" tiende a corresponderse con el comportamiento en forma de contingencia y puede ocurrir fuera de la consciencia. Se describe en el lenguaje cotidiano como "profundo", "emocional" e "intuitivo" (Skinner, 1974). En consonancia con la distinción entre la conducta en forma de contingencia y la gobernada por reglas (véase el capítulo 2), el "saber cómo" se aprende a través de la exposición directa a una intensa relación interpersonal con el supervisor, en la que se emiten y notan importantes respuestas emocionales. Esta exposición es el componente experiencial de la supervisión FAP. El contraste entre el conocimiento intelectual ("saber que") y el conocimiento emocional ("saber cómo") es descrito acertadamente por un supervisado en la siguiente cita.

Muchos otros supervisores intentaron enseñarme a estar emocionalmente presente con mis clientes. Pero estoy descubriendo que estar presente es algo que hago de corazón. Para realizar esta tarea, necesitaba algo más que oírlo en la supervisión, leerlo en un artículo o verlo en un vídeo. Necesitaba experimentarlo yo mismo, in vivo, dentro de la relación de supervisión. Ese es, para mí, el núcleo de la FAP y de la supervisión FAP que me está transformando a mí y a mi trabajo.

Aunque la FAP implica tanto el "saber cómo" como el "saber que", y ambos tipos de conocimiento se informan mutuamente, una preocupación es que el seguimiento estricto de las reglas puede interferir con la atención a lo que realmente está ocurriendo durante la sesión y la respuesta a las contingencias a medida que cambian (Follette y Callaghan, 1995). Safran y Muran (2001) sugieren igualmente que en la supervisión, como en la terapia, todas las interacciones tienen lugar dentro de un contexto relacional. Sostienen que la supervisión debe incluir oportunidades experienciales in vivo porque el aprendizaje principalmente a nivel conceptual es insuficiente.

Consideremos los clientes que tienen dificultades que se evocan en el contexto de las relaciones interpersonales cercanas. A grandes rasgos, estos pueden denominarse problemas de intimidad, y suelen darse en mayor o menor medida en casi todos los clientes, así como en nosotros mismos como terapeutas y supervisores. La FAP es muy difícil de llevar a cabo si los terapeutas tienen problemas de intimidad similares a los que tienen sus clientes, y este dilema se agrava si tienen poca consciencia de cómo emergen sus limitaciones interpersonales en su papel de terapeutas. Cuando los supervisados participan en un entorno de supervisión que evocan las CCR1 de intimidad y a la vez moldea y refuerza suavemente las CCR2 de intimidad, adquieren la respuesta pura, teñida de emoción, en forma de contingencia, que los posiciona mejor para hacer lo mismo con sus clientes. En otras palabras, el entrenamiento experiencial durante la sesión de supervisión ayuda a nutrir y evocar el mejor yo de los supervisados (definido como emisor de CCR2) como auténticos seres humanos, permitiéndoles así ayudar a sus clientes a hacer lo mismo.

Hay una nota de tensión intelectual en este proceso que vale la pena reconocer con los supervisados. Es importante "saber que" uno debe estar atento a que las contingencias se produzcan o incluso se desplacen en la sesión de terapia. Simultáneamente, el terapeuta no debe estar atado a reglas que requieran una respuesta particular, independientemente del contexto. Por ejemplo, un cliente puede realizar una conducta de conexión emocional (por

ejemplo, revelar un miedo a menudo no compartido) que el terapeuta reconoce como una CCR2. Esto es "saber que" ha ocurrido una CCR2. Del mismo modo, el terapeuta tendrá que responder a la conducta del cliente. Nuevamente, el terapeuta "sabe que" se justifica una respuesta a la conducta del cliente. El estilo de esa respuesta, su impacto, y la habilidad del terapeuta para notar ese impacto y luego ajustar su comportamiento es todo parte de "saber cómo" responder. Esto requiere una habilidad diferente en comparación con el conocimiento intelectual de notar que se requiere una respuesta. Requiere que el terapeuta esté en contacto con sus sentimientos durante la sesión y sea sensible a su impacto en el cliente.

En términos más generales, la buena FAP se facilita cuando los supervisados aplican las reglas de la FAP no sólo como terapeutas, sino también como seres humanos en sus relaciones de la vida diaria. Como se dijo en el capítulo 4, las primeras cuatro reglas se traducen en el lenguaje común como ser consciente (Reglas 1, 4), ser valiente (Regla 2) y ser cariñoso (Regla 3). Estas habilidades críticas o clases de respuesta fueron delineadas en el FASIT (Functional Assessment of Skills for Interpersonal Therapists) por Callaghan (2006b) para terapeutas, y son paralelas a las clases de respuesta que los clientes abordan (Callaghan, 2006c). Por lo tanto, las modalidades de entrenamiento, las tareas y los ejercicios utilizados durante el proceso de supervisión tienen como objetivo ayudar a los supervisados a desarrollar aún más esas cualidades. La tabla 8.1 enumera los repertorios óptimos del terapeuta que buscamos fomentar en la formación.

**Tabla 8.1** Repertorios óptimos del terapeuta

Habilidades interpersonales del terapeuta	Vida cotidiana	In-vivo
Afirmación de necesidades	Identificar y afirmar con autenticidad los propios pensamientos, sentimientos y necesidades. Decir verdades con compasión y asumir riesgos de forma adecuada.	Identificar y afirmar con autenticidad los propios pensamientos, sentimientos y necesidades en el momento, pedir al cliente o al supervisor que respondan de diferentes maneras, decir las verdades con compasión y asumir los riesgos apropiados que estén al servicio del crecimiento del cliente en la terapia o del crecimiento personal/profesional en la supervisión.
Impacto bidireccional	Capacidad de discriminar el impacto de uno en los demás y viceversa.	Capacidad para discriminar el impacto propio en el cliente o en el supervisor, y viceversa.
Manejo de conflictos	Participar en un conflicto sano y en la resolución de conflictos de forma eficaz con los demás.	Participar en un conflicto sano y en la resolución de conflictos de forma eficaz con los demás
Divulgación y cercanía interpersonal	Participar adecuadamente en la divulgación y la cercanía	Revelar los propios sentimientos al servicio del crecimiento del

	interpersonal con los demás. Ser íntimo y efectivo interpersonalmente. Crear relaciones estrechas, dar y recibir amor.	cliente en la terapia o del crecimiento personal/profesional en la supervisión. Ser terapéuticamente íntimo y eficaz. Crear una relación estrecha y afectuosa con el individuo en la sala.
Experiencia y expresión emocional	Discriminar, experimentar y expresar los propios sentimientos con los demás.	Discriminar, experimentar y expresar los propios sentimientos al servicio del crecimiento del cliente en la terapia o del crecimiento personal/profesional en la supervisión.

---

## Métodos de supervisión individual de la FAP

Los métodos de supervisión que se describen a continuación definen una serie de métodos mediante los cuales los supervisores pueden crear relaciones poderosas con sus supervisados. Dichas relaciones tienen como objetivo facilitar el conocimiento emocional ("saber cómo") con respecto a la FAP.

### *Crear un espacio "sagrado" para la supervisión*

Al igual que los terapeutas FAP crean un espacio terapéutico sagrado para sus clientes, los supervisores FAP crean un espacio sagrado similar para sus supervisados. Como se dijo en el capítulo 4, un espacio "sagrado" está dedicado exclusivamente a alguna persona o propósito especial, protegido por una sanción contra la incursión. Se etiqueta o no de esta manera, la propuesta clave es que los supervisores FAP proporcionen un entorno en el que los supervisados puedan sentirse seguros y cuidados mientras aprenden a aplicar la FAP. Esto se consigue minimizando la presencia de estímulos discriminativos aversivos y maximizando el refuerzo positivo. Los supervisores deben ser auténticos al describir sus pensamientos y sentimientos, y ver, evocar, valorar y reforzar las mejores cualidades de sus supervisados. En el mejor de los casos, la supervisión evoca descripciones de los supervisados como: "Es como si no hubiera nadie más en el mundo que yo, estás totalmente presente y sintonizado conmigo. Me devuelves lo mejor de lo que soy y ves lo mejor de lo que soy capaz de llegar a ser". Pero hay que tener en cuenta que la supervisión descrita anteriormente representa un punto final en el desarrollo de las habilidades de supervisión FAP; cualquier mejora que haga avanzar la supervisión en esta dirección constituye un progreso. Desde el punto de vista funcional, cuanto más sagrado sea el espacio, más probable será que la persona supervisada asuma riesgos, lo que conducirá a importantes cambios de repertorio que pueden ser transformadores.

La siguiente transcripción es un extracto de una interacción entre la MT y su supervisada RN que capta la esencia del espacio sagrado. Están procesando el final de una

intensa relación de supervisión de cuatro años caracterizada por una gran vulnerabilidad, cuidado y respeto mutuos. Las notas entre corchetes proporcionan una descripción de las normas FAP aplicadas por MT en diferentes momentos.

- Supervisor : Siento lágrimas justo debajo de la superficie. No sé muy bien cómo describirlo porque nunca lo he descrito antes. Tiene que ver con mi conexión contigo y mi conexión con mi consejero Ned. Lo sentí por primera vez cuando pensaba en despedirme de ti. Sentía que surgían estas palabras "No puedo hacer esto sin ti" (MT se refiere a que RN actuaba como su ayudante de cátedra en el curso de FAP para estudiantes graduados). Sé que puedo hacer esto sin ti, pero creo que hay algo en la forma en que él fue mi mentor y en la forma en que yo fui tu mentor, hay una conexión bastante fuerte ahí. [Regla 2, evocar CCR.]
- Terapeuta : No sé qué decir. Tengo esto que puedo hacer. Me enseñaste a hacerlo sin ti y voy a salir a hacerlo. Creo que esta carta (las cartas de despedida fueron escritas por MT y RN) me parece muy festiva, como si hubiéramos declarado cosas.
- S : Tal vez pude darle lo que él no terminó conmigo (Ned murió al final del segundo año de MT como estudiante de posgrado).
- T : Todavía voy a llamarte para la supervisión. Voy a ver a un chico muy obstinado (en prácticas)...
- S : Lo estás pasando mal con mi tristeza [Regla 1, Consciencia de CCR; Regla 2, la tristeza de MT es evocadora].
- T : Sí. No quiero que estés triste. Por supuesto que puedes hacerlo sin mí... Sí, tengo un montón de cosas de contexto histórico. No quiero que estés triste. No quiero ser la causa de tu tristeza. No quiero que desees que me quede. No quiero que te preocupes por cosas de tu vida.
- S : No lo sé. Estoy bien con no estar bien. Y está bien que esté triste.
- T : No me gusta.
- S : ¿Cómo ha sido este proceso de hacer más espacio para mí? (refiriéndose a que RN ha aprendido a bajar a MT de un pedestal y a verla como una persona genuina con emociones) [Regla 2, Evocar CCR -La vulnerabilidad de MT es evocadora-].
- T : Um, no sólo ha estado haciendo espacio para ti, ha estado haciendo espacio para ti y para nosotros y para mí...
- S : Así que me siento bien estando triste. ¿Por qué es tan difícil para ti cuando estoy triste?
- T : Porque si fueras mi padre te suicidarías.
- S : Es muy bueno que estemos hablando de esto... [Regla 3, Reforzar CCR2.]

- T : Yo estaba preparada para ir, y él estaba todo orgulloso y feliz por mí, entonces de repente "No te vayas, oh mierda, no te vayas. No puedes dejarme así. No puedo hacerlo sin ti". No sé si dijo algo de eso directamente. Pero sabes que me aceptaron para ir a Haverford en el otoño, y él empezó a hablar de la universidad comunitaria local.
- S : En realidad creo que esta es la experiencia perfecta para nosotros, porque puedo tener esos sentimientos (de no poder hacerlo sin ti), y puedo hacerlo sin ti y tú puedes hacerlo sin mí. Estoy tan feliz de que estés creciendo, expandiéndote y elevándote. Te vas con mis bendiciones. Estoy tan orgullosa de ti. Así que no tengo esto, "Oh, cómo puedes dejarme, no voy a sobrevivir". No es nada de eso. Es la tristeza que no vamos a tener esto. Y lo que desencadena del pasado es lo que te dije. Siento un montón de orgullo y alegría. [Regla 3, Reforzar CCR2; Regla 5, Generalización.]
- T : ¿Y no te vas a suicidar de ninguna manera, y vas a seguir supervisando y dando clases?
- S : Por supuesto que voy a hacer la clase de FAP.
- T : Quiero que me eches de menos y que estés bien. [CCR2, Afirmación de necesidad.]
- S : Te voy a extrañar mucho y voy a estar bien. No me pondré suicida. [Regla 3, Reforzar CCR2.]
- T : Lo sé. Hemos tenido toda esta conversación.
- S : Me ha encantado toda nuestra conversación de ahora. [Regla 3, Reforzar CCR2.]
- T : ¿Por qué?
- S : Porque creo que fue una conversación realmente importante para nosotros en términos de una experiencia emocional correctiva para ti, y tuve lo suficiente como para desencadenar las cosas de tu padre.
- T : No me lo esperaba, no esperaba que me hicieran retroceder tan claramente 13 años.
- S : ¿No es genial que se pueda retroceder 13 años y que podamos procesarlo?

En este ejemplo de interacción en el espacio sagrado, MT fue auténtica y vulnerable al describir su tremenda tristeza al despedirse de RN y sus sentimientos de no poder enseñar sin ella. Estas declaraciones evocaron a su vez los sentimientos de culpa de RN por su experiencia pasada de dejar a su padre. Esta fue una importante experiencia de aprendizaje para RN, de tal manera que comprendió visceralmente que alguien puede estar verdaderamente triste por su partida, puede extrañarla mucho, y aun así sentir alegría y despedirse con orgullo y bendiciones. Esta interacción es un ejemplo de las innumerables

interacciones de supervisión en las que MT modeló y formó a RN para que fuera una terapeuta FAP más consciente, valiente y que reforzara de forma natural, y RN, a su vez, tuvo una influencia igualmente poderosa en la formación de MT para que fuera una supervisora más impactante.

### ***Centrarse en el trabajo in vivo cuando sea apropiado***

Si bien es necesario dedicar tiempo a aumentar el conocimiento intelectual del supervisado (por ejemplo, discutir qué decir a un cliente y cómo implementar un plan de tratamiento), es importante centrarse en el trabajo in vivo que es relevante para el crecimiento del supervisado como terapeuta siempre que sea posible. Los métodos aplicables incluyen el modelado contextual, el refuerzo natural contingente y el trabajo de proceso paralelo, todos los cuales se centran en la relación real entre el supervisor y el supervisado.

*Modelado contextual.* Cuando se utiliza el modelado contextual, el supervisor modela para la persona supervisada el proceso de aplicación de las reglas FAP (ser consciente de las CCR, evocar las CCR, reforzar naturalmente las CCR2, ser consciente del propio impacto y proporcionar interpretaciones analíticas funcionales para facilitar la generalización) dentro de su relación. Las clases de respuesta exigidas por el FASIT también se modelan contextualmente (afirmación de las necesidades, consciencia del impacto, resolución de conflictos, revelación y cercanía interpersonal, expresión emocional). Esto se denomina modelado "contextual" porque se basa en lo que está ocurriendo en el momento en la relación. Es más potente que el típico modelado no contextual porque el supervisado participa en la interacción y no es sólo un observador. Como participante, experimenta el conocimiento emocional que es un componente importante del aprendizaje de la FAP.

De hecho, las investigaciones han indicado que el modelado no contextualizado o el entrenamiento en habilidades, como el juego de roles y el entrenamiento en habilidades sociales, tienen una eficacia limitada (por ejemplo, John, 2006; Scott, Himadi y Keane, 1983). Un ejemplo de modelado no contextualizado consistiría en que el supervisor dijera: "Observa cómo actué como si realmente me importara y me preocupara el cliente" y luego dijera: "haz tú lo mismo".

Como discutimos con más detalle hacia el final de este capítulo, mientras que la supervisión FAP puede a veces superponerse con la interacción terapéutica, es cualitativamente diferente de la terapia porque el objetivo de la supervisión es aumentar las fortalezas del supervisado como terapeuta. Por ejemplo, en la FAP ser terapéuticamente cariñoso se equipara con ser naturalmente reforzador (Regla 3). Ser terapéuticamente cariñoso es una amplia clase de conductas terapéuticas que los supervisores pueden modelar contextualmente, y tal entrenamiento es probable que sea relevante para el trabajo terapéutico del supervisado. Ser terapéuticamente cariñoso con los supervisados (y los clientes) significa que los supervisores operan en el mejor interés de sus supervisados y se ven reforzados por sus mejoras y éxitos. Esto se puede considerar una clase de comportamientos de los terapeutas de aplicación general, ya que la mayoría de los terapeutas pueden beneficiarse de ser más

terapéuticamente cariñosos (T2). Una forma en que el supervisor puede modelar esto es tomando los riesgos necesarios para involucrarse en una relación terapéuticamente íntima al servicio de evocar y reforzar las mejoras (Reglas 2 y 3). Es decir, el supervisor asume los riesgos necesarios para evocar una relación terapéuticamente íntima. Los supervisores deben ser conscientes de sus propios T1 (limitaciones) y T2 (conductas objetivo) en la relación íntima para detectar eficazmente cuando el supervisado está mejorando.

*Evocar y reforzar naturalmente las conductas objetivo del supervisado.* Evocar y reforzar naturalmente las conductas objetivo del supervisado que se aplican a la FAP (por ejemplo, ser consciente, ser valiente, ser terapéuticamente cariñoso) va de la mano con el modelado contextual de estas conductas. Disminuir la evasión o ser valiente es una de estas amplias clases de comportamientos (un enfoque de la Regla 2, evocar CCR) que se refuerza in-vivo así como se modela contextualmente. La disminución de la evitación por parte de los terapeutas implica asumir riesgos, tener y expresar sentimientos (como el cariño, la tristeza, la ira), ser vulnerable, pedir a alguien que sufre que haga cosas difíciles, enfrentarse al propio miedo y pedir a los demás que hagan lo mismo, y aceptar el silencio, la crítica y el conflicto o el desacuerdo. La disminución de la evitación facilita la aplicación de las cinco reglas. La tabla 8.2 enumera preguntas evocadoras que ayudan a disminuir la evasión y a aumentar la consciencia respecto a las relaciones de los supervisados con sus clientes, su relación con el supervisor y los propios sentimientos de los supervisores respecto a sus supervisados. Esta progresión de centrarse en preguntas relativas a los pensamientos y sentimientos de los supervisados hacia el cliente, y luego llevar estas preguntas a la díada de supervisión, puede ayudar a los supervisores a evocar las evitaciones de sus supervisados, a concentrarse en lo que está sucediendo aquí y ahora, y a sacar a relucir conductas objetivo que pueden reforzarse naturalmente, capitalizando así el poder del aprendizaje in vivo.

**Cuadro 8.2** Preguntas de la FAP para los supervisores

Supervisado hacia el cliente	El supervisado hacia el supervisor	Supervisor hacia el supervisado
¿Qué sentimientos/pensamientos te provoca tu cliente?	¿Qué sentimientos/pensamientos te suscita?	¿Qué sentimientos y pensamientos me provoca mi supervisado?
¿Qué sentimientos/pensamientos reflejan exactamente cómo responderían los demás a tu cliente?	¿Qué sentimientos/pensamientos reflejan con exactitud cómo podrían responderme también los demás?	¿Qué sentimientos y pensamientos reflejan con exactitud la forma en que los demás también podrían responder a él/ella?
¿Qué sentimientos/pensamientos reflejan tus desencadenantes personales de heridas no resueltas?	¿Qué sentimientos/pensamientos reflejan tus desencadenantes personales de heridas no resueltas?	¿Qué sentimientos y pensamientos reflejan mis desencadenantes personales de heridas resueltas?
¿Qué sentimientos tiende a evitar dejarse llevar por su cliente?	¿Qué sentimientos tiendes a evitar que te pongas en contacto conmigo?	¿Qué sentimientos evito tener hacia mi supervisado?

¿Con qué se identifica en su cliente?	¿Hay algo con lo que te identificas en mí?	¿Con qué me identifico en mi supervisado?
¿Actúa su cliente con usted de forma que también lo hace con otras personas en su vida cotidiana? (CRBs)	¿Existe un proceso paralelo, una dinámica entre usted y su cliente que también se da entre usted y yo?	¿Existe una dinámica con mi supervisado que también se da con otras personas en mi vida?
¿Qué evita abordar con su cliente?	¿Qué estás evitando abordar conmigo?	¿Qué estoy evitando abordar con mi supervisado?
¿Qué le parecería arriesgado decir a su cliente? ¿Sería útil? ¿Por qué o por qué no?	¿Qué te parecería arriesgado decirme?	¿Qué me parecería arriesgado decir a mi supervisado? ¿Sería útil?
¿Qué sentimientos tiene en la sesión con su cliente? (Si hay una grabación de la sesión, aíslalos los sentimientos del supervisado en los momentos clave)	¿Qué sientes ahora mismo mientras me dices esto? ¿Qué sientes ahora mismo al escuchar esto de mí?	¿Qué estoy sintiendo en este momento?
¿Cuáles son los CRB1 y 2 de su cliente? ¿Cuáles son sus T1 y T2 con este cliente?	¿Cuáles son sus 1s y 2s en la supervisión conmigo?	¿Cuáles son mis 1s y 2s con este supervisado?
¿Cómo puede reflejar para su cliente los mejores aspectos de su persona?	Observe si su supervisado saca lo mejor de usted; si no, ¿por qué no?	¿Cómo puedo reflejar para mi supervisado los mejores aspectos de quien es?
¿Qué información podría ser útil para tu cliente? ¿Por qué puede ser una buena idea? ¿Por qué no?	¿Qué información podría ser útil para tu cliente? ¿Por qué puede ser una buena idea? ¿Por qué no?	¿Qué auto-declaraciones podrían ser útiles con mi supervisado?
¿Cómo puedes evocar los CRB para tu cliente?	¿Cómo puede evocar en usted comportamientos relevantes para el supervisor?	¿Cómo puedo evocar los T1 y T2 de mi supervisado?
¿Cómo puede reforzar de forma más natural las mejoras de su cliente?	¿Cómo puedes reforzar de forma más natural lo que quieres en mí?	¿Cómo puedo reforzar de forma más natural a mi supervisado?

*Ejemplo de caso.* Los siguientes extractos de la transcripción se refieren a las interacciones entre la MT y su supervisada CT, y entre CT y su cliente. Ilustran los conceptos de espacio sagrado, modelado contextual y refuerzo natural. La cliente de CT, Leslie, es una joven de 20 años que asiste a la universidad a tiempo parcial y también trabaja en una agencia de publicidad. Sus problemas de presentación incluían la depresión, el dolor por la reciente ruptura con un novio, la dificultad para establecer relaciones íntimas que implican no permitir que otros se ocupen de ella, la dificultad para confiar en los demás (por ejemplo, para asumir riesgos interpersonales) y para mostrar y expresar emociones. CT quiere convertirse en una

fuentes más eficaces de refuerzo positivo (denominado reforzador saliente en la transcripción) para su cliente.

- Supervisor : ¿Cómo me he convertido en un refuerzo más destacado para ti? ¿Es por las cosas que has dicho? Creo que todo eso es una base: ser comprensivo, no juzgar. Pero, ¿qué me hace diferente de otras personas, otros supervisores, otros mentores? [MT sugiere que CT busque respuestas en la relación de supervisión].
- Terapeuta : Eres abrumadoramente positivo sobre las cosas que hago. Eso es realmente diferente de la mayoría de las personas en mi vida. Te das cuenta cuando hago cosas buenas, y me haces saber lo que hice bien. Y si hay cosas que no he hecho bien, no es como "lo has hecho mal, o pobremente", sino que es algo en lo que hay que trabajar. Eso hace que sea más importante porque entonces no hay contingencias aversivas operando. No es que tenga que ir a ver a Mavis porque es mi supervisora y tengo una obligación ética. Es porque sé que cuando vengo aquí no voy a ser castigado por probar cosas nuevas, por ser yo mismo. Creo que eso es lo que te convierte en un reforzador saliente, es muy diferente. [Estas son las propiedades de un espacio sagrado.]
- S : Y eso tiene todo que ver con lo que soy. Así que lo que estoy tratando de sacar de ti, es lo que es distintivo de ti, porque creo que todos los terapeutas decentes, todos los buenos terapeutas son reforzadores, no juzgan, y creo que hay algo que es exclusivamente tuyo que nadie más puede ofrecerle. A medida que mis sentimientos por ti crecen, y han ido creciendo a pasos agigantados, es por las cosas que son distintivas de ti. [MT está modelando contextualmente la toma de riesgos al "ser abierta" y expresar su cariño por CT].
- T : ¿Puedes decirme cuáles son, porque honestamente no lo sé? [CT está pidiendo directamente lo que quiere, una CCR2.]
- S : Que estés tan comprometido con el aprendizaje, con el trabajo en ti mismo y con la superación de tus barreras, porque has sido tan herido, y sigues trabajando en ello. Aquí eliges sobresalir en la FAP, lo que te obligará a enfrentarte directamente a todo lo que quieres evitar. Tienes mucho valor, y luchas conmigo en cada paso del camino. Sé que te he cabreado muchas veces y sigues viniendo a solucionarlo conmigo. Y sigues diciendo, no voy a hacer esto, (ejercicios experienciales FAP), no lo olvides, y luego vuelves a ello. Veo un crecimiento fenomenal en ti, tanta fuerza y coraje, y eso significa mucho para mí. Te separa de los demás porque es tan significativo que sigas trabajando en ello y luchando contra lo que es difícil. MT refuerza naturalmente la petición directa y modela contextualmente el comportamiento de CT de valorar a alguien expresando lo que ve y aprecia de CT].
- T : Es interesante porque supongo que para mí no es algo único. Sé que luché y que voy a la batalla mucho sobre ciertos ejercicios que tenemos que hacer. Y me parece que, sobre todo en la clase, la gente lucha, pero tal vez es sólo

porque soy parcial hacia mí, pero siento que, ellos luchan, pero lo hacen, y tal vez no es tan difícil para ellos. Pero entonces me siento débil porque tengo que luchar mucho con ello.

- S : Creo que eres más fuerte porque luchas mucho, porque la razón por la que luchas tanto es que te hirieron mucho más... Entonces, ¿cómo te pones más en la habitación con Leslie? ¿Cómo te sientes con ella? Porque sabes que te dije mis reacciones hacia ti. Estoy realmente conmovido por nuestra interacción, ambos estamos comprometidos y emocionados con ella, y obviamente nuestra relación se ha desarrollado durante un largo período de tiempo. Y tú estás al principio de tu relación con ella. Pero ya tienes sentimientos muy positivos hacia ella... Así que dime lo que sientes por ella.
- T : Me identifico mucho con ella, con muchas de sus luchas y con su forma de reaccionar ante ellas, muy similar a la mía. Así que hay una fuerte conexión con ella porque puedo identificarme con sus luchas. Y ella es muy dulce; se esfuerza mucho, y quiere luchar con estos grandes problemas, con los que yo también estoy luchando, problemas muy similares a los de ella. Siento una conexión instantánea y fuerte con ella. Disfruto viéndola, disfruto estando en la habitación con ella.
- S : ¿Crees que ella tiene idea de que te sientes así? ¿Cómo podría saberlo si no leyera tu mente? Si yo fuera ella y le dijeras que me siento muy conectada contigo, que estoy muy contenta de trabajar contigo, me sentiría muy conmovida.

El siguiente segmento de la transcripción es un extracto de la sesión de CT con Leslie posterior a la sesión de supervisión anterior.

- Terapeuta : Sé que parte de la razón por la que saco esto a colación es que a menudo la gente no es consciente del impacto que tiene en las personas, tanto en lo bueno como en lo malo. Estaba pensando en el impacto que has tenido en mí, incluso en el poco tiempo que llevamos trabajando juntos. Me pregunto si Leslie sabe cómo afecta a la gente. Sé que, aunque sólo llevamos cinco sesiones trabajando juntos, y hoy es nuestra quinta sesión, me siento muy bien contigo, disfruto mucho trabajando contigo, y tengo la esperanza de que nuestro trabajo juntos nos permita conseguir muchas cosas. La sensación que tengo de ti es que eres una persona muy cálida, cariñosa y apasionada. Te veo luchando por dar sentido a esta parte apasionada de tu personalidad, al llanto y a la sensación de que eso (sus emociones) es casi demasiado... [CT se arriesga a expresar sus sentimientos cálidos hacia su cliente, como fue modelado contextualmente por MT en su relación de supervisión].
- Cliente : Sí, es cierto.
- T : ...no quieres hacer eso. Pero también hay una parte de ti de la que has hablado aquí, tengo la sensación de que, también te gusta esa parte, en cierto modo aceptas esa parte de ti, e incluso te gusta esa parte de ti y como que quieres integrar esas dos partes.

- C : Um-hmm (se le salen las lágrimas).
- T : ¿Qué te pasa ahora mismo? Noto que empiezas a lagrimear.
- C : Umm, siempre es conmovedor que la gente te refleje lo que eres. Es muy raro que incluso tus amigos o familiares cuenten el impacto que tienes. No sé... Me conmueve. [El cliente reconoce el impacto positivo de los comentarios del terapeuta].
- T : Di un poco más.
- C : Umm, estoy segura de que mi madre diría cosas parecidas a las que tú dices. Pero en la vida general, no hablamos de esas cosas. Yo no le digo cómo me afecta y ella no me dice cómo la afecto yo. Así que seguro que me pasaría lo mismo, y he tenido la misma reacción cuando ella me dice como... Ahora no se me ocurre nada. A veces me dice lo que significo para ella y el tipo de persona que soy y yo me quedo como "oh". Me emociono un poco. [El cliente está aprendiendo un componente importante de la relación íntima.]

(Cinco minutos después)

- C : Um-hmm. No eres como una experta, supongo.
- T : Entonces... obviamente yo soy la terapeuta (ríe) y eso es lo que vienes a buscar (la ayuda de un terapeuta), pero parece que cuando compartí eso contigo te quitó algo de ese “estoy en mi propia burbuja rodeado de revistas académicas, aquí para hacer diagnósticos, y cosas así. Ahora soy más una persona real”.
- C : Sí. No podrías haber aprendido lo que acabas de decir en clase, ¿sabes? Es algo personal sobre mí. No es como lo que le dirías a cada cliente que tienes.
- T : ¿Cómo es eso?
- C : Me hace sentir que me cuidan en el ámbito terapéutico.
- T : Para que sientas que me importas y que valoro nuestra relación.
- C : Um-hmm. Estoy pensando en qué tipo de impacto podría tener este tipo de interacción en mis relaciones fuera de aquí. Si pasara por este tipo de cosas con mi madre, o con mi padre, o con J (el ex novio de la cliente), cómo sería. Esto es una CCR3 ya que la cliente está estableciendo paralelos entre la sesión y la vida diaria que pueden ayudar a la transferencia de la terapia a la vida diaria].

En resumen, TC tuvo una interacción poderosa e íntima que aumentó su valencia como reforzador saliente para su cliente. Esta interacción se originó con el modelado contextual y el refuerzo natural que experimentó en su sesión de supervisión antes de la sesión de terapia.

*Centrarse en el proceso paralelo.* El uso de la hipótesis del proceso paralelo es otro método que puede ayudar a facilitar la toma de consciencia de las conductas problemáticas del supervisado (T1) y reforzar naturalmente las conductas objetivo (T2). Aunque el término "proceso paralelo" es un concepto psicoanalítico, los supervisores FAP pueden utilizar este concepto (sin tener que "adoptar" la teoría psicodinámica subyacente) para aumentar las oportunidades de aprendizaje in vivo. El proceso paralelo se deriva de los conceptos de transferencia y contratransferencia (McNeill & Worthen, 1989), y ocurre cuando los terapeutas recrean consciente o inconscientemente los problemas y las emociones previas a la relación terapéutica dentro de la relación de supervisión (Ladany, Friedlander, & Nelson, 2005). Imaginemos que un cliente se presenta frustrado, confuso, indeciso e impotente. El terapeuta se esfuerza por ayudar al cliente, pero con poco resultado. El terapeuta entonces entra en la supervisión sintiéndose frustrado, confundido, indeciso e impotente, y sin saberlo anima al supervisor a hacerse cargo completamente de la resolución del problema. Por lo tanto, el proceso en la supervisión es paralelo al proceso en la terapia. La resolución del problema en la supervisión (que implica el uso de modelos contextuales y refuerzos naturales) también resuelve el problema en la terapia. Es decir, el proceso se invierte y el terapeuta adopta las actitudes y comportamientos del supervisor al relacionarse con el cliente. La consciencia de este proceso paralelo, cuando existe, puede cambiar el enfoque de la sesión de supervisión hacia un contenido más productivo. Cuando existe un conflicto en la díada de supervisión, la hipótesis del proceso paralelo puede aplicarse como una forma de entender y reducir el conflicto.

La siguiente transcripción es un extracto de una sesión de supervisión en la que el terapeuta/supervisado FM está buscando ayuda con un cliente muy difícil que no está mejorando. El supervisor, RJK, ha sugerido una serie de intervenciones basadas en el tratamiento con apoyo empírico e informado por la FAP.

- Supervisor : Me pregunto si hay algo que ocurre entre tú y yo que sea paralelo a lo que ocurre entre tú y tu cliente. La hipótesis del proceso paralelo es que los problemas que existen entre tú y tu cliente también surgen aquí entre tú y yo. Así que me pregunto si hay alguna cuestión que posiblemente esté surgiendo aquí que sea similar a las cuestiones que surgen entre tú y tu cliente.
- Terapeuta : Creo que hay un problema de que la estoy defraudando y creo que eso también aparece aquí, que no estoy siendo un buen terapeuta y defraudando a mi cliente, y contigo, no estoy siendo un buen supervisado y te estoy defraudando (se pone lloroso).
- S : Entiendo lo difícil que es para ti. Cambiemos un poco el enfoque, en lugar de que tú seas deficiente, ¿qué pasa con que yo no sea un buen supervisor?
- T : No funciona así (ambos se ríen).
- S : Es como si no estuvieras siendo un terapeuta lo suficientemente bueno para ella y la hipótesis del proceso paralelo sugeriría que no estoy siendo un supervisor lo suficientemente bueno para ti.

- T : No, soy yo.
- S : Así que no es que te esté defraudando, es que asumes toda la responsabilidad, estás siendo tanto un mal terapeuta como un mal supervisado.
- T : Sí. [FM asume la responsabilidad y no explora otras posibilidades. Específicamente FM no examina lo que podría ser diferente, lo que necesita en la sesión de supervisión que ayudaría a su trabajo terapéutico. Aunque es un tema importante, esto no es un proceso paralelo].
- S : Desde mi punto de vista, me pregunto si estoy siendo un supervisor lo suficientemente bueno. Sé que este ha sido un caso difícil para ti, y sentí que lo que tenía que hacer en parte era estar ahí para ofrecerte apoyo y orientación. [Empujando el material del proceso paralelo.]
- T : Me sentí confundido sobre lo que estábamos haciendo y estaba tratando de entenderlo. Me hubiera gustado tener más claro qué hacer con ella; nunca antes había trabajado con un cliente tan difícil.
- S : Bien, entonces se queda sin saber qué hacer después de nuestra sesión de supervisión. Entiendo que ese es también su sentimiento (el de la clienta). ¿Es eso cierto? ¿No sabe qué se supone que debe hacer después de tus sesiones con ella?
- T : Sí, bueno, eso es algo que ella sacó a relucir: no estaba segura de lo que se suponía que debía hacer, y yo realmente no estaba seguro de lo que usted (el supervisor) pretendía en ese momento. Así que trabajé en la clarificación de los objetivos y hablé de las estrategias para alcanzarlos. Creo que eso le ayudó.
- S : Entonces, ¿dices que ese problema se ha solucionado?
- T : La verdad es que no. La última vez que la vi, volvió a querer saber qué hacer y cuáles eran nuestros objetivos. Lo discutimos.
- S : ¿Así que no tienes una idea de hacia dónde vas con estos objetivos? ¿Eso es lo que estás diciendo?
- T : No, tuve un sentido en la sesión de terapia pero luego descubrí que no tenía sentido.
- S : Y dices que conmigo no tienes una idea de hacia dónde vamos con su tratamiento, de cuál era mi idea sobre cuáles son los objetivos. Y yo estoy exactamente en la misma posición que tú, pensaba que teníamos una idea muy clara de cuáles eran nuestros objetivos y hacia dónde íbamos. Es un proceso muy paralelo. Luego pensé que no te ceñías a ellos (los objetivos alcanzados durante la supervisión) y me pregunté hacia dónde ibas. Creo que lo que está ocurriendo entre tú y ella es casi exactamente lo que nos está ocurriendo a nosotros. Así que si podemos resolver este problema entre tú y yo....

T : Entonces... Creo que puedo resolverlo entre ella y yo (ambos se ríen).

Se descubrió entonces que un problema importante era que RJK no había explicado adecuadamente la teoría conductual subyacente que proporcionaba la coherencia que FM necesitaba. A su vez, FM no pedía directamente explicaciones cuando las necesitaba. Esto se remedió en futuras sesiones de supervisión. En consecuencia, FM fue más metódico a la hora de explicar los objetivos a su cliente y le animó a pedir aclaraciones cuando las necesitaba.

Como se ilustra en esta transcripción, el proceso paralelo se produce y, al menos en este caso, fue útil para ayudar a la supervisada a lidiar con un cliente difícil. No hace falta decir que para muchos supervisores puede ser arriesgado decir a un supervisado: "Parece que estás actuando igual que tu cliente y estoy teniendo las mismas dificultades y frustraciones que tú parece tener cuando haces terapia. Tal vez si yo puedo averiguar qué hacer contigo, tú podrías hacer lo mismo con tu cliente". Por lo tanto, cuando un supervisado actúa como su cliente e interactúa con el supervisor como si fuera un terapeuta, la resolución puede producirse a través del modelado contextual por parte del supervisor. Otra explicación de cómo funciona este proceso no se basa en el conductismo, sino en las recientes investigaciones sobre el sistema de neuronas espejo. Esta investigación sugiere que existen mecanismos neuronales (neuronas espejo) que nos permiten comprender directamente el significado de las acciones y emociones de los demás replicándolas internamente, sin ninguna mediación reflexiva explícita (Gallese, Keysers y Rizzolatti, 2004).

No está claro con qué frecuencia ocurre el proceso paralelo en general, pero cuando ocurre, resolverlo con un supervisado suele llevar a una resolución similar en la relación terapeuta-cliente. Aunque puede ser útil e instructivo identificar al terapeuta en formación que se ha producido un proceso paralelo, es esencial que el supervisado se abstenga de establecer reglas rígidas sobre cómo responder a los clientes actuales y futuros. Esto ilustra de nuevo la importancia de que el terapeuta sepa "cómo" responder. El terapeuta puede hacerlo creando y manteniendo una conceptualización coherente del caso, notando sus sentimientos hacia el cliente en cada momento y siendo consciente de cómo influye en los comportamientos del cliente con respecto a los objetivos del tratamiento.

### **Modalidades de formación en grupo**

La FAP está concebida principalmente para mejorar la eficacia y el funcionamiento interpersonal, lo que se traduce en interacciones vitales más satisfactorias. La forma en que un terapeuta se convierte en algo significativo e influye en los clientes para que asuman riesgos en su beneficio final puede ser muy diferente de cómo otro terapeuta logra el mismo objetivo. Es decir, hay muchas maneras de "saber cómo". Parte de la supervisión consiste en ayudar a los terapeutas a encontrar su propio camino para llegar a ser significativos para los clientes. Un medio útil para resaltar este punto es hacer oportunidades para observar cómo otros terapeutas desarrollan repertorios para apoyar el cambio en los clientes. También es

esclarecedor para los terapeutas que desempeñan funciones de supervisión, ya que pueden encontrar diferentes formas de influir en los terapeutas a los que supervisan. Al igual que con los clientes, no todos los terapeutas escuchan los mensajes útiles de la forma en que el orador pretendía.

Además de las obvias ventajas pragmáticas de la formación en grupo, hay beneficios para los terapeutas que pueden ocurrir más fácilmente en grupos que en la supervisión individual. A lo largo de los años hemos desarrollado métodos para proporcionar supervisión FAP en grupos tanto en la Universidad de Nevada como en la Universidad de Washington que describiremos a continuación.

### ***Modelo de supervisión de grupo (Universidad de Nevada, Reno)***

La supervisión de la FAP en la Universidad de Nevada, Reno, se realiza en varios niveles. Cada semana los estudiantes se reúnen con su supervisor y con todos los demás estudiantes que están aprendiendo FAP en un grupo grande. Además, cada caso es supervisado por un compañero y otros terapeutas en formación en mini-equipos de tres a cinco estudiantes. El último nivel de supervisión se realiza mediante una consulta individual con el supervisor. Se anima a los estudiantes a que consulten con su supervisor en cualquier momento para recibir comentarios relacionados con su caso o sobre aspectos de sus propios repertorios. De este modo, los estudiantes tienen muchos contextos diferentes en los que explorar sus papeles como terapeutas, supervisados y supervisores de sus compañeros. Aunque la estructura de la supervisión ha evolucionado, este arreglo particular ha servido bastante bien a los estudiantes que aprenden FAP. Esta sección cubrirá el proceso y los beneficios que hemos encontrado asociados a la supervisión de grupo.

*Conceptualización del caso del terapeuta.* El primer paso para participar en la supervisión de grupo es el desarrollo de una conceptualización del caso del terapeuta a la que el grupo debe prestar especial atención. Al igual que las conceptualizaciones de casos de los clientes, éstas son funcionales y evolucionan. Se anima a los estudiantes a revelar lo que creen que son sus puntos fuertes y las áreas que necesitan mejorar con respecto a la práctica de la FAP, a dar y recibir supervisión, y a cómo estos interactúan con situaciones particulares (en la supervisión y en la terapia). Como en todos los pasos del proceso de supervisión en grupo, otros estudiantes y el supervisor ofrecen observaciones relevantes basadas en sus interacciones con el estudiante, e intentan responder a ellas de forma contingente. Es importante destacar que estas conceptualizaciones de casos se limitan inicialmente a aquellas partes del repertorio del estudiante que son relevantes para la terapia y la supervisión, y no implican comentarios sobre aspectos de la vida personal/social del estudiante fuera del aprendizaje de la FAP (véase la sección ética para su discusión). Sin embargo, puede darse el caso de que los propios terapeutas establezcan vínculos entre sus propios repertorios terapéuticos y áreas del funcionamiento interpersonal externo. Muchas clases de respuesta que aparecen en las conceptualizaciones de los casos de los estudiantes serán relevantes tanto para proporcionar terapia como para dar y recibir supervisión.

Merece la pena destacar varias conductas problemáticas comunes del terapeuta (T1). No tener un repertorio para abordar los problemas del cliente (CCR1) y sólo reforzar las mejoras es un T1 común. Abordar los problemas interpersonales es un componente importante del repertorio de cualquier terapeuta para construir relaciones efectivas. Encontrar un medio para abordar las CCR1 directamente (frente a reforzar sólo los CCR2 o las conductas que nos gustan) es una forma más expeditiva de proceder.. En la terapia, abordar directamente las CCR1 puede acelerar el proceso de cambio cuando ciertos comportamientos interfieren en la construcción de la intimidad. Sin este repertorio, la mejora puede ser muy lenta.

Considere la siguiente interacción con un terapeuta que ve a su primer cliente FAP.

- Terapeuta : Y entonces me confundí sobre lo que estaba pasando en la sesión.
- Supervisor : ¿Fue esta una instancia en la que fue difícil reconocer que esto podría haber sido otra forma del cliente de controlar la sesión, en lugar de entender cómo se estaba sintiendo? [Se está tratando de ayudar al terapeuta a discriminar un comportamiento diferente como parte de una clase funcional en la conceptualización del caso del cliente].
- T : Sí... bueno, tal vez. No estoy muy seguro. [Tanto en los miniequipos como en las siguientes sesiones de supervisión más amplias, el terapeuta muestra dificultades para explicar lo que creía que estaba ocurriendo en las sesiones, a pesar de los numerosos intentos de definir la conceptualización del caso].
- T : Parece que el cliente no presta atención a lo que digo, y no sé qué hacer.
- S : ¿Qué es exactamente lo que notaste sobre cómo estabas respondiendo en ese momento? [Refiriéndose a una interacción que el grupo estaba observando en la cinta].
- T : Bueno, no quería que el cliente se enojara... No sabía qué hacer. Puede ser que simplemente no le guste... Espera, estoy confundido.
- S : En varias ocasiones en las últimas semanas has dicho "estoy confundido" de una manera que hace difícil saber cómo ser útil. [Esto pretende disminuir esa respuesta, un T1, ya que interfiere con la discusión posterior]. Me pregunto si no será que parece que da miedo arriesgarse a exponer su hipótesis y luego equivocarse.
- T : Es vergonzoso equivocarse. Todo el mundo aquí parece tan inteligente.
- Miembro del grupo A : Sé que recuerdo haberme sentido así cuando empecé en el equipo a pesar de que la gente decía que estaba bien cometer errores.
- Miembro del grupo B : Eso es (la experiencia) tan familiar.

- S : Nuestro trabajo es encontrar formas de ser útiles. No quiero ponerte en un aprieto, pero sólo suponía que "confundido" no era exactamente lo que sentías. Dado que has mostrado mucha comprensión sobre algunos temas bastante complicados, sólo suponía que había algo más.
- T : Tienes razón.
- S : Entonces, ¿qué podemos hacer para que sea más fácil decir que esto da miedo?
- T : Todo el mundo ya lo ha dicho antes. Sólo es diferente cuando soy yo y mi primer cliente. Aprecio lo que es eso ahora.
- S : Probablemente también le da miedo a su cliente. Me pregunto si eso podría estar relacionado con el motivo por el que controla la sesión.
- T : Puede ser.
- S : O podría estar confundido (todos ríen).

Por lo tanto, aunque la aplicación de estímulos aversivos está circunscrita en la FAP, el "castigo" (es decir, una respuesta del terapeuta que debilita una CCR1 del cliente, como la retirada del refuerzo) en el contexto de una relación terapéutica fuerte puede utilizarse para abordar las conductas problemáticas. De nuevo, incluso el castigo se utiliza desde un lugar de cuidado. A menudo decimos a los terapeutas que no sean demasiado cautelosos a la hora de evocar reacciones negativas en el cliente; si existe una relación fuerte, debería poder repararse. De hecho, esto es modelar un repertorio importante también (la capacidad de reparar las rupturas en la relación), y también es algo que puede ayudar a los terapeutas y a los clientes a construir una mejor comprensión mutua.

Otro T1 común es la falta de afecto, que también puede entenderse como la falta de un repertorio para dar un refuerzo natural que luego impida al terapeuta establecerse como una persona significativa para el cliente. Esto puede surgir en la sala de terapia como estar demasiado centrado en la resolución de problemas y no responder como otro ser humano que intenta relacionarse con el cliente. Esto prepara el escenario para un refuerzo arbitrario en lugar de natural. En el siguiente ejemplo, el terapeuta se da cuenta de cómo puede reforzar de forma más natural a su cliente mostrando más afecto y cariño antes de centrarse en la resolución de problemas.

- Terapeuta : Me sentí tan mal por el cliente.
- Supervisor : ¿Qué le has dicho?
- T : Le dije que lo que había hecho era terrible y luego pasamos el resto de la sesión hablando de un plan de seguridad (el equipo ve el siguiente segmento de la cinta).

- Miembro del grupo A : Vaya, eso debe haber sido muy aterrador para su cliente.
- Miembro del grupo B : Dios, me habría sentido tan solo.
- T : Sí, me sentí muy mal por ella.
- S : Vamos a ver de nuevo los primeros segundos de la cinta. Me gustaría que miraras como si fueras tu cliente y me dijeras lo que tú, el terapeuta, estás sintiendo (se revisa la cinta).
- T : Oh, no. Ni siquiera parece que me importe. Sólo parece que estoy sentado pensando en qué hacer a continuación.
- MGA : El plan de seguridad fue algo bueno, pero no pude saber cuánta compasión sentías en ese momento.
- T : Lo sentí mucho por ella, pero no hay forma de que lo haya podido contar.
- MGB : A veces en grupo es difícil saber cómo te sientes.
- T : Cuando veo a mis amigos con problemas, creo que quiero arreglar sus problemas de inmediato. No me gusta sentarme y sentirme mal.
- S : ¿Eso sucede aquí?
- T : Yo creo que sí. Cuando alguien está pasando por un mal momento, sólo quiero decirle lo que tiene que hacer.
- S : ¿Y?
- T : ¿Y qué?
- MGB : Y a veces me gustaría saber que tú sabes por lo que estoy pasando.
- T : No sé por qué me salto esa parte.
- S : ¿Qué podemos hacer para señalar esos momentos en los que puede ser útil escuchar cómo te sientes antes de saltar a una solución?

Como se discutió en el Capítulo 1, un tema muy importante a tratar en el FAP es la habilidad del terapeuta para notar la función, y no sólo la topografía de las conductas. Sorprendentemente, no podemos encontrar ningún procedimiento establecido para enseñar esta habilidad mediante instrucción directa. Este reconocimiento tiene que ser moldeado. Por ejemplo, un terapeuta puede confundir una expresión de emoción negativa con su valor nominal y no reconocerla como un intento de escapar de una conversación difícil. Por supuesto, esta misma topografía (expresión emocional negativa) puede funcionar de forma

diferente en distintos contextos. Si no se aborda esta T1, el terapeuta corre el riesgo de reforzar las CCR1 y omitir las CCR2, es decir, no utilizar la FAP. Esta parte del repertorio del terapeuta se abordará más adelante, ya que la supervisión de grupo parece ser particularmente ventajosa para abordar esta clase de comportamientos.

Como terapeutas y supervisores debemos ser capaces de responder a las conductas problemáticas de forma que se reduzcan si interfieren en la progresión del desarrollo. Como analistas de la conducta, esperamos que el cambio de conducta se produzca a lo largo del tiempo como parte del proceso de formación. Un problema común en los repertorios de los terapeutas es la incapacidad de discriminar las mejoras sutiles en el comportamiento de otro. Esta discriminación es necesaria para el proceso de moldeamiento, ya que los terapeutas se esfuerzan por reforzar cada mejora mientras suben el listón con cada paso, exigiendo a la otra persona que se esfuerce un poco más y mejore de forma incremental antes de reforzar estas aproximaciones sucesivas.

La última T1 que hay que discutir es un problema casi universal, a saber, hacer demasiado trabajo para los demás. A medida que los terapeutas se acostumbran a interactuar con un determinado individuo, se vuelven tolerantes con sus déficits porque hay muchas otras características que valoran. Esto puede hacer que se pierdan oportunidades de ayudar a los clientes a desarrollar un repertorio que funcione mejor en diversos contextos y con personas que no están tan familiarizadas con ellos. Compensar los déficits de los demás puede crear relaciones complementarias. Sin embargo, este proceso puede obstaculizar la capacidad de animar a los demás a crecer y a construir repertorios más sofisticados.

- Terapeuta : Esta sesión fue mucho mejor. El cliente establecía un contacto visual mucho mejor y parecía estar prestando atención. Le dije que le entendía mucho mejor.
- Supervisor : Has hecho un gran trabajo para que se sienta cómodo en las sesiones. Parece muy comprometido con la terapia. Es evidente que valora vuestra relación.
- T : Gracias. Realmente me preocupo por él.
- Miembro del grupo A : Sé que tú y el miniequipo lo veis todo el tiempo, pero tengo que decir que si yo me relacionara con él en una nueva relación, no me imagino que lo encontrara en absoluto interesante. Parece estar en su propio mundo.
- T : La terapia nos parece mucho más cómoda.
- MGA : En nuestro equipo la gente ha señalado el trabajo que hago para mi cliente. Completo las frases por ella, y paso por alto los errores de vocabulario y me río de los chistes que no son muy graciosos.
- T : Pero me gusta mucho este cliente.
- S : La pregunta es si alguien más se esforzaría tanto como tú para conocer

a esta persona. Después de veinte sesiones, ahora te resulta divertido trabajar con él, o al menos estás deseando verle.

- T : Pero si lo que preguntas es si alguien más lo haría, mi opinión es que no.
- S : Me encuentro con este mismo problema aquí. Me gusta tanto trabajar con vosotros, y aprecio lo mucho que trabajáis, que a veces es difícil dar un paso atrás y pedirlos a cada uno que deis el siguiente paso.
- Miembro del grupo B : Creo que a veces en los miniequipos nos conjuramos para no presionarnos.
- S : Eso es fácil de entender, pero es una cuestión un poco diferente. Una vez que tenemos una relación fuerte con alguien, entramos en roles en los que aceptamos los déficits del otro porque estamos tan familiarizados con ellos que encontramos soluciones sencillas. Ustedes también hacen eso conmigo. Puedo dejar que el humor interrumpa un momento importante, pero vosotros aguantáis. A la larga, no nos sirve de nada. ¿Cómo podemos expresar nuestra compasión y aprecio por nuestros clientes y por los demás y seguir pidiendo cambios?

También hay ciertos problemas comunes (T1) en lo que se refiere a dar y recibir retroalimentación. El programa descrito anteriormente incorpora una red social en la que muchos estudiantes establecen amistades con otros estudiantes. Debido a las interacciones inherentes a estos múltiples roles, puede ser difícil negociar estas situaciones. Un problema común es que los individuos se sientan incómodos dando una retroalimentación negativa debido a la preocupación por las ramificaciones en otros aspectos de sus relaciones. Es importante establecer un contexto de supervisión en el que la retroalimentación sea esperada y no afecte al aspecto social de la relación.

Por otro lado, los estudiantes suelen descuidar uno de los principios más importantes de la FAP cuando están en el entorno de la supervisión: establecer una relación. A menudo se asume que estar en supervisión equivale a estar preparado y dispuesto a escuchar todos los comentarios. Los estudiantes generalizan en exceso el contexto académico, siendo tan críticos con las sesiones de terapia como con un artículo de investigación. Sin embargo, esto pasa por alto el paso esencial de establecerse como fuente de refuerzo social. Los estudiantes aprenden a construir una relación de supervisión en la que se encuentran con los otros estudiantes donde están en su etapa de desarrollo como terapeutas. En muchas ocasiones, se producen dificultades para recibir o proporcionar feedback. Cuando esto ocurre, lo mejor es establecer una comparación con la terapia, en la que el objetivo es crear un entorno en el que las palabras de cada uno puedan ser escuchadas y las acciones entendidas como afectuosas y en interés de la ayuda mutua. Cuando los alumnos tienen dificultades para escuchar lo que dicen los demás, se puede poner de manifiesto lo difícil que es para un cliente escuchar y hacer cambios.

Los T1 descritos anteriormente no son en absoluto una lista exhaustiva, sino algunos problemas importantes que hay que evaluar. Como se ha mencionado anteriormente, las

conceptualizaciones de caso son funcionales y evolucionan. Inicialmente, la conceptualización de un caso por parte del terapeuta puede ser simplemente para aumentar la cantidad de participación (es decir, emitir conductas para ser moldeadas), pero a medida que pasa el tiempo puede evolucionar para incluir muchos T1 diferentes. Algunos de los T1 pueden estar circunscritos a determinados casos o a determinados supervisores de pares. En las siguientes secciones se describirán las ventajas del proceso de supervisión de grupo con respecto al tratamiento de estos diferentes T1.

*Dirigirse a los T1 clave:* Ventajas de la supervisión en grupo. Una de las principales ventajas de la supervisión en grupo reside en el número de personas que participan en el proceso. La incorporación de más personas garantiza que sea más fácil establecer el énfasis en la función que es necesario para llevar a cabo una buena FAP. Es probable que cada individuo que participe en la supervisión emita comportamientos topográficamente diferentes mientras trata de lograr la misma función, es decir, ser un terapeuta y supervisor competente. Al interactuar con múltiples terapeutas y verlos, los estudiantes reciben diversos modelos de respuesta. Este proceso pone de relieve el concepto de que en una sola clase de respuesta pueden intervenir muchas respuestas topográficamente distintas y disímiles. Esto no sólo refuerza la idea de que diferentes topografías tienen la misma función, sino que también ayuda a los alumnos a construir repertorios más flexibles. Este modelado de la conducta puede proporcionar a los terapeutas una serie de opciones sobre cómo pueden variar sus respuestas para lograr una función determinada. Esta flexibilidad también es necesaria cuando se trabaja con diferentes clientes que tienen diversos repertorios propios. La flexibilidad del terapeuta es esencial tanto para establecerse como fuente de refuerzo social para sus clientes como para responder de forma que se proporcione un refuerzo natural.

Uno de los énfasis en el proceso de supervisión es el refuerzo natural sobre el arbitrario. Como se ha mencionado anteriormente, el refuerzo natural es el amplio refuerzo que los individuos encuentran en su entorno natural y que les beneficia. Por el contrario, el refuerzo arbitrario es el que se encuentra en condiciones circunscritas (por ejemplo, sólo en la terapia) y no mantiene el comportamiento en otras condiciones. El refuerzo arbitrario es particularmente problemático, ya que la conducta que produce el refuerzo está sujeta a la extinción. Una alta tasa de respuesta arbitraria es un T1 típico, especialmente para aquellos que aprenden FAP después de practicar otros tipos de terapia. Como terapeutas, los individuos a menudo desarrollan formas arbitrarias de reforzar a otros o incluso fomentan formas idiosincrásicas de hablar con otros. Por lo tanto, puede ser fácil para un terapeuta perder la pista de las contingencias que funcionan para él o ella, pero no para la mayoría de la población. Esta es una de las formas en que la supervisión de grupo es particularmente beneficiosa. Dado que el grupo está compuesto por individuos con diversos antecedentes y experiencias con diferentes entornos y personas, proporciona una comprobación de este tipo de respuesta arbitraria. Por ejemplo, una respuesta terapéutica común a un cliente que expresa su ira hacia el terapeuta, "Gracias por compartir", podría funcionar bien en la terapia para aumentar la respuesta emocional del cliente. Sin embargo, es poco probable que los clientes se encuentren con este tipo de respuesta en su entorno natural; por lo tanto, será más útil que los terapeutas aborden el origen de la ira.

A la luz de lo anterior, quienes participan en el proceso de supervisión de la FAP evalúan constantemente si un terapeuta está dando o no respuestas que probablemente se encuentren fuera de la terapia. Hay que tener en cuenta que no todas las respuestas arbitrarias están prohibidas. De hecho, puede ser muy importante para el proceso de formación. Un terapeuta tiene que ser capaz de reconocer y reforzar las mejoras (CCR2) que son aproximaciones sucesivas. Es poco probable que estas respuestas produzcan efectivamente un refuerzo natural por parte del terapeuta o de otros, pero es necesario que el terapeuta refuerce estas respuestas. Así, las respuestas arbitrarias pueden ser necesarias para mantener la conducta hasta que el cliente desarrolle un repertorio más sofisticado. Un formato de grupo puede ayudar a evitar que los estudiantes desarrollen formas idiosincrásicas de ayudar a los clientes a generalizar el cambio de comportamiento.

*Coro griego.* Una de las funciones más importantes que diferencian la supervisión de grupo de la individual es lo que denominamos la función del coro griego. Los clientes tienen antecedentes muy diversos. El grupo ayuda a evitar que los alumnos respondan bajo el control de su propia historia. Pensemos en un individuo cuyos antecedentes incluyen una familia muy unida en la que se utiliza el humor para expresar el cariño. Esta historia ha establecido la respuesta humorística en una clase funcional con otras expresiones de cuidado. Por lo tanto, cuando un terapeuta utiliza el humor de una manera que se ha establecido en su historia para mostrar el cuidado, el Coro Griego interviene para ayudar al terapeuta a discriminar si esto está funcionando de la misma manera (es decir, si está teniendo o no el impacto previsto). Por lo tanto, la función del Coro Griego se refiere a la capacidad del grupo de señalar cómo funciona la respuesta topográfica diferente para la mayoría del grupo (es decir, en todos los contextos). Aunque esta función se puede llevar a cabo en la supervisión individual o de grupos más pequeños, está limitada por la variedad de historias de los individuos implicados.

La función del coro griego también es importante en el proceso de formación del cliente. Los miembros del grupo pueden ayudar a un terapeuta a responder al cliente de una manera más parecida al grupo de iguales del cliente, en lugar de al grupo de iguales del terapeuta. Por ejemplo, un cliente de un determinado origen religioso o étnico podría sentirse más cómodo con la confrontación que un terapeuta de otro origen. Si la comunidad social del cliente es diferente a la del terapeuta, el Coro Griego puede permitir al terapeuta reconocer que los comportamientos que el terapeuta encuentra aversivos pueden ser bastante funcionales en la cultura del cliente.

El objetivo final del Coro Griego es ayudar a crear repertorios flexibles que funcionen en muchas condiciones de entorno diferentes. Por lo tanto, un supervisor nunca debe intentar extinguir el uso del humor por parte de un terapeuta si se puede moldear para promover la atención y la comprensión. El objetivo es ayudar al terapeuta a discriminar en qué condiciones funcionará de este modo. La función del coro griego se refiere específicamente a los intentos de aproximarse a una respuesta normativa. Esto podría parecer contradictorio con el enfoque individual de la rúbrica analítica funcional de la FAP. Sin embargo, el objetivo no es limitar un repertorio a uno que funcione sólo con la mayoría de las personas, sino ampliar el repertorio de un individuo de manera que pueda ser flexible en diversas situaciones. Hacer hincapié en la respuesta normativa es un intento de desarrollar la capacidad de discriminación

y de concienciar sobre los puntos fuertes y débiles que un individuo aporta a las distintas situaciones. En otras palabras, el objetivo final es ayudar a los terapeutas a comprender sus propias funciones de estímulo en diferentes situaciones. Esto incluye la comprensión de las propiedades de sus estímulos, el aprendizaje de cómo consecuentar eficazmente la conducta y cómo trabajar en torno a los déficits o construir un repertorio más sofisticado.

*Resultados generales.* Una consecuencia importante de la participación en el proceso de supervisión de grupo es una mayor comprensión del proceso de cambio. Los terapeutas más jóvenes pueden observar el proceso de cambio que experimentan otros. Los individuos ven cómo se produce para los demás y para ellos mismos, aprenden los ingredientes importantes de una interacción útil y observan cómo se produce el proceso a lo largo del tiempo.

Por último, cabe mencionar el impacto que este proceso puede tener en las relaciones de los terapeutas fuera de la terapia. Más allá de mejorar los repertorios del terapeuta y del supervisor, este proceso puede tener un impacto significativo en la vida personal de los terapeutas. Como se mencionará más adelante en la sección que examina la ética, éste no es el objetivo de la supervisión. Los supervisores deben ser cuidadosos en mantener relaciones apropiadas y evitar la creación de roles duales (es decir, participar en la terapia con el supervisado). La supervisión se centra en aquellas partes del repertorio del terapeuta que impiden la terapia. Sin embargo, debido a la naturaleza de la FAP, es probable que estos repertorios funcionen de forma similar fuera de la terapia. Los terapeutas aprenden a buscar la función, y no se puede evitar que esto afecte a su vida exterior. Los individuos que participan en el proceso de supervisión de grupo aprenden que sus valores y objetivos en la terapia pueden ser coherentes con su forma de vivir en diferentes contextos. Llegan a comprender el modo en que la psicología conductual tiene sentido como visión del mundo. Establece el escenario para aceptar a las personas en su etapa de evolución, a la vez que son capaces de pedir el cambio.

### ***Modelo de prácticas FAP (Universidad de Washington)***

Esta clase única y emocionalmente desafiante facilita un crecimiento personal sustancial. En este curso los estudiantes aprenden sobre FAP tanto didácticamente ("conocimiento intelectual" a través de conferencias, la visualización y discusión de cintas de clientes del instructor, así como las suyas propias) como experiencialmente ("conocimiento emocional" a través de ejercicios en los que los estudiantes experimentan personalmente cualquier método utilizado con un cliente, y a través de la participación en la creación de una comunidad intencional cercana). La visión de este practicum es que los participantes creen (1) una atmósfera de aprendizaje intelectualmente estimulante en la que se valoren la creatividad, la diversidad, la colaboración, las preguntas y las contribuciones; (2) una comunidad intencional en la que los estudiantes sientan el apoyo, la aceptación y la compasión de poderosos compañeros en sus viajes exteriores como estudiantes de doctorado y en sus viajes privados de exploración y crecimiento personal; (3) un lugar sin pretensiones, donde puedan ser vistos

y escuchados como lo que son, donde expresen su verdadera voz, donde sus heridas sean validadas y sus dones sean alimentados; (4) un entorno donde se les refuerce como poderosos pensadores y agentes de cambio, no sólo en la sala de terapia, sino en su vida diaria; y (5) un refugio de las típicas demandas y tensiones de la escuela de posgrado, donde puedan reír y divertirse, celebrar su singularidad, sus peculiaridades y sus logros. El proceso de aprendizaje experiencial en esta práctica se centra en los tres componentes siguientes.

*Aumentar la asunción de riesgos emocionales y disminuir la evitación de experiencias. Una descripción de la clase dice lo siguiente.*

En nuestras interacciones, se te pedirá que seas más abierto, vulnerable, consciente y presente. Se puede prestar atención a lo que estamos experimentando en este momento en términos de cuestiones de conexión, poder, conflicto, evasión, confianza y cualquier otra cosa que sea difícil de discutir. Por favor, intente un nivel de apertura y de toma de riesgos emocionales que se sienta como una CCR2 para usted. Desafíate a salir de tu zona de confort, a profundizar más de lo que normalmente te sientes cómodo en el aprendizaje, el pensamiento, el sentimiento, el ser y la expresión. Al mismo tiempo, todos conocemos la diferencia entre la forma y la función de un comportamiento; así que para una persona, el mero hecho de estar en esta clase puede parecer muy arriesgado, mientras que para otra, su tarea puede consistir en trabajar en una revelación mucho más profunda. Tú eres el único que puede calibrar lo que es mejor para ti; ajusta tu comportamiento en consecuencia.

Aunque se facilita la asunción de riesgos, se hace hincapié en que los estudiantes de terapia deben adaptar todos los ejercicios de experiencia y divulgación a su nivel de tolerancia al riesgo. La justificación de estos ejercicios es que ayudarán a los estudiantes a (a) aumentar la empatía por los clientes; (b) darse cuenta de cómo y qué tienden a evitar para que puedan ser más conscientes de los comportamientos de evitación de sus clientes; (c) construir en sus propios repertorios lo que sus clientes pueden querer en sus repertorios objetivo (por ejemplo, para que puedan modelar y reforzar las habilidades de intimidad, como la vulnerabilidad cuando sea apropiado); (d) experimentar personalmente los ejercicios y tareas que puedan ser útiles con los clientes y ver si evocan sus propios comportamientos clínicamente relevantes; (e) poner de manifiesto sus valores, prejuicios y suposiciones ocultas para no empujar inadvertidamente a sus clientes en esas direcciones. Como Callaghan (2006a) afirmó tan acertadamente, "El objetivo de la supervisión es, en última instancia, ayudar al supervisado a realizar la PAF de forma eficaz, teniendo en cuenta no sólo la conceptualización del caso del cliente en curso, sino también la propia conceptualización del terapeuta de sus problemas" (p. 422).

La lista que se ofrece a continuación describe ejemplos de ejercicios que ponen a los alumnos en contacto con lo que pueden evitar.

- 1) Contar la historia de su vida en clase, centrándose en los principales recuerdos que les definen.
- 2) Centrarse en las personas y los acontecimientos importantes que han dado forma a lo que son.

- 3) Enviar correos electrónicos semanales a los demás miembros de la clase para crear un vínculo a través del intercambio de riesgos emocionales, retos, CCR1 y 2, experiencias personales potentes, etc.
- 4) Dirigir por turnos una meditación al principio de la clase para facilitar la conexión con uno mismo y con los demás miembros de la clase.
- 5) Compartir con la clase la propia conceptualización del caso personal, incluyendo las propias CCR1 y 2 en el entorno de la clase.
- 6) Compartir con la clase los propios resultados del FASIT.
- 7) Expresar sentimientos difíciles y pedir lo que uno necesita.
- 8) Contar secretos y dejar de lado la culpa y la vergüenza.
- 9) Participar en un proyecto de cambio de comportamiento.
- 10) Utilizar un inventario de pérdidas (véase el Apéndice I).
- 11) Preparar una declaración de misión (véase el capítulo 9).

*Desarrollar una reflexión empática precisa.* Los ejercicios anteriores ayudan a los estudiantes de terapia a desarrollar la empatía llevándolos más allá de sus zonas de confort y permitiéndoles experimentar sentimientos similares a los de sus clientes. Además, el curso pretende facilitar el desarrollo de una reflexión empática precisa a través de la retroalimentación que los estudiantes proporcionan repetidamente a otros miembros de la clase con respecto a sus revelaciones. Las funciones de dicha retroalimentación son llevar al receptor a profundizar en su experiencia, ver las cosas de una nueva manera u observar una faceta de sí mismo de la que antes no era consciente, sentirse visto, escuchado o reforzado de alguna manera por haber compartido, y/o sentirse más conectado con la persona que reflexiona. Los alumnos practican: (1) transmitir compasión; (2) identificar temas (por ejemplo, dificultad en el cuidado de sí mismo, sensibilidad al rechazo) para establecer conexiones entre temas aparentemente dispares; (3) revelar reacciones, pensamientos, percepciones o sentimientos o experiencias similares en respuesta a lo que se ha compartido; (4) relacionar lo que se ha compartido con las experiencias pasadas de la persona.

*Ser más digno de confianza.* La confianza es un elemento esencial para el establecimiento de una sólida alianza terapéutica. Nos centramos en desarrollar y practicar comportamientos que fomenten la confianza. Estos comportamientos incluyen decir la verdad, mantener la palabra dada o ser responsable, ser coherente y predecible, reconocer las expectativas del otro y corregirlas si no son precisas o explicar por qué no se cumplirán, recordar las cosas importantes que alguien dice (en relación con las personas, los acontecimientos, los recuerdos, etc.), asumir la responsabilidad de los errores y de reparar las rupturas, ver lo que es mejor para los intereses de alguien y no aprovecharse de ellos o herirlos, admitir cuando uno no sabe la respuesta, y estar dispuesto a corresponder a la vulnerabilidad del otro.

La disposición a asumir riesgos emocionales, el desarrollo de una empatía precisa y el aumento de la confianza son comportamientos que aumentarán el valor de los terapeutas como reforzadores sociales para sus clientes y, por tanto, repercutirán en la eficacia de las interacciones terapéuticas. Los comentarios de los estudiantes que figuran a continuación reflejan de forma elocuente el impacto que ha tenido esta práctica.

Un tema que quiero valorar es lo privilegiada que me siento por trabajar en un contexto que apoya y fomenta que disuelva la frontera entre mi vida personal y profesional de forma que ambas se enriquezcan. La clase de FAP es el mejor ejemplo de ese privilegio. Qué honor hacer este trabajo con todos ustedes... Noto un proceso en mí mismo en el que, a medida que me vuelvo más aceptante, me vuelvo más desprevenido y, en consecuencia, los comportamientos que emergen son mis genuinas CCR (el tipo de puntos ciegos y juicios erróneos que emergen inconscientemente cuando no estoy tan centrado en la autopresentación)...

(Estudiante de la clase FAP, hombre)

...Cada vez que interactúo con la FAP cambio... He tomado riesgos que me han ayudado a convertirme en una persona más confiada y abierta... Siento una sensación de posibilidad y esperanza con cada interacción que tengo con cada uno de los estudiantes de la clase...

(Asistente de enseñanza de la clase FAP, mujer)

La FAP... me ayudó a encontrar y construir el concepto de conexión. Conectado con los seres humanos a un nivel más amplio, conectado con los del grupo y conectado conmigo mismo. Me siento más conectada con el sufrimiento y las emociones humanas básicas, con mi propia historia de vida y con los hilos que corren paralelos en todas nuestras vidas... Me encantan las meditaciones con las que abrimos la clase y que tenemos la oportunidad de dirigirlas nosotros mismos. Todo este proceso me ha ayudado a aprender a entrar en mi propio cuerpo, al momento presente y a la autoconsciencia... Esos momentos que nos tomamos para mirar a los ojos a cada uno de los miembros de la clase, para darles la bienvenida con los brazos abiertos y el corazón abierto, son una experiencia extremadamente validadora y amorosa. Fomenta la conexión. Siento que durante esas dos horas, cuando nos sentamos en nuestro grupo de nueve, sucede algo mágico, y las reverberaciones me siguen durante toda la semana y más allá de ella. Me encanta cada minuto de esto: el crecimiento, los retos y la conexión.

(Estudiante de la clase FAP, mujer)

## **Ética y precauciones en la supervisión de la FAP**

### ***La FAP es difícil de hacer***

Estar presente, abierto y reducir la evasión emocional no es fácil. En la siguiente transcripción de una sesión de supervisión, el supervisado SB describe vívidamente esta dificultad y lucha contra ella. Cada terapeuta FAP debe lidiar con estos problemas, y es importante tener en cuenta la noción de T1s y T2s. Los T1 de un terapeuta son los T2 de otro, y lo importante es la mejora y no el cumplimiento de ningún estándar absoluto de lo que es "bueno". Esencialmente, una buena FAP implica mostrar T2s.

En el siguiente ejemplo de caso, la clienta de SB, Belinda, está deprimida y ansiosa, evita las relaciones cercanas, tiene dificultades para expresar sus sentimientos, lucha con la

búsqueda de empleo y se siente inútil. SB todavía no le ha dicho a su clienta lo que valora de ella, aunque sabe que eso evocaría las CCR, modelaría la apertura y la expresión de sentimientos, y MT ha modelado contextualmente dicha expresión en la relación de supervisión. SB, al describir por qué le resulta difícil hacer FAP, entiende a nivel visceral la importancia de la conexión a tierra en la vida personal del terapeuta.

Terapeuta : ...Mavis, no estoy haciendo FAP. He estado en la clase de FAP durante un año y medio y no estoy haciendo FAP... hay una manera de que hacer FAP requiere que sea transparente y abierto, y menos protegido, lo que para mí significa que tengo que ser más fuerte, no como si tuviera mi mierda juntos más fuerte, pero de una manera real, que es donde siento que tengo que ir a algunos retiros y hacer algo de trabajo y conseguir mi vida en orden, conseguir mucho menos estresado, no siento que tengo que ser realmente vigilante acerca de conseguir yo mismo con el fin de ser capaz de hacer esto. De lo contrario, me sentiría como, de acuerdo, tal vez podría hacerme pasar por los movimientos de esto, pero para estar realmente tan presente y tan abierto y ser capaz de utilizarme de esa manera como un reflejo para ella, tan abiertamente, necesito estar en un lugar diferente. Así que es más seguro, es más protegido, es más cómodo no hacerlo.

Supervisor : Creo que la analogía es que cuando la gente se cuestiona si puede ser un padre adecuado, si puede traer un niño a este mundo y darle la crianza adecuada, y se cuestiona todo lo que está mal en este mundo, entonces hay gente que se lanza ciegamente a tener bebés. Creo que hay gente que se lanza a por la FAP y se precipita pensando: "Puedo hacerlo", y tú, con todas esas reservas y que te preocupas tanto, confiaría mucho más en ti para hacer lo mejor... así que veamos la interacción tan específica sobre la valoración de ella... ¿cómo se relaciona todo lo que acabas de decir con que no seas capaz de decirle lo mucho que la valoras?

T : Hay una manera de abrir un nivel diferente de compromiso. Ya no es como, tú estás sentado allí, yo estoy sentado aquí, tú estás hablando y yo estoy haciendo algunas cosas, y es útil, y genial, te veré la próxima semana. Se convierte, se hunde un nivel, introduce mucho más de un factor interpersonal, sé que ese es el punto, se convierte en una relación diferente. Se siente de alguna manera inseguro para mí, como si no estuviera seguro de poder mantenerlo. Como si necesitara ser consistente. donde si me imagino cómo quiero decirle eso, de una manera que se sienta limpia, como 'Te estoy diciendo esto porque confío en que va a ser útil de alguna manera, y porque es la verdad'. Cuando me imagino eso, hay un lugar en el que tendría que estar. También podría hacerlo y sentirme un poco fuera de lugar. [SB está describiendo sus sentimientos que, a su vez, sugieren variables que explican su reticencia a hacer FAP-el comienzo de un análisis funcional-].

S : Esto es realmente valioso, lo que estamos pasando. [Refuerzo natural.]

T : Así que estoy recibiendo esto, Mavis, por qué he sido tan resistente a esto. Las veces que he visto y sentido el FAP, cuando lo consigo, cuando pienso en eso, y donde necesitaría estar y sentir, con esa clase de energía, esa clase

de intención e interacción. Puedo tener como un sentido encarnado, en qué tipo de lugar necesitaría estar para que eso sea un reflejo limpio, y no sobre ser complaciente, o no sobre tratar de hacer algo estratégico, sino de una manera que es abierta, no como, voy a hacer esto porque Mavis lo dijo... es como que toda mi vida tendría que cambiar. Tendría que encontrar algo de paz y algo de tiempo y tendría que vivir de una manera que sea congruente con, no puedo entrar en una sesión y ser esta otra persona, y relacionarme de esta otra manera, encenderla... Tengo que ser de una manera diferente, todo mi ser tiene que ser realmente congruente con eso.

- S : Creo que eso es lo ideal, pero creo que hay aproximaciones al ideal. Cuando miramos nuestra relación, ¿cómo es para ti ser tú mismo aquí? [Regla 2, evocar CCR.]
- T : Sin embargo, es totalmente diferente. En este contexto está bien. Creo que no entiendo a dónde quieres llegar.
- S : Es que estás experimentando lo que es ser tú mismo y no tienes tu máscara puesta, y puedes estar igual de comprometido, mientras que en el resto del mundo tienes tu persona. Así que me estás diciendo que tienes un cierto personaje con Belinda, y yo te digo que puedes experimentar con este proceso, ¿puedes ser más abierto con ella sin ser esta persona completamente clara y fundamentada? Antes de que tu terapia termine, es importante para que ella no se vaya sin saber lo mucho que la valoras. La ves de una manera que nadie más lo hace, así que no te vayas sin compartir eso con ella. La entiendes de una manera tan profunda.
- T : Sí, nunca pensé en eso. No creo que haya nadie más que la vea así. Me siento muy triste.
- S : Me encanta que te comprometas conmigo en esto.
- T : Bien, yo también, me siento bien porque estoy entendiendo parte del porqué de mi resistencia.

Después de esta sesión de supervisión, SB fue capaz de asumir más riesgos con su cliente, y su relación se profundizó. A su vez, su cliente respondió tomando más riesgos emocionales en la sesión y en su vida diaria.

### ***Cuestiones de límites (supervisión frente a terapia)***

Las relaciones de supervisión y terapéuticas tienen importantes aspectos en común, como una mentalidad de colaboración, la importancia de establecer objetivos y medir los progresos, el manejo sensible de los desequilibrios de poder y una atmósfera de ánimo y esperanza. Sin embargo, las relaciones de supervisión y terapéuticas tienen claras diferencias, ya que la supervisión se centra en el tratamiento del cliente (no del supervisado), los supervisores múltiples son más beneficiosos en la formación que los terapeutas múltiples en el tratamiento,

y hay flexibilidad para que las relaciones de supervisión evolucionen hacia relaciones colegiales o personales (Newman, 1998).

En las interacciones interpersonales profundas, el riesgo de que la supervisión pise territorio terapéutico es más probable. Dado que la supervisión se centra en el tratamiento del cliente, aunque los supervisados o los supervisores puedan plantear temas que se solapen con lo que se trata en la terapia personal, el énfasis se pone en el desarrollo de las habilidades clínicas del supervisado. No hay un enfoque sostenido en los asuntos personales de los supervisados, sino más bien una exploración de cómo estos asuntos personales impactan en su trabajo. Se anima a los supervisados a que sigan su propia terapia individual para resolver los problemas personales que surjan.

### ***Diferencial de potencia***

Dentro de la diferencia de poder en las relaciones de terapia y supervisión existe la posibilidad de explotación, y es imperativo que se proteja contra este potencial (Falender & Shafranske, 2004; Holloway, 1999). Para evitar un abuso de poder, es crucial que el supervisado dé su consentimiento informado para el tipo de supervisión interpersonal intensa que va a recibir (Callaghan, 2006a). En concreto, el supervisado debe ser informado de que (1) debido al enfoque in-vivo en la supervisión FAP, los sentimientos intensos que a menudo surgen en las relaciones terapéuticas pueden surgir en la relación de supervisión (por ejemplo, dolor, ira, tristeza, miedo, dependencia, apego, atracción); (2) la franqueza y la vulnerabilidad que se valoran y evalúan mucho en la supervisión FAP pueden ser a veces antitéticas a la necesidad de la persona supervisada de parecer serena y competente; (3) los temas personales que requieren un enfoque sostenido deben ser abordados en la terapia individual en otro lugar; y (4) el supervisor también se encontrará con el supervisado desde un lugar de autenticidad y vulnerabilidad, y está preparado para abordar las variables que afectan a la estructura de poder, incluyendo la autoridad evaluativa, el género, la edad, la raza, la orientación sexual y las diferencias culturales.

### ***Creación de una conceptualización del caso del terapeuta***

Una de las formas de mantener el enfoque en los objetivos del terapeuta con el cliente es que los supervisores se pregunten constantemente: "¿Estoy tratando de cambiar al supervisado o de ayudarlo a convertirse en un mejor terapeuta?". El objetivo más amplio de crear un cambio de comportamiento radical en el supervisado es similar al objetivo de la psicoterapia. El otro objetivo de la formación o de la creación de habilidades de terapeuta más eficaces, sigue siendo el propósito de la supervisión. Un medio para conseguirlo es crear una conceptualización del caso del supervisado, como se ha descrito anteriormente. Cada terapeuta tiene sus propios T1 y T2. Estos, sin embargo, se limitan a aquellos comportamientos relevantes para convertirse en un terapeuta FAP eficaz. Aunque los comportamientos del terapeuta descritos en el sistema FASIT (Callaghan, 2006b) son

paralelos a los del cliente, existen importantes diferencias. Uno de estos puntos de diferencia radica en el alcance del repertorio interpersonal. El supervisor FAP tiene la responsabilidad de limitar su intervención y desarrollo de habilidades con respecto a las conductas del terapeuta de interés a aquellas áreas que impactan directamente en el tratamiento del cliente que está siendo supervisado.

Se supone que los terapeutas se dedican a hacer terapia porque quieren ayudar. Por lo tanto, querer ayudar a un supervisado con sus problemas vitales tiene mucho sentido, pero existen prohibiciones éticas al respecto por una buena razón. A medida que el supervisor comienza a desarrollar un papel dual con el terapeuta en formación, su capacidad de servir como formador y, en última instancia, evaluador de las habilidades del terapeuta puede verse comprometida. Para seguir siendo un supervisor FAP eficaz, debe seguir estando presente, ser compasivo, reflexivo, flexible y coherente, todo ello al servicio de ayudar al supervisado a desarrollar mejores habilidades como terapeuta FAP.

Muchos terapeutas FAP se convierten en personas más eficaces, honestas, abiertas e incluso más cariñosas como efecto del aprendizaje de FAP. Parte de esto se logra "viviendo la FAP" en sus propias vidas y actuando de forma coherente con la formación FAP. Queremos señalar que aunque este es un resultado maravilloso del aprendizaje de FAP, no es requerido ni puede ser el objetivo necesario de la supervisión de FAP. Si, empíricamente, se determinara que los buenos terapeutas FAP deben hacer estas cosas en sus vidas para ser efectivos en el tratamiento con un cliente, entonces podríamos avanzar hacia esa recomendación. Hasta entonces, la relación supervisado-supervisor sigue siendo la interacción profesional de la formación con la agenda de la mejora de las habilidades del terapeuta. Esta formación puede parecer intensa, incómoda, compasiva y poderosa en cualquier momento, al igual que en la terapia. Los objetivos de la supervisión, sin embargo, siguen siendo más circunscritos.

Hay una variedad de estilos y enfoques de supervisión. El objetivo de cada uno debe ser formar terapeutas eficaces y éticos. Independientemente de la edad y la sofisticación, los supervisados serán influenciados por sus mentores. Corresponde a los mentores desempeñar esta responsabilidad con cuidado y teniendo en cuenta su influencia.

Una vez enumeradas estas precauciones y limitaciones, es difícil que alguien que esté aprendiendo FAP no vea las amplias implicaciones de entender e influir en el cambio de comportamiento. Advertimos a nuestros estudiantes que deben ser intensamente significativos para los clientes sin crear una dependencia debilitante. Lo mismo ocurre con la relación de supervisión.

Aprender a ser psicólogo es una elección. En esta elección influyen las experiencias y los valores personales. La "elección" de convertirse en terapeuta FAP no debe tomarse a la ligera porque el "consentimiento informado" es un ideal más que una realidad. Al principio de la formación FAP, aunque les decimos a los estudiantes que la formación FAP no pretende ser una terapia, es difícil concebir que esta formación no les haga examinar sus propios repertorios interpersonales, valores y objetivos. En una ocasión, tras varias sesiones de lucha por estar presente en la sala con un cliente, un joven terapeuta dijo: "Entiendo lo que tengo

que hacer para ser bueno en esto, pero no quiero hacer esos cambios en mí mismo. Mi vida funciona bien para mí, y no quiero hacer nada que ponga en peligro eso. Sé cómo hacer otros tratamientos con apoyo empírico, y creo que seguiré con eso". Esa fue una decisión saludable que nos da motivos para pensar que se pueden examinar las posibilidades de la PAF manteniendo la autonomía. Esto es algo bueno.

## **Conclusión**

Comenzamos este capítulo con la descripción de la experiencia de formación de una estudiante, y concluimos con una reflexión de MT a sus supervisados sobre la experiencia igualmente profunda que supuso trabajar con cada uno de ellos.

Me entristece que éste sea mi último e-post, que nuestra clase esté llegando a su fin y que no volvamos a estar tan unidos como grupo después de nuestro retiro. Al escribir mis apreciaciones y las evaluaciones de vuestros alumnos, he pasado muchas horas reflexionando sobre las formas en que sois especiales. Ha sido un privilegio estar al tanto de vuestras vidas de una manera profunda, ser consciente de las profundidades de vuestras luchas y alegrías, de los sentimientos privados y de los acontecimientos que sólo pueden conocer los más cercanos a vosotros. Además de ser más fácil con la FAP de una manera visceral, una de las lecciones que me gustaría que te llevaras de nuestra clase es que la intimidad es una elección. Debido a las tareas semanales de escritura y a todo lo que se compartió en la clase y en el pequeño grupo, nos comunicamos a un nivel profundo con regularidad, ya sea que estemos felices o tristes, estresados o relajados, abrumados o con ganas, ya sea que tengamos ganas de hablar o no. Gracias a esa coherencia, creamos una atmósfera de intimidad y confianza con la asunción de riesgos, la autodivulgación, la aceptación y la compasión. Me apena decir que, como me comunicaba más con vosotros, me siento más cerca de vosotros que de algunos de mis queridos amigos con los que no conectaba con tanta regularidad. Volviendo a nosotros, hemos construido una base de cercanía y confianza que es sólida. Cualquiera de vosotros puede acudir a mí en cualquier momento si necesita mi opinión o ayuda. Espero que enviéis un correo electrónico a todo el grupo cuando queráis compartir algo significativo en vuestras vidas, pero incluso si no vuelvo a saber de vosotros, sabed que lo que hemos compartido es inolvidable, y que siempre tendréis un lugar en mi corazón.

## **Referencias**

- Armstrong, P. V., & Freeston, M. H. (2006). Conceptualising and formulating cognitive therapy supervision. In N. Tarrow (Ed.), *Case formulation in cognitive behavior therapy: The treatment of challenging and complex cases* (pp. 349–371). New York: Routledge/ Taylor & Francis Group.
- Callaghan, G. M. (2006a). Functional analytic psychotherapy and supervision. *International Journal of Behavioral and Consultation Therapy*, 2, 416–431.

- Callaghan, G. M. (2006b). Functional assessment of skills for interpersonal therapists: The FASIT system: For the assessment of therapist behavior for interpersonally-based interventions including Functional Analytic Psychotherapy (FAP) or FAP-enhanced treatments. *The Behavior Analyst Today*, 7, 399–433.
- Callaghan, G. M. (2006c). The Functional Idiographic Assessment Template (FIAT) system. *The Behavior Analyst Today*, 7, 357–398.
- Falender, C. A., & Shafranske, E. P. (2004). *Clinical supervision: A competency-based approach*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Follette, W. C., & Callaghan, G. M. (1995). Do as I do, not as I say: A behavior-analytic approach to supervision. *Professional Psychology: Research & Practice*, 26, 413–421.
- Gallese, V., Keysers, C., & Rizzolatti, G. (2004). A unifying view of the basis of social cognition. *Trends in Cognitive Sciences*, 8, 396–403.
- Hineline, P. N. (1983). When we speak of knowing. *The Behavior Analyst*, 6, 183–186.
- Holloway, E. (1999). A framework for supervision training. In E. Holloway & M. Carroll (Eds.), *Training counseling supervisors* (pp. 8–43). Thousand Oaks, CA: Sage.
- John, W. M. (2006). Social skills training for students with emotional and behavioral disorders: A review of reviews. *Behavioral Disorders*, 32, 4–18.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationships*. New York: Plenum Press.
- Ladany, N., Friedlander, M., & Nelson, M. L. (2005). *Critical events in psychotherapy supervision: An interpersonal approach*. Washington DC: American Psychological Association.
- McNeill, B. W., & Worthen, V. (1989). The parallel process in psychotherapy supervision. *Professional Psychology: Research and Practice*, 20, 329–333.
- Milne, D., & James, I. (2000). A systematic review of effective cognitive-behavioral supervision. *British Journal of Clinical Psychology*, 39, 111–127.
- Newman, C. F. (1998). Therapeutic and supervisory relationships in cognitive-behavioral therapies: Similarities and differences. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 12, 95–108.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2001). A relational approach to training and supervision in cognitive psychotherapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 15, 3–15.
- Scott, R., Himadi, W., & Keane, T. (1983). Generalization of social skills. In M. Hersen, R. Eisler, & P. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification* (pp. 113–172). New York: Academic Press.
- Skinner, B. F. (1974). *About behaviorism*. New York: Knopf.

## Capítulo 9

### Valores en la terapia y FAP verde

Mavis Tsai, Robert J. Kohlenberg, Madelon Y. Bolling y Christeine Terry

*Nos damos cuenta de la enorme llamada de la historia en este momento. Hemos sido llamados a un genio colectivo, y cada uno de nosotros está siendo preparado para desempeñar su papel. Nuestro mundo necesita gigantes espirituales, y no hace falta ego sino humildad para apuntarse al esfuerzo. Muchos de nuestros problemas surgieron porque elegimos jugar en pequeño, pensando que allí encontraríamos seguridad. Pero hemos nacido con alas, y estamos destinados a desplegarlas.*

(Williamson, 2004, p. 250)

Tradicionalmente, la FAP se ha conceptualizado como una terapia relativamente libre de valores. El objetivo de la FAP es ayudar al cliente a tener una vida productiva, significativa y satisfactoria, pero se deja que el cliente especifique lo que es personalmente productivo, significativo y satisfactorio. Como se discutió en el capítulo 3, el trabajo del terapeuta es ayudar a clarificar los objetivos personales de su cliente y proporcionar orientación sobre cómo alcanzarlos. Con la excepción del objetivo analítico de la conducta de maximizar el refuerzo positivo a largo plazo y minimizar el control aversivo, se espera que el terapeuta se abstenga de imponer sus valores personales en el proceso. Sin embargo, en los últimos años, al intensificarse los problemas globales, hemos propuesto una variante de la FAP que denominamos FAP "verde". La FAP verde se llama así porque fomenta la introducción abierta en el tratamiento de valores personales del terapeuta que son coherentes con los ideales del movimiento "verde" (Green politics, s.f.). La FAP Verde incorpora una ideología socialmente consciente que da gran importancia a los objetivos ecológicos, medioambientales, de justicia social y de no violencia. En concreto, los valores de la FAP Verde abogan por el cuidado y la ayuda a los demás, la consciencia y la responsabilidad social, y el uso de los propios talentos y pasiones para contribuir al mundo.

Dado el papel central de los "valores" en este capítulo, conviene describir lo que se entiende por este término en el contexto actual. En su sentido más amplio, los valores son declaraciones verbales que especifican los reforzadores y las actividades que los producen (Baum, 2005; Skinner, 1971). Dado que nos centramos en los valores relevantes para la psicoterapia, nos interesa aclarar la naturaleza de las declaraciones de valores realizadas por los terapeutas.

Los terapeutas pueden afirmar tres tipos de declaraciones de valores. El primero puede denominarse, a grandes rasgos, "hechos" terapéuticos. Estos hechos predicen refuerzos basados en datos científicos. Un ejemplo es aconsejar a los clientes deprimidos sobre las investigaciones que sugieren que la mejora del funcionamiento interpersonal aumenta la resistencia a la recurrencia de la depresión y, por tanto, señalar que debería ser un objetivo del tratamiento. El segundo tipo lo denominamos "ética terapéutica", e incluye normas éticas de práctica que mejoran ostensiblemente el bienestar de los clientes. La ética terapéutica es adoptada y sancionada más o menos universalmente por el grupo profesional más amplio al que pertenece el terapeuta. Los clientes pueden esperar razonablemente que sus terapeutas emitan declaraciones de valores terapéuticos basados en hechos y en la ética. El tercer tipo de declaración de valores lo denominamos valores terapéuticos "personales". Estos valores personales no se asocian universalmente con el grupo profesional más amplio. Por lo tanto, los clientes no esperan que su terapeuta declare sus valores personales. Antes de explorar cómo se implementa la FAP Verde, abordaremos brevemente por qué creemos que los valores personales declarados explícitamente por los terapeutas pueden tener un lugar en la terapia.

## **El papel de los valores personales de los terapeutas en la psicoterapia**

Proponemos que ha llegado el momento de introducir los valores personales de la FAP Verde en la terapia porque creemos que el mundo se encuentra en una encrucijada. Como se desprende de la cita de Williamson más arriba, somos miembros de una generación que tiene en sus manos el destino de la civilización. Nos preocupan varias cuestiones clave: (1) la privación a gran escala (3.700 millones de personas viven en la pobreza con 2 dólares al día o menos; 24.000 personas mueren cada día de hambre; 30.000 niños menores de cinco años mueren cada día por causas evitables; 2. 4.000 millones de personas viven sin una sanidad decente y 4.000 millones de personas no tienen acceso a las aguas residuales) (Planet facts, n.d.); (2) los peligros del calentamiento global; (3) la devastación de nuestro entorno natural; (4) la violencia política/guerra, las privaciones extremas y/o las condiciones de vida insostenibles en todo el mundo (por ejemplo, Myanmar (Birmania), Oriente Medio, Darfur (Sudán), Congo Chechenia, noreste de la India, Somalia, Colombia, Uganda, Costa de Marfil); (5) las graves crisis sanitarias mundiales (por ejemplo, 2,9 millones de muertes al año por sida, una cada 10 segundos; 1,7 millones de muertes al año por tuberculosis, una cada 20 segundos) (Las 10 historias humanitarias menos difundidas, 2007); y (6) las atrocidades del terrorismo.

Reconocemos que la identificación y priorización de los problemas del mundo es algo arbitrario y variará de una persona a otra según el tipo y la naturaleza de los datos que encuentre. No obstante, como terapeutas con consciencia social nos preguntamos si es suficiente con ayudar a los clientes a aliviar la angustia, a cambiar los comportamientos autodestructivos o a perseguir objetivos puramente personales. La FAP Verde se basa en la propuesta de que la consciencia social tiene un papel crucial en el tratamiento que puede servir tanto al bienestar de los clientes como al del mundo. No estamos sugiriendo que los terapeutas abandonen el proceso de abordar los problemas y objetivos de sus clientes. Más

bien instamos a los terapeutas a que, siempre que sea posible, desarrollen repertorios de clientes que incorporen los valores de la FAP Verde.

Algunos argumentarán que los valores personales de los terapeutas no tienen cabida en sus funciones profesionales, y que los terapeutas deberían limitarse a la tarea de descubrir cuáles son los valores y objetivos de sus clientes, y ayudarles a alcanzar esos objetivos. Sin embargo, si se examina con más detenimiento, este punto de vista no excluye el uso de los valores personales basándose en la advertencia de que los terapeutas deben estar dispuestos a ayudar a un cliente a trabajar hacia un objetivo específico. Tomemos el ejemplo de un cliente cuyo objetivo es reducir la culpa y aumentar la riqueza resultante de una explotación legal de los empleados que no tienen opciones realistas para encontrar trabajo en otro lugar. En este contexto, los valores personales del terapeuta influirán en su forma de proceder. Del mismo modo, considere la "voluntad" en la situación en la que un cliente no puede pagar los servicios, pero dichos pagos apoyan el valorado nivel de vida del terapeuta, el tiempo de ocio con los amigos y la familia, y el compromiso de dar a la caridad. Todas estas influencias son valores que pueden afectar a quienes los terapeutas deciden tratar.

Además, tanto si los terapeutas declaran explícitamente sus valores personales como si no, todos estamos influidos por ellos en el tratamiento. Por ejemplo, Bilgrave y Deluty (2002) descubrieron que la mayoría de los terapeutas de su muestra tendían a identificarse como demócratas políticamente liberales, y aproximadamente la mitad creía que sus creencias políticas influían en su práctica de la psicoterapia. Gartner, Harmatz, Hohmann, Larson y Gartner (1990) determinaron que la coincidencia ideológica afectaba el grado en que los clínicos sentían empatía y simpatía por sus pacientes. Los clínicos políticamente liberales tendían a tener una respuesta personal negativa hacia los pacientes políticamente conservadores y los clínicos conservadores tenían una respuesta negativa aún más fuerte hacia los pacientes liberales. Además, las evaluaciones y las respuestas personales de los clínicos hacia los pacientes estaban influidas por el grado de congruencia ideológica entre ellos y sus pacientes. Gartner y sus colegas se refirieron a esta congruencia como "transferencia ideológica". Desde el punto de vista de la FAP, un desajuste sería antiterapéutico si la capacidad del terapeuta para reforzar naturalmente las CCR2 se viera comprometida. Por el contrario, un desajuste podría ser evocador de las CCR que están relacionadas con los problemas que presenta el cliente, y por lo tanto podría ofrecer oportunidades para las intervenciones terapéuticas.

En condiciones en las que un desajuste de valores conduce a una falta de empatía y se produce una ruptura terapéutica, los clientes pueden culparse a sí mismos del fracaso si no son conscientes de los valores de sus terapeutas. Por el contrario, un terapeuta de FAP Verde, que sería más comunicativo con sus valores, está mejor posicionado para asumir la responsabilidad de las rupturas. Si los valores se presentan en la llamada telefónica inicial o en la primera sesión, los clientes que no estén de acuerdo con estos valores tienen la opción de elegir otro terapeuta. Por ejemplo, MT dice a los clientes potenciales: "Además de trabajar en los problemas y objetivos individuales en la terapia, también me interesa ayudar a mis clientes a ponerse en contacto con sus talentos y pasiones únicos que pueden abordar los problemas

más amplios de nuestra comunidad y del mundo. ¿Es esto algo que le interesaría? Si el cliente tiene valores similares, se ha preparado el terreno para un entorno terapéutico productivo.

Una buena alianza también puede producirse incluso si los clientes aún no han identificado sus propios valores, pero sienten curiosidad y se sienten atraídos por los valores de la FAP Verde.

## **Aplicación de los valores del FAP Verde**

En la siguiente discusión exploramos cómo se pueden poner en práctica los valores de FAP Verde durante la terapia. Algunos métodos son bastante fáciles de poner en práctica y probablemente se produzcan con independencia de que el terapeuta sea consciente del proceso. Otros son más arriesgados, requieren valentía y deben adaptarse al terapeuta y al cliente en particular.

### ***Aplicación natural de la FAP Verde durante la FAP***

En la FAP, se fomenta que los clientes experimenten la relación terapéutica como un lugar seguro en el que se fomenta un comportamiento previamente castigado, aunque pueda resultar aterrador. Con el tiempo, se refuerzan las operantes de estar "presente" (véase el capítulo 5 sobre el yo y la atención plena), ser valiente y asumir riesgos interpersonales, y se reduce la evitación. El terapeuta también fomenta y puede utilizar las intervenciones de ACT (Terapia de Aceptación y Compromiso) (Hayes, Strosahl y Wilson, 2002; Kohlenberg y Callaghan, en prensa) al servicio de ayudar a los clientes a estar presentes con el malestar personal, superar la evitación emocional y actuar de forma más valiente y solidaria. Todos estos comportamientos dependen de la disponibilidad del refuerzo natural que es intrínseco a una relación terapéutica en la que se desarrolla un cuidado genuino y mutuo. Si el tratamiento tiene éxito, estos mismos comportamientos se trasladan a la vida cotidiana y los clientes acaban reforzándose al conseguir los objetivos que les llevaron al tratamiento. Por lo tanto, la FAP incorpora el potencial de reducir la evitación experiencial, aumentar los repertorios de apego e intimidad (véase el capítulo 6 sobre Intimidad), dar y aceptar el cuidado, y aumentar un sentido estable de sí mismo. Estos repertorios, a su vez, tienen beneficios que se aplican a la relación del individuo con el mundo, como se menciona brevemente en cada sección a continuación.

*Reducción de la evitación experiencial.* Una reciente revisión de la literatura generó la conclusión de que la mayoría de los problemas clínicos se derivan de esfuerzos poco saludables para escapar y evitar las emociones, y que estas dificultades se mejoran mediante la reducción de la evitación experiencial (Hayes, Wilson, Gifford y Follette, 1996). Un estudio reciente también ha documentado el papel que desempeña la evitación experiencial en la relación entre el materialismo y la disminución del bienestar (Kashdan y Breen, 2007). Reducir el materialismo es coherente con los valores de FAP Verde y es prometedor para

mejorar las conexiones significativas con otras personas y promover el bienestar de los demás.

*Mejora de los repertorios de apego.* Se ha determinado que la FAP tiene el potencial de mejorar los repertorios de apego (Meyer y Pilkonis, 2001). Se ha demostrado que el apego seguro aumenta la tolerancia de la diversidad intergrupal y la consideración humana y compasiva de los demás (Ginsberg et al., 1997). Mikulincer y Shaver (2007) sugieren que las intervenciones destinadas a mejorar los repertorios de apego permitirían a los seres humanos ser más capaces de crear una sociedad más amable y tolerante, armoniosa y pacífica.

*Dar y aceptar cuidados.* El entorno FAP fomenta el cuidado mutuo, la preocupación y la compasión. Aunque la FAP se centra en la relación terapéutica y en la transferencia de sus beneficios a otras relaciones interpersonales, una vez establecidos es posible que estos repertorios se generalicen a comunidades más amplias, permitiendo así los valores de la FAP Verde.

*Aumentar un sentido estable del Yo.* Las características de un sentido estable del Yo, que es un posible objetivo de la FAP, incluyen la capacidad de ser asertivo con los demás y de estar menos sujeto a la adopción de los valores del entorno interpersonal inmediato (Kernis, Cornell, Sun, Berry y Harlow, 1993; Kohlenberg y Tsai, 1991). Si un cliente se inclina por los valores de la FAP Verde, la mejora de la estabilidad del Yo le llevará a realizar acciones coherentes con estos valores.

*Ejemplo de caso.* El siguiente ejemplo de caso ilustra el proceso a través del cual un cliente de RJK tratado con FAP se volvió más consciente socialmente y políticamente activo, valores consistentes con la FAP Verde. Inicialmente, el cliente buscó tratamiento para la depresión y la ansiedad. La terapia dio como resultado CCR2 de tomar riesgos interpersonales, reducir la evitación de experiencias interpersonales y mejorar los repertorios de intimidad y apego. Hacia el final de la terapia escribió la siguiente nota a RJK.

Después de los años de envejecimiento de los ancianos -líderes experimentados, líderes de buena voluntad e intención- mi país y mi corazón se han roto. La política de las "vastas conspiraciones" y los intereses especiales, de derechas o de izquierdas, nos están destrozando, por lo que abandoné el activismo político y social. Para mí, la necesidad de creer merece que corra el riesgo de participar en estas elecciones. Como he aprendido muy bien en su oficina, "todos somos especiales", "puedo arriesgar, perder y vivir", y "sin esperanza no hay plenitud".

Después de los años de envejecimiento de los ancianos -líderes experimentados, líderes de buena voluntad e intención- mi país y mi corazón se han roto. La política de las "vastas conspiraciones" y los intereses especiales, de derechas o de izquierdas, nos están destrozando, por lo que abandoné el activismo político y social. Para mí, la necesidad de creer merece que corra el riesgo de participar en estas elecciones. Como he aprendido muy bien en su oficina, "todos somos especiales", "puedo arriesgar, perder y vivir", y "sin esperanza no hay plenitud".

## ***Ejecución directa del FAP Verde***

En nuestro primer libro (Kohlenberg & Tsai, 1991), analizamos cómo nuestra cultura nos aísla de las contingencias más profundas que supone comer carne. Los puntos clave son: la cantidad de grano utilizada para producir una comida de carne puede servir para hacer diez comidas vegetarianas; la energía utilizada en la cría de animales para obtener carne está agotando los recursos naturales y contribuyendo a la contaminación; los bosques tropicales están siendo talados para crear tierras de pastoreo para el ganado, con efectos nefastos para el medio ambiente (Robbins, 1987). También estamos alejados de otras contingencias más profundas. Por ejemplo, estamos alejados de las personas sin hogar y hambrientas, de los ancianos en residencias, de las personas que mueren, del complejo proceso de obtención de agua potable, de la tala de árboles para fabricar papel y de los procesos de eliminación de basura y aguas residuales. La gente suele evitar el contacto con estas situaciones porque el refuerzo positivo para afrontarlas es remoto o tardío, y las consecuencias inmediatas son bastante aversivas. Desde el punto de vista de la FAP Verde, creemos que el contacto con estas contingencias mejorará el mundo y beneficiará a los que viven en él (incluidos nosotros mismos). En esta sección abordamos las formas de aumentar la presencia y el contacto con estas contingencias "ocultas" y las experiencias privadas aversivas que pueden evocar, y cómo cada uno de nosotros puede utilizar sus talentos, inclinaciones, intereses y/o pasiones únicos para desempeñar un papel en el tratamiento de problemas sociales más amplios.

*Ser más altruista.* Datos convincentes sugieren que el comportamiento altruista, o la preocupación desinteresada por los demás y la realización de buenas acciones para ellos, conduce a mejoras en el bienestar y alivia la depresión (Seligman, Steen, Park y Peterson, 2005). También hay cada vez más pruebas de que el altruismo tiene una base evolutiva (Haidt, 2007; Wilson, Van Vugt y O'Gorman, 2008; Wilson y Wilson, 2007). En términos conductuales, los comportamientos altruistas son naturalmente reforzantes.

En un alegato a favor del altruismo, el ético australiano Peter Singer (1999) permite a los lectores entrar en contacto con el hecho de que las familias estadounidenses medias gastan casi un tercio de sus ingresos en lujos innecesarios, como salir a restaurantes bonitos, comprar ropa nueva porque la vieja ya no tiene estilo y pasar las vacaciones en complejos turísticos de playa. Los ingresos que se gastan en cosas que no son esenciales para la conservación de nuestra vida y nuestra salud, si se donan a una agencia de caridad, podrían significar la diferencia entre la vida y la muerte de los niños necesitados. Singer describe un caso expuesto por el filósofo Peter Unger en su libro titulado *Living High and Letting Die*, de forma que una donación de 200 dólares a una organización como UNICEF (800-367-5437) u Oxfam America (800-693-2687) ayudaría a un niño enfermizo del Tercer Mundo de 2 años a transformarse en un niño sano de 6 años, ofreciéndole un paso seguro por los años más peligrosos de la infancia. Singer dona una quinta parte de sus ingresos a organismos de ayuda contra el hambre e insta a todos los demás a hacer lo mismo.

Después de leer lo anterior, ¿se siente inclinado a hacer una donación? Si dona, es posible que no esté convencido de su eficacia y que tenga algo menos de dinero, ambas consecuencias aversivas. Sin embargo, nosotros y otros hemos donado a pesar de estos

efectos a corto plazo. La investigación sobre el altruismo citada anteriormente indica un posible refuerzo positivo para explicar este comportamiento. Si su historia le ha impedido donar, puede estar perdiendo una oportunidad de tener experiencias positivas. Nuestra sugerencia es que intente donar dinero o tiempo, o algún otro acto altruista más atractivo personalmente en el que normalmente no se involucraría, y ver qué sucede. Otra posibilidad es que, si lo hace, nos lo comuniqué (mavis@u.washington.edu) y le responderemos.

He aquí otra idea que puede permitirte emprender una acción altruista que tal vez hayas estado retrasando: tratar de contactar con tu propia mortalidad. En su libro, *Naked Buddhism*, Deida (2001) nos recuerda lo siguiente.

No importa cuánto dinero o amor hayas hecho, un día tus piernas se volverán frías y entumecidas, tu corazón se detendrá, tu respiración cesará y todo desaparecerá. En algún momento del ahora tan real como el presente, tu vida terminará. ¿Estás preparado para tu muerte? ¿Estás preparado para la muerte de tus hijos, tus padres y tus amigos? ¿Has amado plenamente y has dado tus más profundos dones? Una vida bien vivida abraza la muerte sintiéndose abierta, de corazón a todo, en cada momento. Abierta de par en par puedes ofrecer sin retener, puedes recibir sin apartar... (pp.1-2).

Aunque la técnica de contactar con nuestra propia mortalidad puede parecer aversiva al principio, el objetivo final es contactar con los reforzadores positivos que provienen del altruismo y de marcar la diferencia en la vida de los demás.

*Desarrollar el sentido de la responsabilidad universal.* Todos los seres humanos buscan la felicidad, la seguridad, la comodidad y la paz. Sin embargo, como individuos y miembros de grupos con los que nos identificamos (por ejemplo, parejas, familias, comunidades, naciones), valoramos nuestra propia felicidad individual o grupal por encima de la de los demás. La base evolutiva del altruismo sugiere que tendemos a identificarnos con un grupo (por ejemplo, la familia, la colonia) que a su vez determina el alcance de nuestra responsabilidad.

Los escritos del Dalai Lama parecen querer influir en nuestra percepción de la pertenencia a un grupo. El budismo enseña que la percepción errónea de una división dualista entre el yo (y nuestro grupo) y los demás es la raíz del sufrimiento personal y colectivo. La solución que propone el Dalai Lama (2006) es que cada individuo cultive un sentido de responsabilidad universal, de modo que seamos conscientes de la humanidad básica que nos une como una única familia humana y, por tanto, tengamos una profunda preocupación por todos, independientemente del credo, el color, el género o la nacionalidad. La premisa de la responsabilidad universal es que toda la vida está interrelacionada, y que la felicidad de una persona o grupo no debe buscarse a expensas de los demás, que estamos "atrapados en una red de mutualidad que puede escaparse, atados en una sola prenda de destino". (Martin Luther King, Jr., citado por Johnson, 2006, p. 30). El ejercicio experiencial del capítulo 1 pretende transmitir una sensación similar de interconexión.

Reconocer nuestra interdependencia e interconexión con los demás nos ayudará a experimentar un sentido de responsabilidad universal y a evocar acciones para superar los peligros de nuestra propia existencia. Lo más sensato es pensar en los demás cuando

buscamos nuestra propia felicidad. Cuanto más podamos ir más allá de las fronteras nacionales y abrazar a la comunidad internacional en general, menos probable será que a los habitantes de los países más pobres se les niegue una densidad de refuerzo adecuada. Desde el punto de vista de nuestra FAP Verde, las naciones no tienen más remedio que preocuparse por el bienestar de los demás porque es en interés mutuo y a largo plazo de todos los implicados.

*Cultivar un corazón abierto.* La metáfora del corazón se trata en el capítulo 6 sobre la intimidad. Cultivar un corazón abierto puede ayudar a crear una sensación de conexión en todas las relaciones, incluida la terapéutica. Todas las relaciones implican cuestiones de poder e intereses en conflicto. Tanto si se trata de asuntos íntimos como de asuntos internacionales, las relaciones humanas funcionan todas con los mismos principios básicos: el amor, el perdón, la consciencia, la bondad y el desinterés conducen a la paz; el odio y la violencia producen miseria. Dados los conflictos mundiales a los que nos enfrentamos, tenemos mucho que ganar abriendo nuestros corazones.

El desarrollo de un corazón abierto y bondadoso -amor y compasión por los demás, un verdadero sentido de comunidad y un sentimiento de cercanía con todos los seres humanos- está relacionado con el altruismo, el objetivo común de los preceptos morales establecidos por los grandes maestros de la humanidad. El objetivo es un altruismo que permite una compasión espontánea por todos los seres sensibles. En última instancia, beneficia al dador tanto o más que al receptor. La felicidad individual deja de ser un esfuerzo consciente de búsqueda de sí mismo y se convierte en un subproducto automático y muy superior de todo el proceso de amar y servir a los demás.

El trabajo para cambiar nuestras comunidades comienza con un sentimiento de conexión con todos los demás seres. Este sentimiento, sin embargo, no puede ser selectivo, "porque somos uno con nuestros amigos y con nuestros enemigos, con los que sufren y con los que causan sufrimiento" (Hanh, 2006, p. 38). Para acabar con la guerra y el sufrimiento, y conseguir la paz, cada uno de nosotros debe vivir con atención en el momento presente. Debemos detener las interminables guerras que se desencadenan en nuestro interior... Imagínate que todo el mundo detuviera la guerra en sí mismo: no habría semillas de las que pudiera surgir la guerra". (Johnson, 2006, p. 37).

Promover un sentido de propósito y misión personal. Creemos que las personas experimentan un alto nivel de realización cuando se ponen en contacto con la pasión, el talento o el sentido de propósito que les permite servir y ayudar a mejorar el mundo. Esto puede facilitarse en FAP Verde pidiendo a los clientes que elaboren una declaración de misión personal, una declaración de valores sistemática que desempeña un papel importante a la hora de tomar las riendas de la propia vida. Las declaraciones de misión pueden ayudarnos a centrarnos en lo más importante: los principios que anclan nuestra vida, quiénes queremos ser, qué queremos conseguir, a qué queremos dedicar nuestro tiempo y el legado que queremos dejar. Pueden ser una brújula, una fuerte fuente de orientación en medio de los mares tempestuosos y las corrientes apremiantes de la vida (Covey, 2004).

Desde el punto de vista conductual, la declaración de intenciones es un conjunto de reglas que implican predicciones sobre los acontecimientos que se reforzarán y los

comportamientos que se reforzarán. Las explicaciones de la acción aparentemente intencional y los autoinformes sobre el propósito que se siente se basan en las circunstancias presentes junto con el refuerzo pasado en circunstancias similares. En otras palabras, todos los enunciados intencionales, aunque parecen referirse al futuro, en realidad se refieren al refuerzo pasado. Palabras como intención, querer, intentar, esperar y proponer pueden ser parafraseadas por: "En circunstancias como éstas en el pasado, mi comportamiento fue reforzado".

Las siguientes herramientas pueden ayudar a elaborar una declaración de misión.

- 1) Toma prestados libremente los valores que te hablan en "Vivir una vida plena" (Tabla 9.1). Esta tabla describe una serie de valores o formas de ser que creemos que conducen a una vida plena y evolucionada. Algunos de ellos pueden ser más importantes para ti que otros. Algunos pueden estar ya arraigados en tu vida; otros requerirán una atención persistente. Algunos constituirán el trabajo de toda una vida. Por favor, seleccione los valores que son importantes para usted y utilícelos para crear su propia visión de cómo le gustaría vivir su vida.

**Tabla 9.1** Valores de cumplimiento

Valores	Descripción
Salud	Me siento bien físicamente. Cuido mi cuerpo alimentándolo con comida sana, haciendo ejercicio regularmente y descansando lo suficiente. Entiendo la importancia del equilibrio en todo lo que hago.
Espiritualidad	Integro un camino espiritual con mis actividades diarias. Soy consciente de mi conexión con todos los seres vivos y me maravilla el milagro de la vida. Soy consciente de la fragilidad y la fugacidad de la vida. Vivo con gratitud y gracia, y valoro la sencillez. Soy consciente de que tengo una misión, de que mi vida tiene un propósito. Estoy en contacto con mi voz interior de sabiduría, mi ser superior.
Amor e intimidad	Siento una abundancia de amor en mi vida. Cuido y me siento cuidado por las personas que quiero. Soy vulnerable y me revelo a quienes confío. Actúo con honestidad e integridad, y soy capaz de asumir compromisos que cumplo. Entiendo que los conflictos son inevitables en las relaciones estrechas, y trabajo para resolverlos y aprender de ellos.
Trabajo con sentido	Mi trabajo me produce un profundo sentimiento de satisfacción personal. Me desafía, me estimula y sé que estoy utilizando mis talentos.
Espacio hermoso	Me rodeo de la belleza y creo espacios de vida y trabajo que me aportan paz, inspiración y alegría. Hay un lugar para todo, y todo está en su sitio.
Atención plena/Insight/Consciencia	Puedo centrar la consciencia en el momento presente e ir más allá de viejos patrones mecánicos y compulsiones. Me intereso por el significado y las causas de mi comportamiento (y el de los demás), por lo que me hace actuar, pensar o sentir de una manera determinada. Comprendo cómo mi familia de origen y otras personas y experiencias destacadas me afectan en la actualidad. Examino mi comportamiento en busca de patrones inadaptados y trabajo para cambiarlos.

Comunicación compasiva/ Refuerzo de los demás	Me comunico de una manera que aporta armonía a mis relaciones. Puedo disipar los conflictos con empatía y motivar con compasión en lugar de con miedo, culpa o vergüenza. Veo lo mejor de los demás. Por cada crítica o juicio negativo, soy consciente de cinco aspectos positivos. Capto a los demás en el acto de hacer bien o de ser buenos. El refuerzo positivo es especialmente importante cuando se trata de educar a los niños.
Sexualidad	La energía erótica es una fuente de energía vital. Me siento bien con mi cuerpo y soy capaz de dar y recibir placer sexual.
Consciencia social/ Activismo/ Altruismo	Una vida puramente personal carece de un sentido de conexión y propósito. Tengo una comunidad a la que pertenezco. Veo lo que está mal en el mundo y actúo según mis convicciones trabajando por el cambio social.
Consciencia emocional	Estoy en contacto con mis sentimientos, los acepto y me permito sentir una amplia gama de sentimientos. Lloro las pérdidas con plenitud. Sé que cuando el dolor está bloqueado, también lo está la alegría.
Expresión auténtica del núcleo del ser	“Se necesita valor para crecer y ser quien realmente eres". Me relaciono con los demás con verdad y autenticidad, y puedo decir lo que pienso sin crear resistencia ni hostilidad. Me siento cómodo expresando mis verdaderos pensamientos y sentimientos a los demás cuando es apropiado.
Expresión creativa y artística	Cultivo la expresión artística a través de la música, el arte, la escritura u otros canales que fomenten mi creatividad.
Los problemas como oportunidades	Veo los problemas como retos y como oportunidades de aprendizaje y crecimiento. Me centro en mi papel en el problema, o en cómo he contribuido al mismo, en lugar de en lo que le pasa a la otra persona. Así puedo sentir mi poder en la resolución del problema.
Maravilla	Me asombro a diario y siento aprecio por los niños, los animales, la naturaleza, el arte, la música, la literatura y las artes en general.
Disciplina	Soy capaz de establecer objetivos realistas y de seguir hasta conseguirlos. Hago lo que digo que voy a hacer, para que los demás puedan confiar en mi palabra.
Flexibilidad cognitiva	Los demás y los acontecimientos no son la causa de mis sentimientos; puedo influir en gran medida en mis propios sentimientos y reacciones por la forma en que interpreto los acontecimientos. Soy capaz de reconocer y cuestionar las distorsiones de mi pensamiento que provocan sentimientos negativos. Soy capaz de encontrar soluciones creativas a los problemas de mi vida diaria.
Actividades que dan placer	Participo regularmente en actividades o aficiones que me producen placer. Estoy en contacto con mi niño interior y puedo ser espontáneo y juguetón en mis actividades.
Finanzas	Me siento bien con mis finanzas. Tengo suficiente dinero y puedo gastarlo en cosas que necesito y quiero. Soy generoso con los demás. Ahorro, invierto y hago planes para el futuro.

Coraje	Afronto y afronto mis miedos directamente. No dejo que mis ansiedades y miedos limiten mi vida. Me arriesgo a perseguir lo que es importante para mí.
Aprendizaje permanente	Tomo clases o leo libros para aprender sobre temas que me interesan. Estimulo mi mente con nueva información.

---

- 2) Responde a la encuesta de Seligman Values in Action Signature Strengths (versión corta) para identificar tus cinco valores principales. Se tarda unos 20 minutos en completar la encuesta en línea (VIA Signature Strengths Questionnaire, s.f.)
- 3) Responde a estas preguntas:
  - a. ¿Qué defiendes?
  - b. ¿Qué principio, causa, valor o propósito estarías dispuesto a defender hasta la muerte o a dedicar tu vida?
  - c. ¿Cuáles son tus momentos más felices, tus experiencias o tus mayores logros? Describe cómo estabas "siendo" en esos momentos. ¿Qué rasgos o cualidades estaban presentes? ¿Cuáles son las diez cosas que te producen una gran alegría?
  - d. ¿Qué te emociona en el mundo o sobre el mundo?
  - e. ¿Qué anhelas?
  - f. ¿Qué harías si tuvieras el valor?
  - g. ¿Qué harías si tuvieras los recursos?
  - h. ¿Qué harías si creyeras que es posible?
  - i. ¿Con qué lema intentas vivir?
  - j. ¿Por qué cinco cosas quieres que te recuerden cuando mueras?
- 4) Siéntase libre de tomar de los ejemplos siguientes lo que le conmueva o le hable. Incluyen nuestras declaraciones de misión personales y las creadas por nuestros clientes, supervisados y colegas.

Ahora que estamos en la cúspide de la supervivencia planetaria, mi misión es atreverme a ser poderosa y visible en el uso de mis dones para el bien de la humanidad. Quiero vivir y enseñar ampliamente los principios fundamentales de la FAP, que son la consciencia, el valor y el amor. Con un corazón abierto, doy lo que es más mío para dar, reflejo para los demás su mejor yo mientras les ayudo a sanar, a despertar espiritualmente y a honrar sus llamados. Digo mi verdad con compasión y aspiro a cultivar la sacralidad y la belleza en cada momento y en cada interacción. Quiero conectar con mi guía divina a diario, nutrir mi espíritu creativo y entregarme a los misterios y maravillas de la vida. Me comprometo a ayudar a crear la paz para las generaciones futuras. MT

Mi misión es comprometerme con el mundo de la forma más completa y profunda posible, incluyendo los ámbitos interpersonal, cultural y físico. Esto incluye: (1) esforzarme por amar cada vez más profundamente y aumentar el alcance y la intensidad de mi apego, cuidado y beneficio de los demás; (2) aumentar mi preocupación e implicación en la resolución de los problemas sociopolíticos; (3) jugar apasionadamente con las ideas que fomentan la creatividad y desafiarme intelectualmente a mí mismo y estimular a los demás a hacer lo mismo; y (4) aprender,

profundizar en mi comprensión y tener una implicación y conexión prácticas con las características físicas y tecnológicas del mundo en el que vivo. RJK

Mi misión es ir a contracorriente:  
vivir y actuar desde mis experiencias más profundas;  
dar testimonio del misterio de cada cosa ordinaria;  
atravesar los supuestos de la dualidad  
y sacar a otros del pantano de la desesperación;  
estar abierto a la vida y a la muerte como nuestra totalidad;  
practicar la simplicidad total;  
confiar, rechazando la prisa;  
volver a entrar en el Corazón salvaje continuamente:  
celebrar nuestra pertenencia esencial. MYB

Me esfuerzo por serlo:

- capaz de tener mi miedo y que éste no controle mi vida.
- conectarme plenamente con los demás con el corazón abierto.
- abierta y utilizar mi talento de expresión creativa cada día.
- una persona que se posiciona en contra de los que predicán la desigualdad y la intolerancia.
- una persona que nunca se rinde.
- capaz de cultivar y vivir en un espacio donde los problemas son oportunidades no realizadas.
- capaz de reconocer mi fuerza y utilizarla para ayudar a los demás.
- capaz de ver mis debilidades como áreas de crecimiento continuo.
- capaz de dar y recibir compasión.
- una persona que se permite asumir riesgos, aunque esto signifique que a veces pueda parecer una "tonta".
- una persona que se permite asumir riesgos, aunque eso signifique que a veces pueda parecer un "tonto".

Otras declaraciones de misión inspiradoras escritas por nuestros clientes y colegas son:

“Mi misión es enseñar a amar, inspirar esperanza y crear curación en los demás y en mí misma”.

“Mi misión es traer un niño a mi vida, compartir mi amor y mis conocimientos, y crear un entorno para que ese niño sepa lo que es amarse a sí mismo”.

“Con la mortalidad como paradójico liberador, mi misión es, francamente, "ir a por todas”.

“Dejar de volar por debajo del radar, asustado por las ilusiones y los antiguos dictados. Mi voto es vivir una vida de plena integridad. Rugir cuando se necesita ruido, consolar cuando se necesita consuelo, brillar con fuerza cuando se necesita iluminación. Y ayudar a los demás, y a mí mismo, a despertar a la verdad: ¡eres, sencillamente, espléndido!”.

“Per aspera ad astra

A las estrellas a través de las dificultades.

Aspiro a...

- tener el valor de fracasar para ser grande.
- trabajar por la igualdad y la dignidad de los menos afortunados.
- educar e inspirar a otros.
- encontrar la iluminación espiritual.
- emocionarme con las estrellas por la noche.
- decir lo que pienso, incluso cuando me tiembla la voz.
- tener cuidado con los que me invitan a ser menos de lo que soy y permanecer cerca de los que me retan a ser más de lo que jamás imaginé.
- vivir y amar con gracia".

"Mi misión es

Ser útil.

Comprender y entregarme, cada vez más profundamente.

Moverme con poder y gracia.

Encarnar la bondad amorosa.

El verdadero oro no teme al fuego".

Creemos que es un ejercicio importante que los terapeutas escriban sus propias declaraciones de misión para comprender lo inspiradora y significativa que es esta tarea antes de encargarla a sus clientes. Las declaraciones de misión se consideran planos o borradores que pueden revisarse a medida que uno cambia y crece, pero siguen siendo inspiradoras y poderosas a lo largo de sus iteraciones.

*Realizar una práctica diaria.* Mientras que algunas personas utilizan una práctica de meditación diaria para aumentar su atención plena, a otras les resulta difícil incorporar dicha actividad de forma regular por diversas razones, como la falta de tiempo o la propensión. Lo que recomendamos es una práctica diaria de algún tipo, no necesariamente de meditación, que te anime con respecto a una o más de las categorías mencionadas: altruismo, responsabilidad universal, corazón abierto o misión personal. ¿Qué tipo de práctica puedes realizar a diario que te aleje de las exigencias agitadas y distractoras de la vida y te devuelva a tu voz central, cree poesía en la acción y haga aflorar tu mejor y más sabio yo? Uno puede elegir la misma práctica diaria o dedicarse a una diferente cada día. Algunos ejemplos son escribir un diario, leer libros que motiven, tomar un baño de burbujas, salir a la naturaleza, trabajar en el jardín, dar un paseo, crear arte, escribir poesía, pasar tiempo con los hijos o los mayores, hacer trabajo voluntario, hacer ejercicio o trabajar, escuchar o crear música, hacer el amor, cocinar comidas saludables, abstenerse de comer, capturar momentos eternos con la fotografía o la videografía, y/o conectar con los demás. Para seguir desarrollándonos, es esencial realizar una práctica diaria que nos abra a lo que es verdaderamente importante. Johnson (2006), un budista, habló como un conductista con su cita: "No puedo pensar en una nueva forma de vivir, tengo que vivir en una nueva forma de pensar" (p. 36).

## Conclusión

La FAP verde es un modelo para entender la relación entre la evitación del contacto, el desarrollo personal de los clientes y los terapeutas, la preocupación por cuestiones culturales más amplias y un llamamiento a estar en contacto con lo que es posible. La FAP verde nos insta a (1) reclamar un mundo en el que cada vida sea preciosa:

Todos somos seres humanos que experimentan dolor, necesidad, enfermedad, pérdida y otros tipos de sufrimiento, y que dependen de las relaciones para ayudar a lidiar con la adversidad y mantener el bienestar; ya sea que estas relaciones sean entre sí, con el mundo animal, con el reino espiritual o con la tierra" (Museo Británico, 2006).

(2) amar de una manera que nunca antes habíamos amado; y (3) llevar nuestro sentido de agencia personal (capacidad de ejercer poder para lograr un fin) a su nivel más alto, aplicando nuestras pasiones y dones a la transformación personal, interpersonal y global.

"No serás una víctima.  
No serás un autor. Sobre todo, no serás un espectador".  
(Museo del Holocausto)

## Referencias

- Baum, W. M. (2005). *Understanding behaviorism: Behavior, culture, and evolution*. Malden, MA: Blackwell Publishing.
- Bilgrave, D. P., & Deluty, R. H. (2002). Religious beliefs and political ideologies as predictors of psychotherapeutic orientations of clinical and counseling psychologists. *Psychotherapy*, 39(3), 245–260.
- British Museum (2007, Viewed July 27). *Living and Dying*. Exhibit in Room 24, London: British Museum.
- Covey, S. R. (2004). *The 8th habit: From effectiveness to greatness*. New York: Free Press.
- Dalai Lama (2006). A new approach to global problems. In M. McLeod (Ed.), *Mindful politics: A Buddhist guide to making the world a better place*. (pp. 17–27). Boston, MA: Wisdom Publications.
- Deida, D. (2001). *Naked Buddhism: 39 ways to free your heart and awaken to now*. Austin, TX: Plexus.
- Gartner, J., Harmatz, M., Hohmann, A., Larson, D., & Gartner, A. F. (1990). The effect of patient and clinician ideology on clinical judgment: A study of ideological countertransference. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 27(1), 98–106.
- Ginsberg, J. P., Klesges, R. C., Johnson, K. C., Eck, L. H., Meyers, A. W., & Winders, S. A. (1997). The relationship between a history of depression and adherence to a multicomponent smoking-cessation program. *Addictive Behaviors*, 22(6), 783–787.
- Green Politics. (n.d.). Retrieved March 15, 2008, from [http://en.wikipedia.org/wiki/Green\\_movement](http://en.wikipedia.org/wiki/Green_movement).
- Haidt, J. (2007). The new synthesis in moral psychology. *Science*, 316(5827), 998–1002.
- Hanh, T. N. (2006). Call me by my true names. In M. McLeod (Ed.), *Mindful politics: A Buddhist guide to making the world a better place* (pp. 39–43). Boston, MA: Wisdom Publications.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2002). Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9(2), 164–166.

- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., & Follette, V. M. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152–1168.
- Holocaust Museum (2008, Viewed February 17). Washington, DC.
- Johnson, C. R. (2006). Be peace embodied. In M. McLeod (Ed.), *Mindful politics: A Buddhist guide to making the world a better place* (pp. 29–37). Boston, MA: Wisdom Publications.
- Kashdan, T. B., & Breen, W. L. (2007). Materialism and diminished well-being: Experiential avoidance as a mediating mechanism. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26(5), 521–539.
- Kernis, M. H., Cornell, D. P., Sun, C.R., Berry, A., & Harlow, T. (1993). There's more to self-esteem than whether it is high or low: The importance of stability of self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology* December, 65(6), 1190–1204.
- Kohlenberg, B., & Callaghan, G. (in press). FAP and Acceptance and Commitment Therapy: Similarities, divergence and integration. In J. Kanter, M. Tsai, & R. J. Kohlenberg (Eds.), *The practice of FAP*. New York: Springer.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationships*. New York: Plenum Press.
- Meyer, B., & Pilkonis, P. A. (2001). Attachment style. *Psychotherapy*, 38(4), 466–472.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). Boosting attachment security to promote mental health, prosocial values, and inter-group tolerance. *Psychological Inquiry*, 18(3), 139–156.
- Planet Facts. (n.d.). Retrieved March 15, 2008, from <http://planetinperil.org/category/planet-facts/>
- Robbins, J. (1987). *Diet for a new America*. Walpole, NH: Stillpoint Publishing.
- Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60(5), 410–421.
- Singer, P. (1999, September 5) The Singer solution to world poverty. *New York Times Magazine*. Retrieved February 12, 2008, from <http://people.brandeis.edu/teuber/singermag.html>
- Skinner, B. F. (1971). *Beyond freedom and dignity*. New York: Knopf.
- Top 10 most underreported humanitarian stories. (2007). Retrieved March 15, 2008, from <http://www.doctorswithoutborders.org/publications/reports/topten/>
- VIA Signature Strengths Questionnaire. (n.d.). Retrieved March 15, 2008, from <http://www.authentic happiness.org/>
- Williamson, M. (2004). *The gift of change*. New York: HarperCollins Publishers.
- Wilson, D. S., & Wilson, E. O. (2007). Rethinking the theoretical foundation of sociobiology. *Quarterly Review of Biology*, 82(4), 327–348.
- Wilson, D. S., Van Vugt, M., & O’Gorman, R. (2008). Multilevel selection theory and major evolutionary transitions: Implications for psychological science. *Current Directions in Psychological Science*, 17(1), 6–9.