



Vol. 14 No. 2

Junio de 2011

PSICOTERAPIA ANALÍTICO FUNCIONAL: LA NECESIDAD DE INCLUIR TECNOLOGÍA OPERANTE EN EL CONSULTORIO.

Patrón Espinosa Felipe¹

Centro de Estudios Superiores Justo Sierra O'reilly
México

RESUMEN

El siguiente artículo presenta una introducción a la Psicoterapia Analítico Funcional (Kohlenberg y Tsai, 1991), dando la oportunidad de reflexionar acerca de su pertinencia y continuidad con el análisis de la conducta. Así mismo, se realiza un análisis histórico-conceptual acerca de la relación existente entre el ámbito clínico de la psicología y el conductismo en general, hasta llegar a las actuales terapias contextuales (Hayes, 2004a).

Palabras clave: Psicoterapia Analítico Funcional. Psicología Clínica.

FUNCTIONAL ANALYTIC PSYCHOTHERAPY: THE NEED TO INCLUDE OPERANT

¹Profesor de tiempo completo del Centro de Estudios Superiores Justo Sierra O'reilly.
patron6d5@hotmail.com

TECHNOLOGY AT THE CLINIC.

ABSTRACT

The following article presents an introduction to Functional Analytic Psychotherapy (Kohlenberg and Tsai, 1991), giving the opportunity to reflect on their relevance and continuity with the analysis of behavior. Thus, takes place an historical and conceptual analysis about the relationship between the field of clinical psychology and behaviorism in general, till reach the current contextual therapies (Hayes, 2004a).

Keywords: Functional Analytic Psychotherapy. Clinical Psychology

Cuando se habla acerca del ámbito clínico en Psicología es claro que se puede estar hablando de diversos temas, entre estos, técnicas terapéuticas, psicoterapia, enfoques teóricos, metodología de la investigación, filosofía de la ciencia, ética, hasta posiblemente magia y esoterismo. Lamentablemente estos temas pocas veces son diferenciados en su totalidad, en especial cuando se refiere a lo que cuenta con carácter científico y lo que no. No es difícil notar que la mayoría de las veces cuando se hace referencia a un psicólogo clínico se le toma como sinónimo de psicoterapeuta o psicoanalista. Con estas características, distinguir entre ciencia y pseudociencia es muy difícil, pues es basta la literatura que expone la falta de carácter científico del psicoanálisis y la psicoterapia (Eysenck, 1986; Israëls, 2002; Kazdin, 1983; Sandler y Davidson, 1977; Stumphauzer, 1983; Yates, 1977, entre otros) y quizá contradiciendo al título de este trabajo, el mismo Skinner (1987) es quien ha propuesto a la psicoterapia como uno de los obstáculos para que la psicología pueda ser considerada como una ciencia. Lograr una comprensión de la situación actual del ámbito clínico de la psicología, obligatoriamente requiere de un análisis desde sus inicios y por lo tanto de la revisión de textos clásicos.

A pesar de lo anterior, el ámbito clínico en la psicología es muy importante, como mencionan Woods, Miltenberger y Carr (2006), el 62% de los miembros de la American Psychological Association (APA) se consideran pertenecientes a esta

área. Si esta cifra se relaciona como se había mencionado antes, con la poca preocupación que se tiene en el área clínica por la investigación científica, intentando no caer en suposiciones poco elaboradas, se podría decir que la mayoría de la psicología, o cuando menos gran parte de ésta se encuentra contaminada por la pseudociencia.

Esta situación, no es un tema nuevo, desde hace muchos años se ha tratado de diferenciar entre las intervenciones clínicas con carácter científico y las que no lo tienen. Han pasado más de 63 años desde que Watson (1945) propuso una nueva manera más objetiva para estudiar el comportamiento y es dentro de esta corriente, llamada conductismo, de la cual se puede decir que se ha puesto mayor énfasis en desarrollar tanto en la psicología general como en la clínica (Ferster, 1978) intervenciones con carácter científico.

Sin embargo, en el ámbito clínico, inclusive dentro del conductismo existen muchas discusiones y confusiones, desde cuál es el nombre más conveniente cuando se refiere al campo aplicado del conductismo en el ámbito clínico, ya sea terapia de la conducta, modificación de la conducta, terapia de condicionamiento etcétera. Hasta las posturas o autores que se pueden tomar como representantes o precursores, por ejemplo, Wolpe, Eysenck o Skinner (Stumphauzer, 1983).

Lo anterior no es algo raro, el conductismo como corriente psicológica es demasiado amplio, con diversas posturas y autores desde sus inicios, de esta manera, muchos de estos enfoques en algún punto son muy diferentes hasta el grado de negar los principios básicos unos de otros, como mencionan Guerrero, López, y Pérez-Acosta (2002), desde su primera generación el conductismo como filosofía no ha sido una propuesta unificada del todo. Esta falta de unidad es notable desde sus inicios, pues al intentar identificar al padre de esta corriente comúnmente se cita a Watson, sin embargo, la realidad es que en sus orígenes, había varios posibles candidatos para el título del “primer conductista” como Watson, Meyers, Weiss, Pieron, etcétera. (Bélanger, 1978).

En la actualidad existen diversas posturas que son consideradas conductistas sin en realidad serlo (Bélanger, 1978) y de acuerdo con Fernández-Ballesteros (1994), esto más que ampliar el campo de estudio o enriquecer a esta

corriente, la ha sumergido en una crisis que equivocadamente muchos han considerado la muerte del conductismo.

Esta situación es aún más notable en el ámbito clínico, pues no sólo existen las posiciones teóricas y terapéuticas opuestas, como las pseudocientíficas y las científicas, por ejemplo el psicoanálisis (Kazdin, 1983) y el conductismo, sino que dentro del mismo conductismo podemos encontrar posturas ambivalentes, por ejemplo, Arnau (1990) menciona que gracias a los diseños experimentales inspirados en el condicionamiento operante de Skinner, es posible investigar a nivel experimental en el ámbito clínico. Por otro lado y contrastando con lo anterior, existen los enfoques cognitivo-conductuales como la terapia cognitiva de Beck (1985) y la Terapia Racional Emotiva Conductual de Ellis (1999), que en muchos libros sobre terapia conductual o modificación de conducta se consideran como técnicas conductuales, por ejemplo en Delgado (1983), Kazdin (1996), Martin y Pear (1999), Reynoso (2005). Sin embargo, en contraste con la metodología experimental expuesta anteriormente por Arnau, este último enfoque cognitivo se basa en investigaciones de comparaciones de grupo y análisis estadísticos (Rey, 2004). La falta de importancia a la investigación experimental implícita en los enfoques cognitivo-conductuales o en otras palabras, la incapacidad de sus propuestas teóricas de ser dóciles a investigación experimental, les hace caer en muchas limitaciones, como mencionan Luciano y Sonsoles (2006), a pesar de que este tipo de terapias cognitivo-conductuales funcionan, presentan importantes limitaciones, por ejemplo, “no han proporcionado, hasta la fecha, una base experimental sobre la formación, derivación y alteración de los eventos privados, ni de las condiciones en las que se establecen y cambian las relaciones entre los eventos cognitivos y las acciones, ni las bases experimentales sobre las que se fundamentan la mayoría de los métodos clínicos” (pp. 9).

En síntesis, en las terapias cognitivo-conductuales se desconocen los factores que participan activamente en la modificación de la conducta problemática, se sabe que funcionan, pero no se sabe qué lo causa ni porque.

De la misma manera en que Luciano y Sonsoles (2006) proponen esta limitante, en textos de autores cognitivo-conductuales, se pueden encontrar estas

afirmaciones, por ejemplo, Yost, Beutler, Corbishley y Allender (1991) mencionan que a pesar de que la terapia cognoscitiva para la depresión ha demostrado ser eficaz, no se sabe a ciencia cierta cuál es la causa de tal eficacia.

Teniendo en cuenta lo anterior, la diferencia entre la metodología de investigación propuesta en el modelo cognitivo-conductual y el modelo conductista radical es clara, sin embargo, sus diferencias no se detienen en el aspecto de la investigación, al momento de la intervención en el ámbito clínico igual existen diferencias muy grandes, mientras que en las primeras hasta este momento identificadas como “conductuales”, el tratamiento consistía en modificar directamente el comportamiento mediante el manejo de las contingencias, por otro lado, en las cognitivo-conductuales, se les otorga un papel causal a los agentes cognitivos, y por lo tanto el eje del tratamiento consta en modificarlos (Luciano y Sonsoles, 2006).

Según Rey (2004), en el terreno de la psicología clínica, la diferencia más significativa entre estas dos posturas es que en el enfoque cognitivo-conductual se toman en cuenta variables interviniéntes como causas de la conducta, en este caso, las variables cognitivas, mientras que en las “conductuales” se busca alterar la funcionalidad de la conducta.

Siendo tan claras estas diferencias, es probable que surja la pregunta: ¿Por qué la confusión?, es obvio que se habla de cosas distintas, sin embargo como se mencionó anteriormente, en literatura con un enfoque “conductista”, se hace referencia la intervención cognitivo-conductual como parte de la misma. Esto quizá por características propias del conductismo, tanto en sus bases filosóficas, en su investigación básica, y en el ámbito aplicado, existen diferentes posturas y representantes. Según Rey (2004), las más conocidas son el conductismo Metodológico, el cual tiene sustento en bases neo conductistas, especialmente delineadas por Tolman. Por otro lado, el conductismo Radical sigue una perspectiva funcional analítica propuesta por Skinner.

De la misma manera en la cual las intervenciones cognitivo-conductuales y las conductuales son diferentes, lo son el conductismo metodológico y el radical, el primero acepta la suposición de variables interviniéntes como causas de la

conducta, mientras que el radical no. Es por lo anterior que en el ámbito clínico algunas de las terapias cognitivo-conductuales se consideran con orígenes en el conductismo metodológico (Rey, 2004), o por lo mínimo, éste fue la puerta de entrada para que se puedan considerar conductistas, ampliando de esta manera la confusión de lo que es el conductismo en el ámbito clínico.

La terapia de la conducta o modificación de la conducta, tiene diferentes fuentes por las cuales se dio a conocer, en Sudáfrica es posible identificar a un grupo (Wolpe y Lazarus), por otro lado, un grupo británico (Eysenck y Shapiro) y el grupo americano (Skinner y sus colegas) (Stumphauzer, 1983).

La falta de diferenciación entre estas fuentes, así como el nombrar “conductual” y tomar como sinónimos al conductismo radical y al metodológico es lo que da pie a que en algún momento, como menciona Fernández-Ballesteros (1994), se dé una revolución cognitiva, dentro del mismo conductismo, que lo llevaría a una crisis, al perder sus bases filosóficas y metodológicas.

Por otro lado, esta distinción no es fácil de identificar, puesto que inclusive el mismo creador del conductismo radical pudo haber influido a que en los textos de modificación de la conducta, se encuentren capítulos enteros dedicados a la modificación de la cognición, algo que va en contra del conductismo radical (Skinner, 1987), esto quizá al perder rigidez cuando transportaba la metodología de la investigación básica a la aplicada, en palabras de Skinner (1978, p.14): “Por supuesto, no todas las innovaciones que se observan en la modificación de la conducta se pueden atribuir al análisis fundamental, y reglas tradicionales empíricas para el moldeamiento y el manteniendo de la conducta, que usan los nuevos principios, han surgido mucho antes de que se hubiese efectuado una investigación fundamental”.

De esta manera, si dentro de la metodología conductual al aplicarla fuera del laboratorio, es posible aceptar innovaciones que no cuentan con carácter experimental, entonces es posible aceptar al conductismo metodológico y las intervenciones cognitivo-conductual, como parte de las herramientas de trabajo de un profesional que se identifica e interviene con metodología operante, propiciando de esta manera la crisis a la que se refiere Fernández-Ballesteros y

cayendo en las limitaciones de los enfoques cognitivo-conductuales mencionados por Luciano y Sonsoles.

En la mayoría de los libros sobre modificación de la conducta o terapia de la conducta, se hace referencia a que una de las razones más importantes por las cuales surge este tipo de intervención, es la inconformidad con el psicoanálisis, en especial por su nula docilidad de ser sometido a investigación científica debido a que toman a la conducta como un síntoma, ubicando la variable causal de éste en el inconsciente o la mente, cayendo en un modelo intrapsíquico o psicogenético (Sandler y Davidson, 1977). Así, cuando se habla del conductismo metodológico y su tendencia a explicar la conducta a partir de variables interviniéntes, en especial las cognitivas, se cae en el mismo error del psicoanálisis. Un ejemplo de esto es como la Desensibilización Sistématica de Wolpe, al principio era considerada como conductual, sin embargo, con el paso del tiempo se observa que cuenta con una teoría independiente, la inhibición reciproca, la cual se vuelve tan imprescindible como una proposición psicoanalítica (Yates, 1977). De esta manera, cayendo en el uso de constructos hipotéticos como causas de la conducta, en contra de la visión de Skinner, es comprensible la aparición de nuevas tendencias en tratamiento psicológico que insisten en retornar a una etapa precientífica de la psicología, por ejemplo la combinación del psicoanálisis con las terapias cognitivas en la Psicoterapia Cognitivo Analítica (Mirapeix, 1994).

A partir de esto, es evidente que a pesar de que en psicología haya un aumento en la tendencia a la producción de artículos de enfoque cognitivo (Robins, Goslin y Craik, 1998), esto no significa que haya un aumento en el empleo de la metodología operante, pues como se ha mencionado anteriormente las investigaciones de enfoque cognitivo no emplean una estrategia operante. De igual manera, la producción de artículos de la escuela conductual en general, no hace completa referencia al Análisis de la Conducta, sino que de igual manera incluye al conductismo metodológico, con base a las diferencias expuestas anteriormente entre estas dos posturas, no es posible (o confiable) tomar todos los artículos de la escuela conductual como sinónimos de Análisis de la Conducta.

Debido a esta razón se podría entender que del porcentaje de todos estos artículos sólo una porción son de enfoque radical.

Suficientes son las razones para proponer una herramienta de trabajo que vincule al conductismo radical con la psicología clínica, puesto que a pesar de que esta última es una de las áreas más grandes de esta ciencia, el acceso para conocer una propuesta de intervención radical bien establecida en el terreno clínico es casi nula tanto para estudiantes como docentes, muchas veces dejando a los profesionistas con una orientación conductual limitados a capacitarse e intervenir por medio de modelos no operantes que aceptan variables interviniéntes como causas de la conducta, desviándose de la posible investigación y aporte de conocimiento al Análisis de la Conducta.

El interés por vincular el ámbito clínico con el conductismo radical ya existía desde los principios del Análisis Aplicado de la Conducta (Lindsley, 1974), empero, no hace más de 15 años que han crecido los esfuerzos por llevar a cabo este objetivo, con la propuesta de una nueva generación de terapias Contextuales que proponen ser una continuación del Análisis de la Conducta Skinneriano (Kohlenberg et al, 2005).

Hayes (2004a) es quien ha expuesto la diferencia entre las tres generación de la terapia conductual. En términos generales, la primera generación hace referencia a la terapia de la conducta clásica, basada en el manejo de contingencias, el condicionamiento operante y el condicionamiento clásico. La segunda generación, inicia cuando el interés cae sobre las cogniciones y de esta manera el eje del tratamiento es la modificación del pensamiento, en otras palabras las terapias cognitivas, esto en contraste con la primera generación que busca modificar la conducta.

La tercera generación o las terapias contextuales, a diferencia de las terapias cognitivas no intentan cambiar la forma, frecuencia o la situación en la que se da un pensamiento, su meta es cambiar su función. Entre estas terapias las más conocidas son la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT: Acceptance and Commitment Therapy, Luciano y Sonsoles, 2006), (Hayes, Strosahl y Wilson.

1999), la Terapia Dialéctica Conductual (TDC) (Linehan y Dimeff, 2008) y la Psicoterapia Analítica Funcional (PAF) (Kohlenberg y Tsai, 1991).

A pesar de que estas terapias se concentren en una tercera generación, esto no significa que sean completamente iguales, por el contrario, los autores de la PAF y la ACT, siempre han hecho notar las diferencias entre sus dos enfoques (Barraca, 2006).

Una de las diferencias más notable entre estas terapias contextuales es la inclusión de nuevas herramientas o proposiciones teóricas durante el proceso terapéutico, por ejemplo, tanto la ACT como la TDC, incluyen en su propuesta práctico-teórica aportaciones del budismo Zen como el “Mindfulness” (conciencia plena o atención plena) (Hayes, 2004a), que a pesar de que existan intentos por operacionalizar esta técnica para integrarla a las terapias contextuales (Hayes, 2004b), podría implicar una mayor complejidad y un posible distanciamiento con el Análisis de la Conducta.

De igual manera, la ACT, cuenta con toda una teoría independiente, la cual se hace llamar Teoría de los Marcos Relacionales (TMR) (Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001). Probablemente por estas características es que algunos autores ponen en duda la continuidad de la ACT con el Análisis de la Conducta Skinneriano (Dougher, 2002).

Debido a lo anterior, se considera que es más confiable iniciar un análisis con la propuesta que muestre un mayor acercamiento (o menor desvió) con el conductismo radical, que en este caso sería la PAF.

En comparación con otros enfoques terapéuticos en psicología, la PAF es relativamente nueva, y como mencionan Fernández y Ferro (2006), a pesar de que la PAF parte de supuestos teóricos y prácticos sólidamente fundados en la investigación experimental más rigurosa sobre el comportamiento humano, todavía no se han llevado a cabo estudios suficientemente rigurosos que avalen su eficacia. Dentro de los estudios que revelan la eficacia de la PAF como tratamiento de diversos desórdenes psicológicos, se puede mencionar el estudio para mejorar la terapia cognitiva para la depresión con PAF (Kohlenberg y Tsai, 1994), el dolor crónico (Vandenbergh, Ferro y Furtado, 2003), el trastorno por

estrés postraumático (Kohlenberg y Tsai, 1998), trastornos de la personalidad (Callaghan, Summers, y Weidman. 2003), problemas de ansiedad (Kohlenberg y Tsai, 1995), trastorno de angustia sin agorafobia (López Bermúdez, Ferro García y Calvillo, 2002), abusos sexuales (Kohlenberg y Tsai, 1998), anorgasmia (Oliveira y Vandenbergh, 2005), celos (Carrascoso, 2002), obsesiones (Kohlenberg y Vandenbergh, en prensa) y problemas de pareja (Kohlenberg y Tsai, 1995; Rabin, Tsai y Kohlenberg, 1996).

De esta manera se puede observar que en el ámbito clínico de la psicología no es común una herramienta con bases puramente operantes que puedan usar los profesionales clínicos con orientación conductual, desaprovechando de esta manera toda la posible producción teórica y de investigación. De igual manera, actualmente en el campo clínico existe un gran interés y se ha creado la urgente necesidad de contar con intervenciones con eficacia comprobada experimentalmente, así como con una base teórica sólida, puesto que ésta es una de las áreas de la Psicología que mayor contacto tiene con un determinado porcentaje de la sociedad que demanda de un tratamiento profesional, y contradictoriamente, ésta es una de las que cuentan con menos fundamentos empíricos.

Lo anterior se puede verificar en el breve tiempo que ha transcurrido a partir de que se le prestó interés a este tema. Las publicaciones relacionadas a esto iniciaron en 1995 con el Grupo de Trabajo sobre la Promoción y Difusión de Procedimientos Psicológicos, de la División 12 (Psicología Clínica) de la American Psychological Association (APA). En estas publicaciones se determinó una serie de intervenciones psicológicas como tratamientos empíricamente validados (Chambless y Ollendick, 2001).

La PAF presenta una posible solución a estas dos cuestiones, pues propone una intervención clínica basada en principios operantes, que por una parte le brinda a los profesionistas de orientación conductual una herramienta acorde a su orientación teórica y por otra parte, gracias a la importancia que siempre se le ha dado dentro del Análisis de la Conducta a la investigación científica y a que sus principios pueden ser sometidos a la misma, la PAF es una

propuesta sólida como tratamiento psicológico con eficacia comprobada empíricamente.

Principios filosóficos y teóricos de la PAF.

Como se ha mencionado anteriormente, la PAF se basa en el Análisis Aplicado de la Conducta de Skinner o el Conductismo Radical, algo que posiblemente sea un poco difícil de imaginar para muchos clínicos.

Mayormente, cuando se piensa en Conductismo Radical se puede pensar en el estereotipo del científico loco, con bata, despeinado y que sus habilidades sociales se han ido deteriorando por no salir del laboratorio; en psicología esta imagen se exagera un poco más, debido a afirmaciones como: "son personas que no creen en nada, ni en el alma, ni en la mente, ni en el libre albedrío". No es el objetivo de este trabajo discutir estas afirmaciones, sin embargo, es posible afirmar que no son ciertas la mayoría de las veces.

Dentro de la PAF, para explicar el Conductismo Radical se recurre a un análisis etimológico, al decir que la radical procede del latín radix, que significa "raíz". Entonces el Conductismo Radical es una teoría que intenta llegar a la raíz de la conducta humana, sin importar que tan simple o tan compleja sea (Kohlenberg y Tsai, 1991).

De esta manera, se puede ver que muchos de las conductas que generalmente se piensa no se toman en cuenta dentro de esta teoría, sí lo son, como por ejemplo, los eventos privados.

Introducción a la intervención por medio de la PAF.

Los puntos centrales en la intervención por medio de la PAF, son el reforzamiento, la especificación de conductas clínicamente relevantes y la generalización (Kohlenberg y Tsai, 1991).

Con respecto al reforzamiento, en la PAF se utiliza en un sentido genérico, técnico y para referirse a todas las consecuencias que afectan (aumentando o disminuyendo) a la fuerza de la conducta (Kohlenberg y Tsai, 1991). De esta manera, al igual que la mayoría de intervenciones basadas en principios operantes

ya sea modificación de conducta o terapia conductual, no es posible definir reforzadores universales, sino que dependen del historial de reforzamiento de cada sujeto.

Especificación de la Conducta Clínicamente Relevante (CCR).

La característica que podría tomarse como la más relevante de la PAF a diferencia de las terapias de la conducta de generaciones pasadas, es que transportan el contexto donde se da la intervención, en este caso sería el clínico.

Anteriormente, la modificación de la conducta ha demostrado ser eficaz en ambientes controlados, como salones de clase o pabellones hospitalarios, donde es posible controlar gran parte del ambiente del sujeto, por el contrario, en el ámbito clínico es difícil observar directamente, así como reforzar las conductas problemáticas que ocurren en la vida real del cliente, sobre todo teniendo en cuenta que la mayoría de las intervenciones no sobrepasan de las 2 horas a la semana.

Así, la PAF propone que en el consultorio, las tres funciones del terapeuta con respecto la conducta del cliente son: a) discriminativa, b) evocadora y c) reforzante (Kohlenberg y Tsai, 1991).

De esta manera, el terapeuta durante la consulta más que enfocarse a las conductas problemáticas tal cual y como las presenta en la demanda el cliente, deberá centrarse en todas las conductas que podrían estar en relación con la problemática, teniendo en cuenta el proceso de moldeamiento, quizás si el cliente tiene problemas para establecer relaciones interpersonales, el simple hecho de no mirar a los ojos cuando se habla con el terapeuta podría ser a lo que se le llama en la PAF conducta clínicamente relevante (CCR).

Según Kohlenberg y Tsai, (1991), durante las sesiones existen 3 tipos de conductas clínicamente relevantes a las cuales el terapeuta debe prestar mucha atención:

CCR1. Los problemas del cliente que ocurren en la sesión. Éstas se encuentran relacionadas con los problemas expuestos por el cliente como motivo

para asistir a terapia. Por ejemplo, el cliente que asiste a consulta por falta de relaciones sentimentales, de la cual una de las CCR1s podría ser que el cliente evite hablar acerca de sus sentimientos.

CCR2. Las mejorías del cliente que ocurren en la sesión. Al hablar de este tipo de conductas es importante conocer los programas de reforzamiento utilizados en la terapia de conducta de primera generación como el RDI o RDO (Kazdin, 1996), en los cuales se intenta disminuir una conducta inadaptada, aumentando por medio de reforzadores conductas incompatibles o diferentes más adaptadas. Las CCR2 hacen referencia a cualquier conducta que represente una mejora en el repertorio del cliente, por ejemplo, en el ejemplo anterior, podría tomarse como CCR2, al hecho de que el cliente mire directamente a los ojos cuando hable con el terapeuta, hablar de sus sentimientos (por más simple que sea la plática), reforzar a la persona con la que habla el cliente, etcétera.

CCR3. Las interpretaciones del cliente acerca de su conducta. Éstas se refieren a lo que el cliente dice acerca de su conducta y lo que posiblemente podría causarla. Es muy importante que el terapeuta mantenga su atención en este tipo de conductas, pues una parte esencial del proceso terapéutico es el entrenar al cliente a realizar análisis funcionales, o a darle explicaciones funcionales a sus conductas. De igual manera, es importante tratar de que el cliente poco a poco deje de usar explicaciones conducta-conducta, que dentro de este enfoque teórico no son muy coherentes, por ejemplo, estoy triste porque tengo baja autoestima, golpeo a mi esposa porque mi enojo me controla, no logro hacer amigos porque soy muy introvertido, etcétera. Mientras más experiencia tenga el cliente en el uso del análisis funcional, es mayor la probabilidad de que pueda intervenir activamente en su proceso terapéutico.

Generalización.

Desde la perspectiva del análisis aplicado de la conducta, una de las limitaciones con las que cuenta la intervención clínica en psicología es que el ambiente es artificial, y por lo tanto no se podría influir directamente en la conducta blanco cuando ésta ocurra de manera natural. Debido a esto, la identificación de

conductas blanco cambia como se mencionó anteriormente en conductas clínicamente relevantes, bajo el fundamento de la generalización y el moldeamiento.

Como primera instancia el reforzamiento realizado en el consultorio de las conductas lo más cercanas posibles a la conducta objetivo pueden ir moldeando al cliente hasta obtener el resultado esperado. Después de esto se espera que estas nuevas conductas se generalicen a otras áreas de la vida del cliente. Por ejemplo, si la demanda del cliente es poder establecer relaciones interpersonales estrechas, al lograr una con el terapeuta este comportamiento puede generalizarse a las demás personas.

Conclusiones.

Ante las demandas que el ámbito clínico de la psicología enfrenta actualmente, tales como la necesidad de identificar intervenciones con evidencia comprobada empíricamente o intervenciones que se encuentren libres de pseudociencia, la PAF representa una opción interesante y valida que podría llenar muchos de estos espacios vacíos.

Con respecto a la psicología clínica sabemos por una parte que es una de las áreas más importante de nuestra ciencia y la que cuenta con mayor número de integrantes (Robins, Gosling, y Craik, 1999), pero de igual manera sabemos que a lo largo de la historia de la psicología quizá sea la que más problemas ha tenido en relación a su carácter científico.

De esta manera, se evidencia la necesidad de incluir tecnología operante en las intervenciones que realizan los psicólogos clínicos, debido a que su marco teórico se fundamenta de manera sólida en investigación tanto básica como aplicada, y sus conceptos y técnicas de intervención son dóciles a la investigación científica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arnau, J. (1990). *Diseños experimentales en psicología y educación*. (2^a ed.). México: Trillas.
- Barraca, J. (2006). Las terapias conductuales de tercera generación: ¿Parientes políticos o hermanos de sangre? *EduPsykhé*, 5, (2), 145-157.
- Bélanger, J. (1978). *Imágenes y realidades del conductismo*. (2^a ed). España: Universidad de Oviedo.
- Beck, A. T. y Emery, G. (1985). *Anxiety Disorders and Phobias: a Cognitive Perspective*. Nueva York: Basic Books.
- Callaghan, G. M., Summers, C. J. y Weidman, M. (2003). The treatment of histrionic and narcissistic personality disorder behavior: a single-subject demonstration of clinical improvement using Functional Analytic Psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 33, 4, 321-339.
- Carrascoso, F. J. (2002). Celos: un caso de aplicación de la Psicoterapia Analítica Funcional. *Apuntes de Psicología*, 20, 3, 347-368.
- Chambless, D. L. y Ollendick, T. H. (2001). *Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence*. Recuperado el 29 de septiembre de 2008 de arjournals.annualreviews.org.
- Delgado, F. (1983). *Terapia de la conducta y sus aplicaciones clínicas*. México: Trillas.
- Dougher, M. (2002). This is not B. F. Skinner's behavior analysis: a review of Hayes, Strosahl, and Wilson's Acceptance and Commitment Therapy. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 35, 323-336.
- Ellis, A. (1999). *Una terapia breve más profunda y más duradera*. Barcelona: Paidós.
- Eysenck, H. J. (1986). *Decadencia y caída del imperio Freudiano*. Barcelona: Nuevo Arte Thor.
- Fernández-Ballesteros, R. (1994). *Evaluación conductual hoy: Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Pirámide.
- Fernández, A. y Ferro, R. (2006). Psicoterapia Analítico-Funcional: Una aproximación contextual funcional al tratamiento psicológico. *EduPsykhé*, 5 (2), 203-229.

- Ferro, R., Valero, L. y Vives, M. C. (2005). Aplicación de la Psicoterapia Analítica Funcional. Un análisis clínico de un trastorno depresivo. *Análisis y modificación de la conducta*, 26, 291-317.
- Ferster, C. B. (1978). Un análisis experimental de fenómenos clínicos, En Bijou y Ribes, *Modificación de conducta: Problemas y extensiones* (pp. 227-249). México: Trillas.
- Guerrero, F., López, W. y Pérez-Acosta, A. (2002). Siete conductismos contemporáneos: una síntesis verbal y gráfica. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 2 (1), 103-113.
- Hayes, S. C. (2004a) Acceptance and Commitment Therapy and the New Behavior Therapies. Mindfulness, Acceptance and Relationship. En S. C. Hayes, V. M. Follete y Marsha M. Linehan. (Eds.) *Mindfulness and Acceptance: Expanding the Cognitive-Behavioral Tradition* (pp. 1-29). Nueva York: Guilford Publications.
- Hayes, S. C. (2004b). Operationalizing Mindfulness without unnecessary attachments. Clinical Psychology: *Sicience and Practice*, 11, 249-254.
- Hayes, S.C., Barnes-Holmes, D. y Roche, B. (2001). *Relational frame theory: a post- skinnerian account of human language and cognition*. New York: Plenum.
- Israëls, H. (2002). *El caso Freud: Histeria y cocaína*. España: Turner.
- Kazdin, A. (1983). *Historia de la modificación de conducta*. (3^a ed). España: Desclée de Brouwer.
- Kazdin, A. (1996). *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas*. (2^a ed.). México: El Manual moderno
- Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy. Creating intense and curative therapeutic relationships*. Nueva York: Plenum Press.
- Kohlenberg, R. J., y Tsai, M. (1994). Improving cognitive therapy for depression with functional analytic psychotherapy : Theory and case study. *The Behavior Analyst*, 17, 305-320.
- Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. (1995). Functional analytic psychotherapy: a behavioral approach to intensive treatment. En W. O'Donohue y L. Krasner (Eds.), *Theories of behavior therapy. Exploring behavior change* (pp. 637-658). Washington: APA.

- Kohlenberg, R. J., y Tsai, M. (1998). Healing interpersonal trauma with the intimacy of the relationship. En V. M. Follette; J. I. Ruzeg y F. R. Abueg (Eds.). **Cognitive-Behavioral Therapies for Trauma**. (pp. 305-320). Nueva Cork: Guilford Press.
- Kohlenberg, R. J., Tsai, M., Ferro, R., Valero, L., Fernández y Virués, J. (2005). Psicoterapia Analítico-Funcional y Terapia de Aceptación y Compromiso: Teoría, aplicaciones y continuidad con el análisis del comportamiento. **International Journal of Clinical and Health Psychology**, 5 (2), 349-371.
- Kohlenberg, R. J. y Vandenberghe, L. (en prensa). Treatment resistant OCD, and the therapeutic relationship: Two case examples. *The Behavior Therapist*.
- Lindsay, O. R. (1974). Análisis conductual directo de sesiones de psicoterapia, mediante un circuito cerrado de televisión programado de manera conjugada, en Ulrich, Stachnik y Marby, **Control de la conducta humana: de la cura a la prevención** (pp. 67-81). México: Trillas.
- Linehan, M. M. y Dimeff, L. A. (2008). Dialectical Behavior Therapy for Substance Abusers. **Addiction science & practice**, 4 (2), 39-47.
- López Bermúdez, M. A., Ferro García, R., y Calvillo, M. (2002). Una aplicación de la Psicoterapia Analítica Funcional en un trastorno de angustia sin agorafobia. **Análisis y Modificación de Conducta**, 28, 553-583.
- Luciano, M. C. y Sonsoles, M. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. **Papeles del psicólogo**, 27 (2), 79-91.
- Martin, G. y Pear, J. (1999) **Modificación de conducta. Qué es y cómo aplicarla**. (5^a ed.) Madrid: Prentice Hall.
- Mirapeix, C. (1994). Psicoterapia cognitivo analítica: un paradigma de integración en psicoterapia. **Revista de psicoterapia**, 20, 5-44.
- Oliveira, K. C. F. y Vandenberghe, L. (2005). Anorgasmia y esquiva experiencial, un estudio de caso. **Psicología Clínica**, 17 (1), 162-176.
- Rabin, C., Tsai, M. y Kohlenberg, R. J. (1996). Targeting sex-role and power issues with a functional analytic approach: Gender patterns in behavioral marital therapy. **Journal of Feminist Family Therapy**, 8, 1-24.
- Rey, C. (2004). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): Sus aplicaciones y principales fundamentos conceptuales, teóricos y metodológicos. **Suma Psicológica**, 11 (2), 267-284.
- Reynoso, L y Seligson, I. (2005) **Psicología clínica de la salud: un enfoque conductual**. México. El Manual Moderno.

- Robins, R. W., Gosling, S. D., y Craik, K. H. (1999). An empirical analysis of trends in psychology. *American Psychologist*, 54, 117-128.
- Sandler, J. y Davidson, R. S. (1977). *Psicopatología: Teoría del aprendizaje, investigación y aplicaciones*. México: Trillas.
- Skinner, B. F. (1978). Algunas relaciones entre la modificación de conducta y la investigación fundamental, En Bijou y Ribes, *Modificación de conducta: Problemas y extensiones* (pp. 227-249). México: Trillas.
- Skinner, B. F. (1987). Whatever happened to psychology as the science of behavior? *American psychologist*, 42 (8), 780-786.
- Stumphauzer, J. S. (1983). *Terapia conductual: manual de entrenamiento para psicólogos, médicos, enfermeras, trabajadores sociales, pedagogos, maestros*. México: Trillas.
- Vandenbergh, L., Ferro, C. B. L., y Furtado da Cruz, A. C. (2003). FAP-enhanced group therapy for chronic pain. *The Behavior Analyst Today*, 4, 369-375.
- Watson, J. B. (1945). **El conductismo**. Buenos Aires: Paidós.
- Woods, D., Miltenberger, R. y Carr, J. (2006). Introduction to the special section on clinical behavior analysis. *Journal of Applied behavior analysis*, 34 (4), 407-411.
- Yates, A. (1977). **Teoría y práctica de la terapia conductual**. (2^a ed.). México: Trillas.
- Yost, E. B., Beutler, L. E., Corbishley, M. A. y Allender, J. R. (1991). *Terapia Cognoscitiva de Grupo: Tratamiento para personas de edad avanzada con depresión*. México: Limusa.