

PSICOTERAPIA CONDUCTUAL INTERPERSONAL

Apuntes para un Seminario



Ps Jaime E Vargas M

CONTENIDO

I. ANTECEDENTES

1. LA TEORÍA DE TRIANDIS SOBRE LA CONDUCTA INTERPERSONAL
2. CONDUCTA SOCIAL
B. F. Skinner
3. PSICOTERAPIA
B. F. Skinner
4. RECIPROCIDAD Y COERCIÓN: DOS FACETAS DE LOS SISTEMAS SOCIALES
Gerald Patterson & John B. Reid

II. TERAPIA ANALÍTICO FUNCIONAL

5. PSICOTERAPIA ANALÍTICO FUNCIONAL (FAP)
<https://societyforpsychotherapy.org>
6. SISTEMA DE CATEGORIZACIÓN DE LA CONDUCTA VERBAL DEL TERAPEUTA
María Xesús Froján Parga, Montserrat Montaña Fidalgo, Ana Calero Elvira, Álvaro García Soler, Álvaro Garzón Fernández y Elena María Ruiz Sancho

III. PSICOTERAPIA CONDUCTUAL INTERPERSONAL

7. UNA COMPRENSIÓN CONDUCTISTA RADICAL DE LA RELACIÓN TERAPEUTICA QUE GENERA CAMBIOS
William C. Follette, Amy E. Naugle & Glenn M. Callaghan
8. LA TERAPIA CONDUCTUAL INTERPERSONAL (IBT), LA SUPERVISIÓN FUNCIONAL Y EL VALOR DE LA CONCEPTUALIZACIÓN CONDUCTUAL DE LOS CASOS
Glenn M. Callaghan y William C. Follette

LA TEORÍA DE TRIANDIS SOBRE LA CONDUCTA INTERPERSONAL

Si hay un elemento clave en la psicología social del comportamiento que aún falta en el modelo ABC de Stern, esto es el papel que juegan los hábitos. Stern (2000) reconoce esto y propone que un modelo integrado ambientalmente significativo consistiría de cuatro factores: 1) actitudes, 2) factores contextuales, 3) capacidades personales, y 4) hábitos. La confianza general en la sugerencia de Stern es muy semejante a un intento realizado hace casi treinta años, por el psicólogo social Harry Triandis para desarrollar un modelo integrado de conducta 'interpersonal'. Triandis reconoció el papel clave jugado por los factores sociales y las emociones, en la formación de intenciones. También subrayó la importancia del comportamiento pasado en el presente. Sobre la base de estas observaciones, Triandis propuso la Teoría de la Conducta Interpersonal (Figura 1) en donde las intenciones (como un muchos de los otros modelos) son antecedentes inmediatos de la conducta. Pero crucialmente, los hábitos también median la conducta. Y estas dos influencias son moderadas por condiciones facilitadoras.

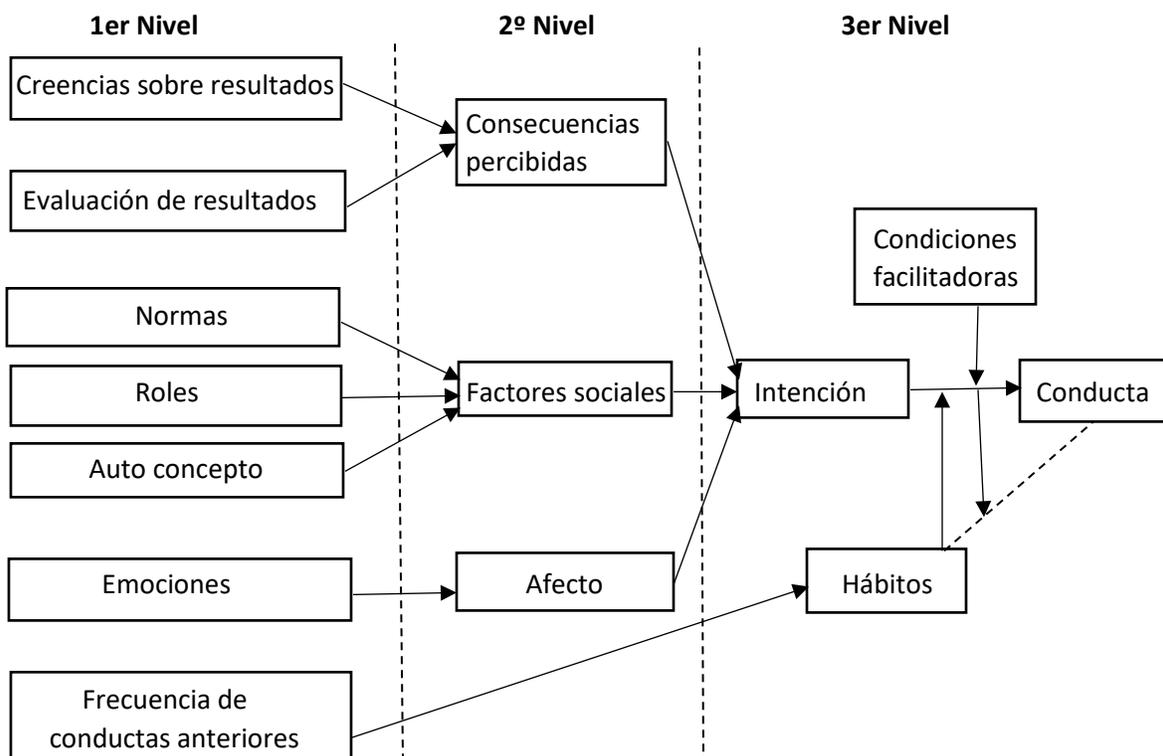


Figura 1. Representación esquemática modificada de la Teoría del Comportamiento Interpersonal de Triandis, 1977 (Egmond & Bruel, 2007)

La conducta, en cualquier ocasión es, de acuerdo con Triandis, una función parcialmente de la intención, de las respuestas habituales, así como de las restricciones y condiciones situacionales. La intención es influenciada por factores sociales y afectivos, así como por deliberaciones racionales. Esta no es completamente deliberada, en el modelo de Triandis, ni completamente automática. Tampoco es completamente autónoma o enteramente social. La conducta está influida por creencias morales, pero el impacto de estas es moderado tanto por drives emotivos como por limitantes cognitivos.

Los factores sociales incluyen normas, roles y auto-concepto. Las normas son reglas sociales acerca de lo que debe y no debe de hacerse. Los roles son 'conjuntos de conductas que son consideradas apropiadas en personas que ocupan posiciones particulares en un grupo' (Triandis, 1977). El auto-concepto se refiere a la idea que una persona tiene de sí misma, las metas que le son apropiadas y los comportamientos en los que debe o no involucrarse.

Las respuestas emocionales de una decisión o ante las alternativas de una decisión se asumen como distintas de las evaluaciones racionales-instrumentales de las consecuencias y pueden incluir tanto respuestas emocionales positivas como negativas con diversa fortaleza. El afecto tiene un impulso más o menos inconsciente para la toma de decisiones y es gobernado por respuestas conductualmente instintivas para situaciones particulares.

La teoría de la conducta interpersonal (TIB) de Triandis (1977) pertenece a una escuela de modelos cognitivos, a saber, la de Ajzen y Fishbein (1975) teoría de la acción razonada y la teoría de la conducta planificada de Ajzen (1991). Triandis (1977) va más allá de estos teóricos en su modelo TIB de tres niveles al agregar hábitos y la presencia de condiciones facilitadoras que habilitan o dificultan el desempeño de un comportamiento particular (Milhausen, Reece & Pertera, 2006).

Triandis sostuvo que la conducta depende de Hábitos, Intenciones y Condiciones facilitadoras.

Harry Charalambos Triandis (1926 – 2019), es universalmente conocido como el padre de la psicología social cros-cultural, así como por haber sido un líder en la investigación de la actitud y del campo industrial/organizacional de la psicología.

Referencias

- Triandis' Theory of Interpersonal Behaviour
www.cres.gr
- Robinson, J. (2010) Teoría del comportamiento interpersonal
<http://wiredspace.wits.ac.za>

CONDUCTA SOCIAL

B. F. SKINNER

En: Ciencia y Conducta Humana, 1969. Editorial Fontanella, Barcelona. Capítulo XIX (fragmentos)

La conducta social puede definirse como la que mantiene dos o más personas cuando interactúan o las que mantiene un grupo de personas en sus relaciones con un medio ambiente común. A menudo se dice que esta conducta es distinta de la individual y que existen <<situaciones sociales>> y <<fuerzas sociales que no pueden ser descritas en el lenguaje de una ciencia natural. Debido a este corte aparente en la continuidad de la naturaleza, se cree necesario la existencia de una disciplina especial llamada <<ciencia social>>. Existen, desde luego, muchos hechos relacionados con gobiernos, guerras, migraciones, situaciones económicas, hechos culturales, etc.- que nunca hubiesen llegado a ser objetos de estudio por sí mismos si las personas no se hubiesen reunido o actuando en grupo, pero no está todavía demostrado que los datos básicos sean fundamentalmente distintos. Personalmente, nos interesan los métodos de las ciencias naturales de la misma forma en que se utilizan en física, química y biología, y, tal como hasta ahora los hemos utilizado en el estudio de la conducta.

La conducta surge porque un organismo es importante para otro como parte de su medio ambiente. Por tanto, el primer paso consistirá en un análisis del medio ambiente social y de cualquiera de sus posibles rasgos distintivos.

REFUERZO SOCIAL

Muchos refuerzos requieren la presencia de otras personas. En algunos de ellos, como ocurre en ciertas formas de conducta social y en el boxeo, la otra persona participa meramente como objeto. No podemos describir el refuerzo sin hacer referencia a otro organismo. Pero el refuerzo social suele ser un problema de intervención personal. Cuando una madre alimenta a su hijo, la comida, como refuerzo primario, no es social, pero sí lo es la conducta de la madre al darla. La diferencia es pequeña – como podemos ver comparando la alimentación proporcionada por el pecho de la madre con la suministrada por el biberón-. La conducta verbal implica siempre un refuerzo social, y sus propiedades características derivan precisamente de este hecho. La respuesta <<un vaso de agua, por favor>>, no tiene ningún efecto sobre el medio ambiente mecánico, pero en un medio ambiente verbal apropiado puede conducir a un refuerzo primario. En el campo de la conducta social se pone un énfasis especial en el refuerzo obtenido mediante atención,

aprobación, afecto y sumisión. Estos importantes refuerzos generalizados son sociales porque el proceso de generalización requiere, a menudo, la mediación de otro organismo. El refuerzo negativo, especialmente en forma de castigo, la mayoría de las veces es administrado por otras personas en forma de estimulación aversiva incondicionada o de desaprobación, desprecio, burla, insulto, etc.

La conducta reforzada a través de la intervención de otras personas se diferenciará en muchos sentidos de la conducta reforzada por el medio ambiente mecánico. El refuerzo social de un momento a otro, dependiendo de la circunstancia de la instancia que refuerza. Por tanto, respuestas distintas pueden conseguir el mismo efecto, y una sola respuesta puede conseguir efectos diferentes según la ocasión. Como resultado comparable en un ambiente no social. Es también más flexible en el sentido de que el organismo puede pasar con más facilidad de una respuesta a otra cuando su conducta no es eficaz.

Puesto que el organismo que refuerza puede, a menudo, no responder de forma apropiada, es probable que el refuerzo sea intermitente. El resultado dependerá del programa.

EL ESTÍMULO SOCIAL

Otra persona suele ser una importante fuente de estimulación. Puesto que algunas propiedades de tales estímulos parecen rechazar una descripción física, ha resultado tentador suponer que existe un proceso especial de intuición o empatía cuando reaccionamos ante ellos. Un estímulo social, como cualquier otro estímulo, llega a tener importancia para controlar la conducta, a causa de las contingencias en las que participa. Cualquier unidad en la clase de estímulos se desprende de estas contingencias. Y estas vienen determinadas por la cultura y por la historia particular de cada individuo. El científico puede recurrir a su propia cultura o historia solamente cuando éstas se parecen a las del sujeto que está estudiando. Los estímulos sociales son importantes porque son importantes los refuerzos sociales con los que están correlacionados.

Nuestra conducta puede ser muy distinta en presencia o ausencia de una persona determinada. Por el simple hecho de ver a esta persona en medio de una multitud, nuestro repertorio disponible cambia inmediatamente. Los estímulos sociales son importantes para quienes el refuerzo social es importante. El vendedor, el cortesano, el animador, el seductor, el niño que quiere atraer la atención de sus padres, la persona que quiere pasar de una clase social a otra superior, el ambicioso en política, todos ellos son susceptibles de ser afectados por sutiles propiedades de la conducta humana que se asocian con la aprobación o la desaprobación y que, por lo general, pasan inadvertidas a muchas personas.

El estímulo social, que es menos probable que varíe de una cultura a otra, es el que controla la conducta imitativa. Las consecuencias finales de la conducta imitativa pueden ser peculiares de una cultura, pero la correspondencia entre la conducta del imitador y del imitado es relativamente independiente de ella.

EL EPISODIO SOCIAL

Podemos analizar un episodio social considerando cada organismo separadamente. Entre las variables que habremos de tener en cuenta al estudiar un organismo se encuentra las generadas por un segundo organismo. Consideramos entonces la conducta del segundo organismo dando por supuesto que el primero es una fuente de variables. Al reunir los análisis, reconstruiremos el episodio. La descripción será completa si comprende todas las variables necesarias para describir la conducta de los individuos. Consideremos, por ejemplo, la interacción entre el ave de rapiña y la presa, llamada <<acecho>>. Podemos autolimitarnos al análisis de la conducta del ave de rapiña que reduce la distancia entre ella y su presa y a la conducta de la presa que aumenta la distancia entre ella y el ave de rapiña. Una reducción de la distancia constituye un refuerzo positivo para el ave y un refuerzo negativo para la presa; por el contrario, un aumento de la misma será negativamente reforzante para el ave y positivamente reforzante para la presa. Si el ave de rapiña es estimulada por la presa, pero no viceversa, aquella se limita a reducir la distancia tan rápidamente como puede. Sin embargo, si la presa es estimulada por el ave de rapiña, responderá aumentando la distancia. Entre ellas no es necesario que esto se traduzca en vuelo abierto, sino que es suficiente cualquier cumple movimiento que conserve la distancia en un punto crítico. En la conducta que llamamos estar al acecho, el ave de rapiña reduce la distancia lo más rápidamente posible, evitando estimular a la presa para que ésta no la aumente. En el momento en que la distancia sea lo suficientemente corta, el ave de rapiña puede iniciar una persecución abierta y la presa echar a volar. En este momento tiene lugar un tipo distinto de interacción.

Otro ejemplo de episodio social consiste en guiar y seguir. La naturaleza de guiar y seguir queda más clara cuando los dos tipos de conducta difieren considerablemente y la contingencia de refuerzo es compleja. Se quiere entonces, generalmente, una división del trabajo. El líder se halla principalmente bajo el control de variables externas, mientras que el seguidor se encuentra bajo el control del líder. Un baile constituye un ejemplo de ello. Las consecuencias reforzantes –positivas y negativas- dependen de una contingencia doble: 1) las personas que bailan deben dar ciertos pasos en determinadas direcciones en relación al espacio de que disponen, y 2) la conducta de uno debe sincronizarse con la del otro. Generalmente, esta doble contingencia se divide entre los que bailan. El líder fija una pauta

y responde al espacio disponible y el seguidor es controlado por los movimientos del líder y responde de forma apropiada para satisfacer la segunda contingencia.

Resulta fácil establecer situaciones de cooperación con dos o más organismos experimentales y observar cómo surgen situaciones de liderazgo y seguimiento. En un experimento demostrativo se colocan dos palomas en cajas adyacentes separadas por un cristal. A ambos lados del cristal se encuentran dos columnas verticales con tres pulsadores cada una, y una de ellas es asequible a una de las palomas. Este aparato está destinado a reforzar con comida a ambas palomas, pero solamente cuando picotean simultáneamente los pulsadores correspondientes. Aun cumpliéndose esta condición, solo un par de ellos son efectivos. La situación requiere una cooperación bastante complicada. Las palomas han de sondear los tres pares para descubrir cuál de ellos es efectivo, y tienen que picotear los dos pulsadores correspondientes al mismo tiempo. Estas contingencias tienen que repartirse. Una de las aves – el líder- sondea los pulsadores picoteándolos, siguiendo un orden característico o más o menos al azar. La otra paloma – el seguidor- picotea el pulsador opuesto cualquiera que sea el que picotee el líder. La conducta del seguidor es controlada, casi de forma exclusiva, por la conducta del líder, y la conducta de éste es, a su vez, controlada por el aparato que distribuye, al azar, refuerzos entre los tres pares de pulsadores. Dos seguidores o dos líderes colocados juntos sólo pueden resolver el problema accidentalmente. La función del líder puede pasar de una paloma a la otra y puede producirse una situación temporal en la que ambas sean seguidores. Esta conducta se parece entonces a la de dos personas que, cuando se encuentran en unas circunstancias en las que existe flexibilidad en la norma de pasar por la derecha, dudan oscilando de un lado a otro antes de pasar.

La conducta de dos individuos puede encontrarse relacionada en un episodio social, no primariamente a través de un intercambio entre ellos, sino a través de variables externas comunes. El ejemplo clásico es la competición. Dos individuos compiten cuando la conducta de uno puede verse reforzada solamente al precio de una pérdida de refuerzo por parte del otro. No está necesariamente implicada en ello la conducta social, tal como aquí la hemos definido. Coger un conejo antes de que se escape no es muy distinto de cogerlo antes de que lo haga otro. En el último caso, puede darse un intercambio social como subproducto si un individuo ataca al otro. La cooperación, en la que el refuerzo de dos o más individuo depende de la conducta de ambos o de todos ellos, no es, en modo alguno lo opuesto a la competición, puesto que parece requerir un sistema interconectado.

PSICOTERAPIA

B. F. SKINNER

En: Ciencia y Conducta Humana, 1969. Editorial Fontanella, Barcelona. Capítulo XXIV (fragmentos)

LA PSICOTERAPIA COMO INSTANCIA DE CONTROL

La conducta que es inconveniente o peligrosa para el mismo individuo o para los demás, exige a menudo <<tratamiento>>. En un principio, este tratamiento estaba en manos de los amigos, padres, y conocidos, o de los representantes de las instancias de control. En el simple <<buen consejo>> se recomienda un tipo de acción que debería tener ventajosas consecuencias. En los proverbios, folklore y otras formas de sabiduría popular se prescribe una gran cantidad de terapéutica ocasional.

La psicoterapia representa una instancia especial que se ocupa de este problema. No se trata de una instancia organizada, como un gobierno o una religión, sino de una profesión cuyos miembros aplican técnicas más o menos normalizadas. La psicoterapia se ha convertido ya en una importante fuente de control en la vida de mucha gente y, por tanto, es necesario dar algunas explicaciones de la misma.

Diagnóstico

El psicoterapeuta debe conocer, desde luego, algo acerca del paciente que está tratando. Tiene que poseer cierta información sobre su historia, sobre la conducta que precisa tratamiento y sobre las circunstancias ordinarias que rodean la vida del paciente. La psicología clínica ha conferido gran importancia a la exploración del paciente. Se ha estudiado cómo llevar a cabo una entrevista, como realizar una historia clínica, como analizar series de ideas a través de la asociación libre, como determinar probabilidades de respuestas a partir de *tests* proyectivos o análisis de los sueños, y como utilizar estas probabilidades para inferir historias de privación, refuerzos o estimulación emotiva. Se han diseñado *tests* de inteligencia y de otro tipo para que el terapeuta pueda predecir la facilidad o dificultad con que el paciente reaccionará ante diversos tipos de terapéutica.

A menudo se da por sentado que el diagnóstico, considerado como mera compilación de información acerca del paciente, es el único punto en el que una ciencia de la conducta puede ser útil en terapéutica. Una vez que se han reunido todos los hechos acerca de un individuo, el tratamiento se deja al buen juicio y sentido común del terapeuta. Esto constituye un ejemplo de un extendido error de comprensión acerca de la aplicación de los métodos de la ciencia a la conducta humana. La compilación de hechos es sólo el primer paso de un análisis científico. El segundo, es demostrar las relaciones funcionales. Cuando las variables independientes se encuentran bajo control estas relaciones conducen

directamente al control de la variable dependiente. En el presente caso, control significa terapéutica. Una adecuada ciencia de la conducta humana debería contribuir, tal vez, en mayor medida a la terapéutica en lugar de quedar limitada a la diagnosis. Sin embargo, la aplicación de la ciencia a la terapéutica ha encontrado resistencia.

Las medidas que deben tomarse para corregir una circunstancia determinada de conducta se deducen directamente a un análisis de dicha circunstancia. La posibilidad de tomar dichas medidas dependerá, desde luego, de que el terapeuta controle, o no, las variables relevantes.

Terapéutica

El poder inicial del terapeuta como agente de control surge del hecho de que la situación del paciente es aversiva y de que cualquier alivio o promesa de alivio es, por esta razón, positivamente reforzante. Explicar por qué el paciente recurre al terapeuta, en cualquier caso concreto, requiere el análisis de una historia bastante complicada, la mayor parte de la cual es verbal.

Sin embargo, en conjunto, el poder original del terapeuta no es muy grande. Puesto que el efecto que quiere conseguir requiere tiempo, lo primero que debe hacer es asegurarse de que lo tendrá. Sin embargo, a medida que el tratamiento progresa, su poder aumenta. A medida que se desarrolla un sistema social organizado, el terapeuta se convierte en una fuente importante de refuerzo. Si consigue procurar alivio, queda reforzada la conducta del paciente de volver a él. La aprobación del terapeuta puede llegar a ser especialmente eficaz.

LA PSICOTERAPIA FRENTE AL CONTROL RELIGIOSO Y GUBERNAMENTAL

La principal técnica de la psicoterapia está pensada para anular los cambios de conducta que han surgido como resultado del castigo. Con frecuencia, este ha sido administrado por instancias religiosas o gubernamentales. Por tanto, existe una cierta oposición entre la psicoterapia y el control religioso y gubernamental.

INTERPRETACIONES TRADICIONALES

Para descubrirse fácilmente lo que es <<incorrecto>> en el individuo que muestra estos subproductos del castigo. Una determinada historia personal ha producido un organismo cuya conducta es perjudicial o peligrosa. En cada caso debe especificarse en qué sentido esto es así, observando las consecuencias, tanto para el mismo individuo como para los demás. El trabajo del terapeuta es completar una historia personal de tal modo que la conducta deje de tener estas características.

Sin embargo, éste no es el punto de vista tradicional. El campo de la psicoterapia es rico en ficciones explicativas. La conducta misma no ha sido admitida como materia de estudio por

derecho propio, sino solamente como índice de que *algo funciona mal en otra parte*. Se dice que la labor de la terapéutica consiste en remediar enfermedades internas y que la conducta es simplemente un <<síntoma>> de las mismas. Del mismo modo que las instancias religiosas den mucha importancia a la salvación o la piedad y las gubernamentales a la justicia, libertad o seguridad, la psicoterapia da importancia a la *salud mental y el equilibrio personal*. Estos términos suelen tener un contenido normalmente negativo porque se definen a partir de especificaciones de conducta enferma o desequilibrada, carente de salud o adaptación.

OTRAS TECNICAS TERAPEUTICAS

Existen muchas otras formas de corregir la conducta que necesita una acción curativa. Cuando la dificultad no puede atribuirse al uso excesivo del castigo o a otras circunstancias aversivas en la historia del individuo, deben desarrollarse técnicas terapéuticas distintas. A veces, el terapeuta debe construir un nuevo repertorio que resulte eficaz en el mundo en el que el paciente se encuentra. Es posible que la conducta adecuada que se encuentra ya en el repertorio del paciente necesite ser fortalecida o que haga falta añadir repuestas adicionales. Puesto que el terapeuta no puede prever todas las circunstancias en las que el paciente pueda encontrarse, debe elaborar también un repertorio de autocontrol mediante el cual el paciente pueda adaptarse a las circunstancias a medida que estas se presenten. Tal repertorio se compone principalmente de mejores sistemas para escapar de la autoestimulación aversiva condicionada por el castigo.

Otra posible fuente de problemas nace del hecho de que el individuo puede haber sido, o puede ser, intensamente reforzado por realizar conducta perjudicial o peligrosa. La conducta que viola los códigos éticos, gubernamentales o religiosos es a menudo, y por su misma naturaleza, fuertemente reforzante. A veces, pueden surgir también contingencias accidentales. El refuerzo positivo en situaciones atípicas produce otras formas de conducta ineficaz o incluso paralizante.

EXPLICACION DE LA INSTANCIA PSICOTERAPEUTICA

El terapeuta se dedica a curar principalmente por razones de tipo económico. La terapéutica es una profesión. Los servicios que el terapeuta presta son lo suficientemente reforzantes para el paciente y para los demás para permitirle cambiarlos por dinero. Generalmente, el terapeuta también se ve reforzado por su éxito al aliviar a sus pacientes. Esto es particularmente probable en el seno de una cultura que refuerza el hecho de ayudar a los demás, como práctica ética. Otro refuerzo importante para el terapeuta suele ser su éxito en la manipulación de la conducta humana. Puede tener un interés personal, por ejemplo, en probar el valor de una teoría determinada sobre la conducta neurótica o de una práctica terapéutica. Estos efectos de retorno sobre la instancia determinarán, a la larga, la composición de la profesión de la psicoterapia y la uniformidad de sus prácticas.

En ciertas etapas de la psicoterapia el terapeuta puede conseguir un grado de control más poderoso que el de muchas instancias religiosas o gubernamentales. Existe siempre la posibilidad, como en cualquier instancia que ejerce control, de que éste sea utilizado equivocadamente. El contracontrol que disuade del mal uso de este poder viene representado por los principios y prácticas éticos de la profesión organizada. El peligro de este mal uso puede explicar la popularidad de las teorías de psicoterapia que niegan que la conducta humana pueda, en último término, ser controlada o que se niegan, de modo deliberado, a aceptar la responsabilidad del control.

RECIPROCIDAD Y COERCIÓN: DOS FACETAS DE LOS SISTEMAS SOCIALES

Gerald Patterson y John B. Reid

En: Neuringer, C. & Michael, J. L. – Behavior Modification in Clinical Psychology. Appleton-Century-Crofts, 1970 - Capítulo 7 (fragmentos)

El presente reporte delinea un marco conceptual basado en la teoría del reforzamiento para el análisis de algunos aspectos de las interacciones diádicas. Dentro de este marco, dos mecanismos se posicionan con características importantes de intercambio social. Estas son la “reciprocidad” y la “coerción”.

La “reciprocidad” describe una interacción diádica en la que las personas A y B se refuerzan una a la otra, con una tasa equiparable. En esta interacción, reforzadores positivos mantienen la conducta de ambas personas. La “coerción”, por el otro lado, se refiere a una interacción en la que estimulación aversiva controla la conducta de una persona y reforzadores positivos mantienen la conducta de la otra. Tanto la “reciprocidad” como la “coerción” se consideran ser patrones estables de interacción diádica que caracterizan muchas de las interacciones en las familias.

El constructo “Coerción”

La hipótesis de la coerción intenta explicar por qué es que una persona que es objeto de algunas formas de comportamiento desviado, se encuentra en la posición de reforzar estas conductas. La hipótesis también describe las contingencias que mantienen la conducta reforzada por del objetivo.

Para ilustrar la hipótesis de la coerción, vamos a asumir que la persona A interactúa con B y A emite un mando. Típicamente, el reforzamiento de un mando o un comando, es su complacencia (Skinner, 1957). La conducta de la persona que complace es mantenida por reforzadores positivos proporcionados por la persona que emite el mando. Sin embargo, en una interacción coercitiva las contingencias provistas para el mantenimiento de las conductas mandatorias están radicalmente alteradas. Por ejemplo, A le dice a su mamá, en el supermercado, “Quiero un helado”. En una interacción coercitiva, el no complacer es castigado. Si, por ejemplo, la mamá no lo complace, esto producirá un incremento en la tasa o en la amplitud de la conducta de mando. En el ejemplo, el niño probablemente no solo continuará en sus demandas de un helado, sino adicionalmente, es probable que *levante la voz*. Luego de una serie de estas interacciones, el mando inicial puede servir como estímulo discriminativo, disponiendo la ocasión para la emisión de conductas de evitación (complacencias). Una vez que el niño ha entrenado a su mamá, solo se necesita presentar

el primer mando de la cadena, para producir la conducta de complacencia. La presentación periódica de la estimulación aversiva servirá para mantener las conductas de complacencia con gran fortaleza.

En esta forma de interacción coercitiva, el no complacer es castigado. Al mismo tiempo, complacer es reforzado. La segunda hipótesis se refiere al efecto de terminar con las conductas mandatorias. Presumiblemente la terminación de estas conductas corresponde con el retiro de estímulos aversivos. El evento que produce el retiro de los estímulos aversivos es la respuesta complaciente del objetivo. Cuando la madre compra el helado, el mando desviado termina. El reforzamiento para el niño es el helado. La contingencia reforzante para la madre fue la terminación de la “escena” en el supermercado. Viéndolas juntas, las dos hipótesis explican las contingencias de reforzamiento que mantienen la conducta tanto de la persona que manda, como la conducta de la persona que obedece (o complace). Estos dos conjuntos de contingencias constituyen los rasgos principales del constructo “coerción”.

Parece probable que la coerción sea más característica de los individuos que no han desarrollado repertorios de habilidades sociales que sirvan para producir consecuencias predecibles en el ambiente social.

La hipótesis de la “Reciprocidad”

La idea de que las interacciones sociales están parcialmente gobernadas por algún intercambio recíproco de “bienes” ha estado implícita en muchas discusiones sobre las instituciones sociales y las sociedades. Ciertamente, el darse cuenta que el hombre puede manipular mejor su ambiente físico “cooperando” e “intercambiando” probablemente proporciona una base para la formación de cualquier unidad social. También como parte de la sabiduría convencional durante algún tiempo, la idea de la reciprocidad ha sido sistematizada en un constructo formal solo recientemente por psicólogos sociales como Homans (1961) y Thibaut & Kelley (1959). La visión de la reciprocidad mantenida por estos teóricos podría ser descrita como una “economía social”. Dos miembros de una interacción diádica intercambian “bienes” que proporcionan soporte mutuo para las actividades de cada uno de los miembros involucrados. Los bienes intercambiados son definidos gruesamente y se refieren a una variedad de reforzadores que van desde la aprobación social, el dinero y el interés, hasta “servicios” o “favores”. La efectividad reforzante o el valor de estos eventos reforzantes varía como una función del esfuerzo requerido para producir el reforzador y el número de alternativas disponibles para aceptar este reforzamiento.

Las revisiones existentes de la literatura empírica demuestran que los reforzadores sociales, de varios tipos, pueden usarse para mantener una variedad impresionante de

comportamientos humanos que van desde comer hasta defecar, desde apretar un botón hasta usar nombres en plural y desde cooperar hasta golpear. Varios de estos estudios fueron revisados recientemente en los volúmenes editados por Honig (1966) y Verhave (1966). En estos estudios, se dispensaron reforzadores sociales unilateralmente por una persona para mantener la conducta de una segunda persona. Sin embargo, tales estudios proporcionan solamente bases limitadas desde las cuales analizar los problemas más complejos involucrados en interacciones de dos personas, en las que ambas se refuerzan una a la otra.

Haciendo a un lado los esfuerzos pioneros tempranos de Sidowski (1957) y de Azrin y Lindsley (1956), la investigación más extensa de la interacción de dos personas con un paradigma de aprendizaje social es la reportada por Lindsley (1963) y la de Cohen y Lindsley (1964). En el procedimiento de Lindsley, dos personas, respondiendo en habitaciones contiguas, presionaban palancas para obtener monedas como reforzadores. Si A respondía con 0.5 segundos de la respuesta de B, uno o ambos sujetos podían ser reforzados dependiendo de la clase de interacción social que fuera estudiada (cooperación, competencia o liderazgo). El aprendizaje de discriminación fue significativamente acelerado cuando se les dijo a los sujetos que la ocurrencia de una señal connotaba la respuesta de una persona en la habitación de a lado y que la ocurrencia de una segunda señal indicaba que la otra persona había sido reforzada.

Sin embargo, para comprender la interacción social, sería necesario entender no solo que A refuerza a B y B refuerza a A y que estas contingencias mantienen la interacción, sino, además, debemos saber las condiciones bajo las cuales estos dos individuos proporcionarían el reforzamiento necesario. Para discutir estas cuestiones, se necesita primero asumir que tanto A como B tienen bien establecidos repertorios de comportamiento social.

PSICOTERAPIA ANALÍTICO FUNCIONAL (FAP)

<https://societyforpsychotherapy.org/functional-analytic-psychotherapy-fap-using-awareness-courage-love-treatment/>

Las relaciones cercanas son un aspecto central para la salud mental (Wetterneck & Hart, 2012). La soledad y una pobre conexión social representan una preocupación significativa para la salud pública, aumentando el riesgo de muerte, como lo haría el fumar cigarrillos excesivamente, más que el beber licor en exceso y la obesidad (Holt-Lunstad et al, 2010).

La Psicoterapia Analítico Funcional (FAP) es un enfoque contextual, conductual y relacional a la psicoterapia en la que los terapeutas se enfocan en lo que sucede durante las sesiones entre el cliente y el terapeuta para moldear comportamientos interpersonales, vigilancia emocional y auto expresiones necesarias para que los clientes creen y mantengan relaciones cercanas con otros y vivan vidas significativas (Kohlenberg & Tsai, 1991; Tsai et al, 2009; Tsai, Callaghan & Kohlenberg, 2013).

Mientras las formas tempranas de la FAP no se pronunciaban por especificar objetivos de tratamiento, las formas actuales de la FAP incorporan un modelo de conexión social derivado de diversas fuentes, incluyendo la investigación social-cognitiva, la neurociencia y el análisis conductual, que enfatizan tres procesos conductuales interrelacionados denominados vigilancia, coraje (frecuentemente relacionado con auto expresiones de vulnerabilidad) y amor (relacionado con una actitud amorosa de responderse a uno mismo y a los otros).

Semejante a otros enfoques relacionales, una afirmación fundamental de la FAP es que la relación terapéutica es el aspecto curativo primario del tratamiento. Las únicas contribuciones de la FAP pueden provenir de la aplicación de conceptos conductuales que sugieren intervenciones novedosas y más precisas, que los terapeutas pueden emplear dentro de la sesión para crear relaciones poderosas e intensas que tienen efectos positivos mensurables sobre los problemas interpersonales de los clientes, definidos individualmente para cada uno de ellos (Tsai, Yard & Kohlenberg, 2014).

La FAP dispone de un marco conceptual conciso enraizado en la teoría contextual del comportamiento.

Contrario a la noción ampliamente difundida de que el conductismo es un enfoque relativamente impersonal para tratar problemas simples, el marco conceptual contextual comportamental de la FAP facilita una experiencia terapéutica intensa, emotiva y profunda.

VIENDO CLIENTES EN CONTEXTO

El marco contextual facilita una visión compasiva de los problemas y actividades cotidianas del cliente. Estas conductas son vistas como el resultado natural de la historia de uno y una vez fueron adaptativas y necesarias, aunque ahora no funcionan así. Esta postura proporciona espacio para la aceptación y la emergencia de conductas más adaptativas.

REFORZAMIENTO NATURAL

El reforzamiento natural consiste de responder con autenticidad a los problemas del cliente y a sus mejorías dentro de la sesión, con objeto de fortalecer su comportamiento adaptativo. Dada la bien establecida importancia de la inmediatez, para la efectividad del reforzamiento, una meta fundamental de la FAP está en moldear en el cliente comportamientos interpersonales adaptativos y responder ante ellos conforme ocurran en la sesión (Ferster & Skinner, 1957), en lugar de hacer comentarios con el cliente sobre sus reportes de lo que hizo entre sesiones.

GENERALIZACIÓN

Se habla de generalización cuando el cliente aprende un comportamiento con mayor habilidad y es capaz de implementarlo exitosamente en otras áreas (ejem., con otras personas significativas) debido a las semejanzas funcionales entre los ambientes. Por ejemplo, si la misma conducta es evocada tanto en el ambiente de la terapia como en el de la vida diaria (ejem., hostilidad, no continuar, evitar emociones), entonces estos son funcionalmente semejantes.

ANÁLISIS FUNCIONAL

El análisis funcional responde el cuestionamiento de ¿qué función tiene la conducta? o ¿qué hace que el cliente persista en involucrarse en un comportamiento particular?, al identificar los antecedentes y consecuencias contextuales que hacen a la conducta más o menos probable. Entender la función de la conducta (ejem., beber cuando está con amigos o cuando quiere aliviar la ansiedad social) y no solo su forma (ejem., beber 5 copas por noche), lleva a intervenciones terapéuticas diferentes y más individualizadas (Tsai, Kohlemberg, Kanter, Holman & Plummer Loudon, 2012)

CONDUCTAS CLÍNICAMENTE RELEVANTES

Los terapeutas FAP emplean la observación directa, los reportes del cliente y sus propias reacciones para formular la conceptualización de un caso que les permitirá anticipar y observar los *comportamientos clínicamente relevantes* (CRBs) conforme ocurran dentro de la sesión.

Los problemas de la vida cotidiana del cliente que se muestran dentro de la sesión son referidos como CRB1s, mientras que las mejorías dentro de la sesión se denominan como

CRB2s. Se espera que las CRB1s se decrementsen conforme las CRB2s sean más frecuentemente reforzadas de manera natural por el terapeuta.

Aplicación Clínica de la FAP

De acuerdo con una supervisión exhaustiva y continua, y con la conceptualización del caso, la práctica de la FAP involucra la implementación de cinco reglas terapéuticas que enfatizan las CRBs del cliente. Estas “reglas” son sugerencias para que el terapeuta responda con conductas que típicamente llevan a una mejoría clínica y puedan, también, mejorar métodos de otras orientaciones teóricas (ejem., Kohlenberg, Kanter, Bolling, Parker & Tsai, 2002) destacando oportunidades terapéuticas, que de otra manera no se notarían.

REGLA 1. OBSERVE LAS CRBS (ESTÉ ATENTO)

La FAP se enfoca en cómo los problemas de la vida en el exterior se muestran en la relación terapéutica, en lugar de solo estar hablando sobre los problemas de la vida diaria del cliente. Observar las CRBs permite una detección más precisa de los problemas de los clientes y a responder de manera más efectiva ante ellos, así como a detectar las mejorías conforme ocurren con el terapeuta.

Al cultivar la habilidad de estar pendiente (awareness), el terapeuta puede estar mejor sintonizado en:

- a) Los antecedentes, consecuencias y contextos históricos de la conducta del cliente;
- b) Las CRBs que inicialmente presenta torpemente y que pudieran no ser reconocidas como mejorías (ejem., cuando un cliente que nunca ha expresado sentimientos antes, le grita al terapeuta).
- c) Cuando la misma conducta puede ser una CRB2 en un cliente y resultar ser una CRB1 en otro cliente (ejem., llegar tarde a la sesión puede ser una CRB2 en un cliente que es compulsivo con el tiempo a costa de él mismo y ser una CRB1 en otro cliente que crónicamente llega tarde a todo, y
- d) Cuando la misma conducta puede ser una CRB2 en los primeros estadios de la terapia, pero puede convertirse en una CRB1 en los estados tardíos (ejem., la voluntad de preguntar por la opinión del terapeuta sobre asuntos importantes inicialmente puede ser una CRB2 para alguien que está indispuerto a abrirse ante otros, pero puede convertirse en una CRB1 en los estados tardíos de la terapia si esta cliente se torna demasiado dependiente y lucha por tomar decisiones independientes).

REGLA 2. PROVOQUE LAS CRBS (TENGA CORAJE Y ESTÉ EMOCIONALMENTE PRESENTE EN LA RELACIÓN)

La FAP llama a los terapeutas para que sean genuinos, emocionalmente presentes y para tener coraje al ser vulnerables y castigar más allá de su propio confort en el servicio de traer lo mejor para sus clientes. El evocar las CRBs típicamente implica traer

comportamientos retadores para el cliente (CRB1s) dentro de la sesión y ayudarles a desarrollar respuestas más adaptativas (CRB2s).

Por ejemplo, si el cliente tiene temor a la intimidad emocional, el terapeuta puede mostrar activamente un cuidado cariñoso genuino (ejem., diciendo lo que a él le gusta y aprecia del cliente), revelar lo que tienen en común (ejem., semejanza en sus preocupaciones de adolescentes), enfocarse en las formas en las que el cliente evita conectarse en la sesión y colaborativamente construir un espacio para el cliente donde pueda explorar una sensación de seguridad, donde haya un compromiso recíproco.

REGLA 3. REFUERCE NATURALMENTE LAS CRBS (SEA TERAPÉUTICAMENTE AMOROSO)

Reforzar naturalmente en favor de las metas del cliente es amor terapéutico que resulta ético y genuino, y es funcionalmente similar a las relaciones cariñosas dentro de la comunidad del cliente. Los terapeutas FAP tratan de responder de manera inmediata y auténtica ante los problemas del cliente y ante sus mejorías, conforme ocurren en la sesión, para fortalecer (reforzar) formas más efectivas de actuación. Un terapeuta FAP resulta sensible al nivel de habilidad actual del cliente, sin requerirle más de lo que este es capaz actualmente de hacer, aunque siempre motivándolo para mejorar.

REGLA 4. NOTE SU IMPACTO (ESTÉ INTERPERSONALMENTE ATENTO)

Los terapeutas FAP consistentemente responden a las CRBs mientras prestan atención a las reacciones del cliente y consideran la cuestión: ¿estoy teniendo el efecto deseado en mi cliente?

Luego, la medida más exacta de cuando el reforzamiento terapéutico es efectivo está en si la conducta meta (ejem., cuando el cliente directamente solicita lo que necesita) es fortalecida. Además de darse cuenta de su impacto en sus interacciones, esta regla motiva al terapeuta a estar pendiente de: a) sus reacciones emocionales ante el cliente y cuando estas reacciones cercanamente representan aquellas de las personas en la vida cotidiana del cliente, y b) sus propias T1s (conductas problema del terapeuta) y T2s (conductas meta del terapeuta).

REGLA 5. PROPORCIONE INTERPRETACIONES FUNCIONALES DEL COMPORTAMIENTO E IMPLEMENTE ESTRATEGIAS DE GENERALIZACIÓN (INTERPRETE Y GENERALICE)

El proporcionar una interpretación clínica informada mediante el análisis funcional incluye el explicar cómo la conducta del cliente tiene sentido debido a su historia (ejem., como sus intentos por intimar fueron castigados por otras personas importantes) y cómo generalizar el progreso en terapia hacia la vida cotidiana. El asignar tareas también es importante para la Regla 5. Las mejores tareas asignadas son las que hacen que el cliente se involucre en las CRB2 (ejem., ser emocionalmente vulnerable) y se le pida tratar de mostrar su comportamiento mejorado con otras personas significativas.

El Apoyo Empírico de la FAP

Una revisión de las publicaciones sobre la FAP apunta a un número creciente de investigaciones empíricas (Garcia, 2008; Mangabeira, Kanter & Prette, 2012). El apoyo empírico de la FAP, al momento, incluye:

1. Un ensayo clínico adventicio mostrando reducciones significativas en síntomas diagnosticados para desórdenes de depresión y ansiedad e incrementos significativos en la conectividad social (Maitland, 2014)
2. Estudios sugerentes de una mayor efectividad al adaptar la FAP con otras terapias y métodos (Kohlenberg, Kanter, Bolling, Parker & Tsai, 2002; gaynor & Lawrence, 2002; Kanter, Schildcrout & Kohlenberg, 2005; Gifford et al, 2011; Holman et al, 2012; Bowen, Haworth, Grow, Tsai & Kohlenberg, 2012; Kohlenberg et al, 2014).
3. Estudios que sugieren que inmediatamente, al responder dentro de la sesión a las CRB2s con reforzamientos naturales (mecanismo de cambio hipotetizado para la FAP) se producen incrementos en los comportamientos meta, dentro y fuera de la sesión (Callaghan, Follette, Ruckstuhl & Linnerooth, 2008; Kanter et al, 2006; Busch, Callaghan, Kanter, Baruch & Weeks, 2010; Landes, Kanter, Weeks & Busch, 2013).
4. Desarrollos en métodos de para la evaluación y recolección de datos (Callaghan, Summers & Weidman, 2003; Callaghan, 2006; Leonard et al, 2014).
5. Una analogía de laboratorio apoyando el modelo FAP de conexión social y los mecanismos de cambio (Haworth et al, 2014), y
6. Un pequeño ensayo adventicio cross-over de entrenamiento en FAP en línea, mostró mejorías significativas en las calificaciones como observador y en los auto reportes de la habilidad del terapeuta en la FAP y los reportes de este sobre sus relaciones cercanas y más impactantes con sus clientes (Kanter, Tsai, Holman & Koerner, 2012)

El Entrenamiento en FAP y el Auto Desarrollo del Terapeuta

El entrenamiento en FAP involucra el cultivar no solo el entendimiento intelectual de las cinco reglas y de los principios conductuales subyacentes, sino también las habilidades conductuales de vigilancia, coraje y amor (ACL) que son frecuentes objetivos para los clientes, para la mejor implementación de las reglas y principios FAP en la forma más poderosa posible.

El entrenamiento en FAP que se enfoca en la auto reflexión del terapeuta aumenta los reportes de este sobre su habilidad clínica, así como su poderoso y memorable impacto en su vida personal y profesional (Kanter et al, 2012; Tsai, Yard & Kohlenberg, 2014; Tsai et al, 2009).

SISTEMA DE CATEGORIZACIÓN DE LA CONDUCTA VERBAL DEL TERAPEUTA

María Xesús Froján Parga, Montserrat Montañó Fidalgo, Ana Calero Elvira, Álvaro García Soler, Álvaro Garzón Fernández y Elena María Ruiz Sancho

Psicothema 2008. Vol. 20, nº 4, pp. 603-609

En este trabajo se presentan los fundamentos teóricos y metodológicos para el desarrollo de un sistema de categorización de la conducta verbal del psicólogo clínico durante la intervención terapéutica, que nos permita el estudio de ésta desde una perspectiva analítico-funcional basada en una rigurosa metodología observacional. El procedimiento de construcción de dicho sistema es detallado desde las etapas iniciales de observación exploratoria hasta la observación sistemática de la conducta a analizar con la ayuda del software *The Observer XT*. Asimismo, se lleva a cabo un estudio del grado de acuerdo inter e intra observadores mediante el cálculo del coeficiente kappa y la consideración de los factores que afectan a los valores de dicho índice. Los resultados del análisis muestran altos niveles de precisión de los observadores (entre un 87 y un 93%, aproximadamente) que justifican la utilización del sistema de categorías elaborado para el estudio del lenguaje de los terapeutas en la clínica.

La investigación de procesos en psicoterapia es un campo complejo en el que imperan la confusión conceptual (Orlinsky, Ronnestad y Willutzki, 2004), la pluralidad metodológica (Hill y Lambert, 2004) y la diversidad de objetivos de investigación (Llewelyn y Hardy, 2001), y en el que el manejo, la integración y la aplicación del conocimiento generado a partir de los estudios realizados en el área se ha convertido en una tarea difícil de realizar. Precisamente la constatación de esta realidad nos llevó a los autores del presente trabajo a iniciar una línea de investigación que trata de unir tres aspectos considerados fundamentales: a) un sólido marco teórico desde el que conceptualizar la investigación e interpretar los datos; b) una clara definición del fenómeno a analizar y de los objetivos a alcanzar; y c) una metodología de trabajo que permita acercarse al objeto de estudio con el rigor y la exactitud que requiere la aproximación científica. La conjunción de estos tres elementos en la forma concreta que adoptan es lo verdaderamente novedoso de la propuesta presentada ya que cada uno de ellos por separado cuenta con una amplia y sólida tradición histórica.

Por lo que a la concepción teórica se refiere, estamos de acuerdo con Pérez, Gutiérrez, García y Gómez (2005) en que tratar de analizar, comprender y explicar cualquier fenómeno de la realidad desde una perspectiva científica no implica adscribirse a una teoría concreta, pero sí a un «método de observación cuidadosa de los hechos y verificación de las hipótesis con la experiencia» (Pérez et al., 2005, p. 228). En este sentido, el paradigma conductual en

Psicología nos parece un ejemplo claro de dicha aproximación científica al estudio del comportamiento, de ahí que lo adoptemos como marco de referencia para nuestro trabajo dando forma a las dos líneas vertebradoras de nuestra propuesta: 1) la conceptualización de la interacción terapeuta-cliente como un proceso de discriminación y reforzamiento a través del cual el terapeuta, con su propio comportamiento, iría moldeando gradualmente la conducta del cliente en la propia situación clínica (Callaghan, Naugle y Follette, 1996; Ferro, Valero y López, 2007; Kohlenberg y Tsai, 1991); y 2) el estudio del lenguaje observado en la clínica desde una perspectiva analítico-funcional (Wilson y Blackledge, 2000; Hayes y Wilson, 1994).

Desde este planteamiento teórico, llegar a comprender cómo y por qué se produce el cambio en la clínica ha de pasar, necesariamente, por el estudio del proceso terapéutico *en sesión*. Sólo estudiando lo que sucede durante las sesiones terapéuticas podremos llegar a alcanzar los tres objetivos fundamentales perseguidos en la investigación de procesos (Llewelyn y Hardy, 2001): describir cómo se produce la intervención psicológica, formular y contrastar hipótesis acerca de los factores relacionados con el éxito y el fracaso en terapia, y explicar por qué sucede el cambio clínico. Todo ello permitirá acercarnos a una mayor comprensión del fenómeno clínico que promueva el desarrollo de formas de intervención más eficientes y mejore la formación de nuevos terapeutas.

Por supuesto, todo esto requiere un método de estudio riguroso y preciso que permita una aproximación científica al proceso terapéutico. Nuestro grupo ha centrado sus esfuerzos en el desarrollo de una estrategia metodológica para el análisis de la conducta verbal observada en sesión que tiene un claro antecedente en la denominada «Metodología de Reno» diseñada por Willard Day y su equipo en los años 80. El grupo de Day pretendía llevar a cabo un análisis comportamental detallado y riguroso de las transcripciones de episodios conversacionales extraídos de sesiones clínicas reales a partir de la formulación de un código de categorías que permitiese caracterizar el episodio verbal estudiado. Este análisis, aunque de gran interés, pronto presentó importantes problemas relacionados con lo costoso de su realización, lo complicado de la comparación de los resultados entre sí y las dificultades para asegurar una adecuada concordancia interjueces, inconvenientes estos que explican la ausencia de publicaciones al respecto y el hecho de que apenas se hayan usado variantes de este método, las cuales, además, no contaron con demasiado éxito (Hayes, Blackledge y Barnes-Holmes, 2001). Nosotros, ahora, proponemos superar algunas de las dificultades encontradas en el análisis de la conducta verbal en sesión a través de la combinación de una cuidadosa metodología observacional y el uso de una herramienta informatizada, *The Observer XT*, que facilite la exactitud y precisión en el registro de los datos. El presente trabajo pretende describir el proceso de desarrollo de esta propuesta haciendo especial hincapié en los dos problemas fundamentales que surgen cuando se llevan a cabo estudios observacionales: cómo categorizar el fenómeno a analizar, y cómo evaluar la concordancia entre observadores durante la aplicación del sistema de categorización seleccionado (Anguera, 1991; 1999).

Por lo que a la primera cuestión se refiere, los investigadores podrían optar por la aplicación de un sistema de observación y codificación previamente diseñado, pero, ¿qué sucede si no existe un sistema ya elaborado o las alternativas encontradas no se consideran del todo adecuadas? ¿Qué pasos se pueden dar para construir un nuevo sistema de categorización? Lo cierto es que, a pesar de que diversos trabajos en el ámbito del análisis del proceso terapéutico han utilizado categorías nominales en estudios observacionales sobre la conducta del psicólogo (véase, por ejemplo, Callaghan, Summers y Weidman, 2003; Snyder, 1987; Stiles y Shapiro, 1995), es notable la ausencia de propuestas basadas en taxonomías funcionales aplicables más allá del enfoque terapéutico desde el que fueron formuladas. Por otra parte, la escasez de publicaciones informando acerca del proceso mediante el cual se crearon los sistemas de categorización empleados en estudios previos implica no sólo un conocimiento incompleto del modo en el que se investiga en el área, sino, y sobre todo, la ausencia de fuentes a las que pueda recurrir un investigador que se quiera enfrentar a la tarea de diseñar su propio sistema de codificación. Reducir este vacío será uno de los objetivos que guiará la exposición que haremos a continuación del proceso seguido para desarrollar el sistema de categorización de la conducta verbal del terapeuta (SISC-CVT) que aquí se presenta.

Al margen de si es necesario configurar un nuevo sistema de codificación o no, un problema inherente a todos los estudios observacionales es el de asegurar un adecuado grado de acuerdo al aplicar el correspondiente sistema. Un modo que parece apropiado para estimar dicho nivel de concordancia es el análisis del grado de acuerdo entre las observaciones realizadas por al menos dos jueces independientes y/o por un mismo observador en dos momentos distintos. El porcentaje de acuerdos entre observadores se ha utilizado a menudo como indicador de este grado de concordancia entre dos registros observacionales, a pesar de que dicho índice no tiene en cuenta aquellos acuerdos que puedan deberse al azar. McNemar (1962), por su parte, propuso un coeficiente de contingencia (C) basado en el estadístico chi-cuadrado que, aunque interesante, no permite obtener una medida del acuerdo entre observadores sino del grado de asociación entre dos modos distintos de registrar, lo cual no hace demasiado útil su uso para el estudio de la precisión en la aplicación de un código de observación. Parece, por tanto, que el coeficiente de acuerdo para escalas nominales que resulta más apropiado a pesar de las limitaciones señaladas por algunos autores (por ejemplo, Ato, Benavente y López, 2006) es la kappa de Cohen (1960), no sólo porque introduce una corrección de los acuerdos debidos al azar, sino porque dicho coeficiente sigue una distribución normal que puede facilitar su interpretación. Sin embargo, el cálculo de este índice plantea dos importantes cuestiones: 1) resulta poco obvio cómo construir la matriz de confusión que recoja cada uno de los acuerdos y desacuerdos encontrados al comparar dos registros observacionales, especialmente si dichos registros son continuos (Jansen, Wiertz, Meyer y Noldus, 2003), y 2) no parece que pueda establecerse a priori qué valores de kappa indican grados aceptables de acuerdo entre observadores puesto que el valor de dicho coeficiente depende de diversos factores a analizar en cada caso (Bakeman, Quera, McArthur y Robinson, 1997).

Por lo que a la primera de las dificultades señaladas se refiere, algunas aplicaciones informáticas utilizan algoritmos que permiten crear matrices de concordancia a partir de las cuales es posible calcular el índice kappa (véase, por ejemplo, Bakeman y Quera, 1996; Grieco, Loijens, Zimmerman y Spink, 2007). En el trabajo que aquí se presenta se decidió utilizar el software *The Observer XT 7.0* para la construcción de las matrices de confusión resultantes de la comparación de cada par de registro analizado, así como para el cálculo estadístico de los coeficientes de acuerdo entre observadores. El procedimiento empleado por dicho programa informático para la realización de estos análisis (véase, para su comprensión, Grieco et al., 2007) puede presentar ciertas deficiencias (por ejemplo, cierta arbitrariedad en el modo de señalar los acuerdos y desacuerdos en las últimas fases de construcción de la matriz de confusión), sin embargo, ante la ausencia de una alternativa que superase esos problemas sin presentar otros igualmente importantes, se optó por su utilización haciendo prevalecer las ventajas prácticas que indudablemente supone poder realizar las comparaciones de los registros con el programa que permite la elaboración de los mismos.

Por último, tal y como señalan Bakeman et al. (1997), no es posible afirmar, a priori, si un valor de kappa es alto, moderado o bajo puesto que depende, fundamentalmente, de tres factores: a) el número de categorías que constituyen el sistema de codificación, algo perfectamente identificable en cada estudio particular; b) la variabilidad de la probabilidad de ocurrencia de las categorías, lo que en la práctica se puede estimar a partir del cálculo de la proporción de ocurrencia de cada categoría sobre el total de eventos registrados; y c) el grado de precisión de los observadores, un valor teórico desconocido que sólo podríamos obtener si fuera posible comparar el registro de cada juez falible con el de un observador «perfecto». En cualquier caso, precisamente porque para cada investigación concreta podemos conocer los valores reales del coeficiente kappa, el número de categorías estudiadas, así como la proporción con la que se da cada una de ellas, es posible despejar la única incógnita de la ecuación, esto es, el nivel de precisión de los observadores.

Método

Participantes

Para el proceso de elaboración y depuración del SISC-CVT, y del análisis del grado de acuerdo en la aplicación del SISC-CVT, se utilizaron las grabaciones de 50 sesiones de aproximadamente una hora de duración, procedentes de 11 casos tratados por 5 terapeutas en el *Instituto Terapéutico de Madrid* (ITEMA), un centro privado de terapia cognitivo-conductual en España. En todos los casos la intervención psicológica llevada a cabo fue individual y con población adulta. Las grabaciones fueron realizadas con el consentimiento informado de terapeutas, clientes y la directora del centro colaborador, garantizándose en todo momento la confidencialidad y privacidad de los datos. La selección de los vídeos a observar se realizó en ocasiones de un modo aleatorio y en otras en función de diversos criterios (por ejemplo, el contenido de la sesión, las características del terapeuta y/o la conducta de éste) conforme al objetivo perseguido en cada momento. Aunque no se

tuvo en cuenta el tipo de problemática presentada por el cliente ya que el objetivo de nuestro trabajo era desarrollar un sistema de categorías que recogiese cualquier tipo de conducta verbal emitida por un terapeuta cognitivo- conductual independientemente del psicólogo, el cliente y el caso observados, la variedad de demandas incluidas fue notable. La tabla 1 recoge las características de las grabaciones analizadas.

Instrumentos

Los casos fueron grabados utilizando un circuito cerrado de cámaras ya existente en el centro colaborador. La imagen, captada por una cámara empotrada en una de las esquinas de la pared situada en frente del terapeuta y a espaldas del cliente, era grabada por un vídeo VHS y transformada posteriormente a MPEG-2, el formato requerido por el software utilizado para la observación, registro y análisis de las sesiones: el programa informático *The Observer XT*, comercializado por *Noldus Information Technology*. Dicho programa se utilizó en sus versiones 6.0 para la observación y registro de las sesiones, y 7.0 para el análisis del grado de acuerdo inter e intra observadores. Las razones que llevaron a elegir este software frente a otras alternativas disponibles tienen que ver, fundamentalmente, con la precisión en los registros que el uso de una herramienta informática como ésta confiere; la posibilidad ofrecida por *The Observer* para analizar archivos de vídeo y audio frente a otros programas de uso exclusivo en situaciones de observación en vivo (Kahng e Iwata, 1998); y por ser, probablemente y a pesar de su complejidad y coste elevado, el programa más completo en lo que al almacenamiento, manejo y análisis de datos observacionales se refiere, algo que incluso han venido a señalar defensores de otros softwares similares (MacLian y MacLian, 2005).

Procedimiento

El proceso de creación y depuración del SISC-CVT siguió las siguientes fases: *Establecimiento de la unidad de categorización*. Se decidió registrar toda conducta verbal manifiesta emitida por el psicólogo en su despacho durante el desarrollo de cada sesión clínica, es decir, en interacción con su cliente. El comportamiento no verbal del terapeuta no fue objeto de análisis, si bien se tuvo en cuenta en aquellas ocasiones en las que considerarlos ayudaba a clarificar la categorización de la conducta verbal del clínico (por ejemplo, en aquellos casos en los que el terapeuta se mostraba irónico y atender a sus gestos, entonación y/o expresión facial nos permitía deducir que estaba mostrando desacuerdo y no aprobación respecto a la conducta previamente emitida por el cliente).

Elección del aspecto de la interacción terapeuta-cliente a analizar y decisión del procedimiento de observación y registro. En una etapa inicial, tres observadores independientes con una sólida formación en terapia cognitivo-conductual y psicología del aprendizaje observaron de manera informal las grabaciones de cuatro sesiones clínicas de los casos 1 y 2. Las opciones barajadas en este primer momento fueron diversas e implicaron la realización de registros narrativos, el análisis de transcripciones, la observación de aspectos no verbales además de los verbales, así como la propuesta de

categorías en distintos niveles de análisis (basadas en el contenido clínico de la sesión, en los posibles valores funcionales que determinados comportamientos podrían poseer, o en la mera topografía de la conducta observada). Finalmente, y tras la valoración de los pros y contras (teóricos, pero también prácticos) de cada alternativa manejada, se decidió comenzar a trabajar en la observación directa de las sesiones clínicas grabadas para analizar la conducta verbal de los terapeutas durante la interacción con sus clientes, tratando de categorizar dicho comportamiento de acuerdo con las posibles funciones que determinadas morfologías pudieran presentar.

Tabla 1
Características de las grabaciones analizadas

Caso	Características del caso		Características del terapeuta				Características del cliente	
	Sesiones grabadas	Sesiones observadas	Terapeuta	Sexo	Exp	Sexo	Edad	Problema
1	2	2	A	M	20	M	30	Bajo estado de ánimo
2	5	5	A	M	20	H	53	Estrés laboral
3	6	6	A	M	20	M	29	Celos
4	13	11	A	M	20	M	29	Bajo estado de ánimo
5	12	12	B	M	8	H	34	Conductas hipocóndriacas
6	6	6	C	H	4	H	50	Falta de habilidades asertivas
7	17	3	A	M	21	M	30	Baja satisfacción en la pareja
8	11	1	D	M	<1	M	24	Bajo estado de ánimo
9	8	1	E	M	<1	H	26	Bajo estado de ánimo
10	48	1	A	M	21	M	34	Bajo estado de ánimo
11	10	2	A	M	21	M	32	Baja satisfacción en la pareja

Exp= experiencia clínica (años)

Observación informal de la conducta: una primera propuesta de categorización. Con este planteamiento de base se empezó a desarrollar un sistema de categorías preliminar a partir de las denominadas *operaciones conductuales básicas*: observación, presentación de estímulos, disposición de contingencias, disposición de control antecedente, establecimiento de funciones motivacionales y alteración funcional mediante reglas (Pérez, 1996). En concreto, se definieron seis categorías que parecían recoger las distintas funcionalidades que la conducta verbal del terapeuta podría desempeñar en la clínica: función discriminativa, evocadora, de refuerzo, de castigo, instruccional y motivacional.

Tras esto, se procedió a la observación no sistemática de las sesiones grabadas de los casos 1, 2, 3 y 4, y al registro informal de la ocurrencia de aquellos comportamientos verbales de los terapeutas que podrían incluirse en alguna de las seis categorías previamente formuladas. A medida que los tres jueces iban realizando los registros, éstos se comparaban para identificar y discutir los desacuerdos existentes con el objetivo de especificar y depurar los criterios de categorización. Este proceso condujo a la consideración de una séptima categoría (función informativa), constituyéndose así la primera versión del SISC-CVT. Los criterios de categorización incluidos en esta versión inicial desarrollada a partir de la observación de la actuación clínica de un único terapeuta (terapeuta A) fueron aplicados a dos nuevos casos (casos 5 y 6) de dos terapeutas distintos, pudiendo comprobarse su

utilidad para la codificación de la conducta verbal observada en la clínica independientemente del psicólogo que estuviera siendo analizado.

Observación sistemática del comportamiento: depuración y propuesta definitiva del sistema de codificación. Tras este período de observación informal se inició el registro sistemático de la conducta verbal de los terapeutas con la ayuda del programa informático *The Observer XT 6.0*. En esta parte del proceso participaron tres observadores de las mismas características que los jueces anteriores, los cuales llevaron a cabo la observación y registro independiente de nuevas grabaciones (casos 7, 8 y 9) en las que se incluyeron sesiones de terapeutas aún en formación, comprobándose que el sistema de codificación propuesto también permitía categorizar la conducta de terapeutas inexpertos. La forma de proceder en estos momentos fue siempre la misma: tras la observación de cada sesión por parte de los tres jueces se comparaban los registros y se discutían los desacuerdos encontrados hasta llegar a establecer criterios consensuados que facilitarían la categorización de la conducta verbal de los terapeutas estudiados. Durante esta fase de la investigación se decidió incorporar una última categoría (*Otras*), y se consideró que en algunos casos podía resultar interesante registrar no sólo la ocurrencia de la conducta, sino también su duración, de modo que se establecieron *categorías evento* (aquellas para las que se registraba únicamente el momento de su ocurrencia) y *categorías estado* (aquellas cuyos tiempos de inicio y finalización eran contemplados en los registros observacionales).

La parte final del proceso de depuración del SISC-CVT fue realizada a partir de la comparación y discusión de los desacuerdos observados en los registros de dos de los tres observadores mencionados (observadores 1 y 2 a partir de ahora), los cuales se encargaron de la observación y el registro de las sesiones de los casos 10, 11 y algunas sesiones de los casos 4 y 7. Asimismo, se contó con la colaboración puntual de un tercer observador que había participado en la primera fase de desarrollo del SISC-CVT para valorar la introducción de nuevos criterios de categorización. Además de esta colaboración, se dispuso de la ayuda de dos jueces inexpertos con el fin de explorar la facilidad con la que el SISC-CVT podía ser aplicado por observadores no entrenados en su uso.

Análisis del grado de acuerdo intra e interjueces. En este proceso de análisis participaron los observadores 1 y 2, los cuales habían estado involucrados en todas las etapas de desarrollo de dicho sistema de categorización, y un observador no entrenado ni en la aplicación del SISC-CVT, ni en el manejo de *The Observer XT* (a partir de ahora, observador 3). El observador 1 fue el encargado de supervisar el proceso de entrenamiento del observador 3 que implicó la observación y registro de 5 fragmentos de sesión de los casos 4, 7 y 11. Tras este período de entrenamiento se seleccionaron de forma aleatoria 3 segmentos de grabación del caso 4 de 15 minutos cada uno. Dichos fragmentos fueron analizados de forma independiente por los tres jueces mencionados. Además, el observador 1 volvió a realizar los registros correspondientes de los fragmentos señalados 10 días después de la primera observación.

Resultados

Sistema de categorías definitivo

La tabla 2 recoge una descripción breve de las ocho categorías que constituyen la versión definitiva del SISC-CVT.1

La tabla 3, por su parte, presenta un fragmento de los criterios de categorización recogidos en el SISC-CVT (Froján, Calero, Montaña y Garzón, 2006).

Categoría	Descripción breve
Función discriminativa	Verbalización del terapeuta que da pie a una conducta del cliente (verbal o no) que va seguida de reforzamiento o castigo (<i>categoría evento</i>)
Función evocadora	Verbalización del terapeuta que da lugar a una respuesta emocional manifiesta en el cliente acompañada de verbalización o no (<i>categoría evento</i>)
Función de refuerzo	Verbalización del terapeuta que muestra aprobación, acuerdo y/o aceptación de la conducta emitida por el cliente (<i>categoría evento</i>)
Función de castigo	Verbalización del terapeuta que muestra desaprobación, rechazo y/o no aceptación de la conducta emitida por el cliente y/o que interrumpe ésta aunque sin presentar ningún matiz que indique aprobación, acuerdo o aceptación (<i>categoría evento</i>)
Función informativa	Verbalización del terapeuta que transmite un conocimiento técnico o clínico a una persona no experta (<i>categoría estado</i>)
Función instruccional	Verbalización del terapeuta encaminada a fomentar la aparición de una conducta futura del cliente fuera del contexto clínico. No se han de mencionar las consecuencias explícitamente pero sí han de describirse los pasos de la actuación que se trata de favorecer (<i>categoría estado</i>)
Función motivacional	Verbalizaciones del terapeuta que anticipa los efectos positivos o negativos que la actuación del cliente (mencionada dicha actuación o no de forma explícita en la verbalización del terapeuta) tendrá, está teniendo o ha tenido sobre el cambio clínico (<i>categoría estado</i>)
Otras	Cualquier verbalización del terapeuta que no se pueda incluir dentro de las categorías anteriores (<i>categoría evento</i>)

FUNCIÓN DISCRIMINATIVA	
En el resto de los casos donde se dan simultáneamente las funciones discriminativa y de refuerzo en una misma verbalización se decidirá si prima una u otra función atendiendo a si se modifica o no la conducta del cliente tras la emisión del terapeuta	
1. Si se alterase de cualquier manera la conducta del cliente haríamos prevalecer la función discriminativa frente a la de refuerzo (suponemos que la verbalización del terapeuta estaría discriminando este cambio).	
Ejemplo: Cliente: «Ayer hice todo lo que me mandaste» Psicólogo: «¡Qué bien!» Cliente: «Sí, la verdad es que estoy muy contenta».	
2. Si no se modifica en absoluto la verbalización del cliente consideramos que estamos ante un refuerzo (suponemos que la conducta del terapeuta mantiene el comportamiento verbal que ya estaba presentando el cliente pero no da lugar a una respuesta nueva en éste)	
Ejemplo: Cliente: «Hice todas las tareas...» Psicólogo: «¡Qué bien!» Cliente: «...la relajación, la respiración, la exposición...»	

Tabla 4
Grado de acuerdo inter e intraobservadores en dos momentos diferentes
(A y B) y con una ventana de tolerancia de un segundo

	<i>Observador 1 (B)</i>			<i>Observador 2</i>			<i>Observador 3</i>		
	PA	k	p	PA	k	p	PA	k	P
<i>Observador 1 (A)</i>	89	.84	.000	81	.74	.000	77	.68	.000
<i>Observador 1 (B)</i>				79	.71	.000	78	.69	.000
<i>Observador 2</i>							80	.72	.000

Tabla 5
Proporción de ocurrencia de cada categoría

	<i>Observador 1(A)</i>	<i>Observador 1(B)</i>	<i>Observador 2</i>	<i>Observador 3</i>
<i>Discriminativa</i>	0,572	0,559	0,615	0,571
<i>Evocadora</i>	0	0	0,004	0
<i>Refuerzo</i>	0,153	0,158	0,147	0,173
<i>Castigo</i>	0,021	0,004	0	0,009
<i>Informativa</i>	0,157	0,190	0,147	0,165
<i>Motivacional</i>	0,038	0,032	0,017	0,035
<i>Instruccional</i>	0,034	0,032	0,035	0,026
<i>Otras</i>	0,025	0,024	0,035	0,022

Grado de acuerdo inter e intra observadores

Los porcentajes de acuerdo (PA) y los índices kappa (k) resultantes de la comparación de los registros realizados por los observadores 1, 2 y 3, así como de aquellos llevados a cabo por el observador 1 en dos momentos distintos (A y B), se recogen en la tabla 4. Dichos indicadores de concordancia inter e intra observadores fueron calculados con el programa informático *The Observer XT 7.0* considerando una ventana de tolerancia de 1 segundo. Finalmente, la tabla 5 presenta la proporción de ocurrencia de las 8 categorías constitutivas del SISC-CVT.

Discusión y conclusiones

De acuerdo con el trabajo de Bakeman et al. (1997), los coeficientes kappa obtenidos en un estudio como el nuestro (es decir, con un sistema de codificación formado por 8 categorías y un elevado grado de variabilidad de la proporción de ocurrencia de las mismas, tal y como señalan los resultados mostrados en la tabla 5), se corresponderían con niveles de precisión de los observadores de entre un 87 y un 93%, aproximadamente, algo que, sin duda, parece más que aceptable. Estos valores de kappa muestran un alto grado de acuerdo incluso cuando el observador no ha participado en el proceso de desarrollo y depuración del sistema, encontrándose niveles similares de concordancia entre los registros de éste y los de observadores expertos en el uso del SISC-CVT independientemente de quién se haya encargado del entrenamiento del juez inexperto.

Parece, por tanto, que las definiciones de las categorías constitutivas del sistema de observación elaborado son suficientemente objetivas, claras y completas como para facilitar una buena concordancia entre observadores cuando se aplican al estudio de la conducta verbal de los terapeutas. La constatación de este hecho ha sido lo que ha llevado a nuestro grupo a comenzar a trabajar en la observación y análisis de grabaciones de sesiones clínicas para obtener los primeros resultados derivados de la aplicación del SISC-CVT al estudio del proceso terapéutico. En este sentido, merece la pena destacar los trabajos que se están realizando en relación con el análisis comparativo de la conducta verbal del terapeuta en distintas fases de la intervención psicológica (Froján, Montaña y Calero, 2006; Montaña, Calero, Garzón y Froján, 2006), el estudio del comportamiento verbal que presentan terapeutas con distintos grados de experiencia (Calero, Montaña y Froján, 2007; Froján, Montaña y Calero, 2007), o el análisis de las posibles funciones que podrían poseer las verbalizaciones emitidas por el psicólogo durante la aplicación de una técnica concreta: el debate socrático en la reestructuración cognitiva (Froján, Calero y Montaña, 2006; en prensa). Los resultados que se están derivando de dichos trabajos parecen coherentes con la conceptualización del proceso terapéutico que diversos autores han formulado desde un modelo analítico-funcional, lo cual supone una prueba a favor de la validez que es preciso garantizar cuando se desarrolla un nuevo sistema de categorización. Dicho proceso de validación deberá completarse, sin embargo, con nuevos estudios en los que se confronte el SISC-CVT con otros códigos observacionales similares.

Evidentemente, la línea de investigación abierta con la creación de una metodología como la que aquí se presenta se encuentra aún en una etapa muy inicial de desarrollo puesto que se circunscribe a un análisis puramente descriptivo de un único tipo de comportamiento, el verbal, de tan sólo uno de los miembros de la díada terapeuta-cliente, el psicólogo, y dentro de un enfoque clínico concreto, la terapia cognitivo-conductual. Llegar a comprender el fenómeno clínico en toda su profundidad precisa aún del recorrido de un largo camino que pasaría por la creación de un sistema de categorización de la conducta del cliente (algo imprescindible para comprobar el verdadero valor funcional de las conductas observadas en sesión y para llevar a cabo un auténtico análisis de la interacción terapeuta-cliente), la incorporación del comportamiento no verbal en nuestros análisis, la evaluación de los resultados del tratamiento, el contraste de hipótesis, la introducción de análisis discriminantes y secuenciales en la línea propuesta por otros autores interesados en el estudio de la relación terapéutica (Follette, Naugle y Callaghan, 1996; Terraz, de Roten, de Roten, Depreau y Despland, 2004), o el estudio de otros enfoques psicoterapéuticos. Sin embargo, estamos convencidos de que el establecimiento de una sólida base metodológica es el pilar fundamental sobre el que construir cualquier tipo de aproximación científica al análisis del proceso terapéutico. Esperamos haber contribuido con nuestra exposición a reducir el vacío existente en el área en lo referente a la explicitación de los procedimientos que llevan al desarrollo de sistemas de categorización que permitan el estudio observacional de lo que sucede en la clínica.

Nota

- 1) No ha de confundirse la breve descripción que aquí se hace de las categorías que conforman el SISC-CVT con dicho sistema de categorización, el cual incluye toda una serie de ejemplos, contraejemplos y criterios de codificación para cada una de las categorías enumeradas. Aunque razones de espacio impiden presentar aquí el sistema de codificación al completo, los autores se comprometen a enviar una copia del mismo al lector interesado que así lo solicite.

UNA COMPRESIÓN CONDUCTISTA RADICAL DE LA RELACIÓN TERAPEUTICA QUE GENERA CAMBIOS

William C. Follette, Amy E. Naugle & Glenn M. Callagham
Behavior Therapy (1996), 27, 623-641

En la última década se ha dado un avance creativo y extenso en la comprensión analítica conductual de la psicoterapia. Estos avances iniciaron reconociendo la complejidad de la relación terapéutica (ejem., Schaap, Bennun, Schindler & Hoodguin, 1993). Esperamos desde ahora que los psicólogos clínicos reconozcan que la psicología S-R, que usualmente se presenta como sinónimo del conductismo (como lo hace Mahoney, 1974; 1989) resulta una caricatura inexacta y anacrónica del conductismo radical contemporáneo. Existen al menos dos enfoques de conductismo radical contemporáneos para la psicoterapia ambulante con adultos, que son teóricamente coherentes y resultan terapias bien desarrolladas, la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes, 1987; Hayes, 1995; Hayes, Strosahl & Wilson, en prensa; Hayes & Wilson, 1994) y la Psicoterapia Funcional Analítica (Kohlenberg & Tsai, 1991, 1995). Aunque el conductismo radical frecuentemente se malinterpreta y es criticado como simplista (Kohlenberg, Hayes & Tsai, 1993), creemos que el análisis conductual contemporáneo ofrece una buena cantidad de comprensión de los procesos de la psicoterapia.

En este artículo nos enfocamos en un aspecto de la terapia frecuentemente descuidado o al menos menospreciado, en la literatura conductual: la relación terapéutica. Dos aspectos nos han impulsado para ofrecer este análisis. Primero, existe una literatura creciente sobre la naturaleza de las interacciones entre el terapeuta y el cliente, desde una variedad de perspectivas, que se ha vuelto metodológica y estadísticamente más sofisticada (ejem., Hentschel & Bijleveld, 1995). Lo que nos resulta interesante es la emergente apreciación de que la relación entre el terapeuta y el cliente es en sí misma importante para producir resultados terapéuticos efectivos y no solo se debe entender en términos de transferencia y contra transferencia. No obstante, las explicaciones teóricas de por qué la relación terapéutica importa, se mantienen enraizadas en la teoría clínica, en lugar de tener sus bases en algún tipo de tradición experimental (para un resumen, ver Horvath & Luborsky, 1993).

Segundo, un libro de casos en la terapia conductual (mayormente cognitivo conductual) ha sido publicado recientemente (Last & Hersen, 1994) donde varios de los contribuyentes describen la importancia de la relación terapéutica, pero ninguno ofrece algún tipo de análisis de por qué y cómo la relación es importante. El prefacio del libro solo menciona que un importante propósito de la relación terapéutica es lograr que los clientes hagan sus

tareas. Trabajos más recientes han expandido la visión de la relación cliente-terapeuta (Wright & Davis, 1994), pero el grado en que este análisis resulta empíricamente comprobable continúa siendo cuestionable. Así, dos diferentes tradiciones clínicas (psicodinámica y conductual) reconocen la importancia de la relación terapéutica, pero ninguna ha ofrecido lo que, para nosotros, sería un análisis de utilidad.

Mucho de lo que tenemos que decir se deriva directamente del trabajo de Kohlenberg y Tsai (1991) quienes presentaron la Psicoterapia Funcional Analítica (FAP), un tratamiento basado en el análisis conductista radical de los procesos de la terapia. La terapia funcional Analítica es diferente a otras terapias más tradicionales, donde la meta es típicamente la aplicación de técnicas específicas con objeto de modificar alguna conducta o conductas objetivo. En nuestra experiencia, la FAP es más apropiada para clientes cuyas conductas no han sido tratadas como objetivo o no han mejorado con las intervenciones conductuales estándar. Específicamente, la FAP se interesa en tratar individuos cuyos problemas primarios incluyen dificultades interpersonales de larga data. Hemos encontrado que la FAP es una intervención efectiva para clientes cuyas dificultades en las relaciones son caracterizadas en el criterio diagnóstico de diversos desórdenes de personalidad enlistado en el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). En este documento, discutimos varios de los diversos aspectos importantes en la relación cliente-terapeuta, incluyendo el papel de esta relación para producir el cambio, cómo el terapeuta se vuelve reforzante en ese proceso, la importancia del repertorio del terapeuta y un método para supervisar empíricamente cuando la eficacia del tratamiento es una función de aspectos especificables de la relación cliente-terapeuta (ver también Callaghan, Naugle & Follette, en prensa).

La Relación Terapéutica en la Terapia Conductual

Diversos autores han notado la utilidad de aspectos particulares de la relación terapéutica asociados con el cambio clínico. Por ejemplo, históricamente los terapeutas conductuales se han rotulado ellos mismos como “ingenieros conductuales” o como “máquinas de reforzamiento social”, en donde el papel principal del terapeuta conductual era el de modificar la conducta del cliente empleando técnicas operantes (Wilson & Evans, 1977). Aunque Krasner (1962, 1963) reconocía que elementos como el reforzamiento social y la naturaleza interpersonal de la terapia son factores importantes del tratamiento, el éxito de las intervenciones conductuales continuó siendo atribuido a la tecnología del condicionamiento operante (Sweet, 1984; Wilson & Evans, 1977), en oposición a factores específicos de la relación terapéutica.

Los factores de la relación y las variables y las variables que han sido vinculadas con el terapeuta y que han sido vistas como importantes en la literatura de la asesoría conductual y en los manuales de clínica, también han sido examinadas empíricamente. Existe un apoyo empírico adicional para repudiar la imagen de los terapeutas conductuales como técnicos

fríos: Los terapeutas conductuales han sido calificados con puntajes más altos de empatía, nivel de contacto personal y acción genuina, comparados con psicoterapeutas de otras escuelas (Sloane, Staples, Cristol, Yorkston & Whipple, 1975).

Los terapeutas han sido descritos, en general, como proveedores de reforzamiento social. Sin embargo, el valor del reforzamiento para fortalecer las respuestas del cliente ha sido investigado principalmente en casos relacionados con el repertorio verbal del cliente y el impacto del terapeuta al responder contingentemente para moldear otras conductas complejas del cliente, no ha sido demostrado.

La Relación Terapéutica como Mecanismo de Cambio

Los clínicos provenientes de diversas orientaciones teóricas reconocen la importancia de la relación entre el cliente y el terapeuta para efectuar el cambio (ejem., Bordin, 1979; Horvath & Luborsky, 1993; Rogers, 1957; Wright & Davis, 1994), y el término “alianza terapéutica” es comúnmente usado para referirse a los aspectos más significativos de la relación, que impacta las ganancias en la terapia (ejem., Gelso & Carter, 1994).

Una faceta del entendimiento psicodinámico de la relación terapéutica enfatiza la relación cliente-terapeuta como una metáfora para los tipos de problemas interpersonales que los clientes han experimentado en el pasado. Los clientes responden al terapeuta como si fuera alguien más. Aunque, hay un reconocimiento emergente de que la relación entre el terapeuta y el cliente puede tener un significado importante en sí misma (Gelso & Carter, 1994; Breenberg, 1994).

Los psicoterapeutas funcionales analíticos (Kohlenberg & Tsai, 1991; Kohlenberg et al, 1993) no ven la relación terapéutica como una metáfora de nada. En su lugar, la experiencia directa que ocurre entre el cliente y el terapeuta es la conducta de interés y la historia de aprendizaje adicional adquirida mediante la interacción con el terapeuta durante el tratamiento, es el mecanismo de cambio. Los problemas de conducta que el cliente emite durante la sesión (ejem., evitación emocional, desconfianza, déficits asertivos) son de la misma clase general de conductas que emiten ante otros. Esto es consistente con nuestra suposición de que esas conductas interpersonales que ocurren dentro de la sesión, pueden modificarse directamente por el terapeuta (Kohlenberg et al, 1993). La relación terapéutica es un lugar donde los clientes se involucran en conductas problema y aprenden nuevas y más efectivas formas de responder.

Las consecuencias de la conducta emitida en la relación cliente-terapeuta son, para el terapeuta FAP, lo que lleva a que el cliente cambie. Con objeto de que la terapia sea efectiva, el clínico necesita identificar comportamientos problema y moldear conductas más funcionales durante la sesión. Específicamente, el terapeuta FAP moldea la conducta

mediante el reforzamiento diferencial de aproximaciones a comportamientos interpersonales más útiles. El terapeuta reduce conductas contra productivas del cliente, ya sea dejando de reforzarlas, estableciendo conductas incompatibles que sea más útiles u ocasionalmente castigando aquellas que resulten peligrosas para otros. El terapeuta es un proveedor o dispensador activo de reforzamiento social, buscando la meta final en la generalización de las mejorías que ocurren en la sesión, hacia interacciones del cliente que suceden fuera de la terapia.

Reforzamiento Contingente, General y Específico, de las Conductas del Cliente

La terapia centrada en el cliente presume de la habilidad de su terapeuta para expresar preocupación positiva incondicional o responder no contingentemente a la conducta del cliente como condición necesaria y suficiente para un cambio terapéutico efectivo (Rogers, 1957). Enfoques más contemporáneos, sin embargo, proponen que la integración de respuesta contingente y no contingente es necesaria para una mejora terapéutica (Prochaska, 1979; Schmitt, 1985). En contraste a la perspectiva centrada en el cliente, nosotros no asumimos que la “preocupación positiva incondicional” o la respuesta no contingente sean condiciones suficientes en la terapia para producir el cambio. Además, nuestro análisis es diferente de la comprensión centrada en el cliente, para determinar por qué el reforzamiento contingente y no contingente son importantes.

El papel del aparente reforzamiento no contingente: Reforzamiento contingente general.

Es importante para el terapeuta proporcionar expresiones generales de apoyo para los clientes, simplemente por estar en tratamiento, dados los problemas que el cliente puede estar experimentando y el hecho de que la terapia puede ser difícil. Las conductas del cliente que el terapeuta apoya abarcan tan amplia clase de conductas que las respuestas positivas del terapeuta parecieran “no contingentes”. Por ejemplo, el terapeuta puede apoyar los esfuerzos del cliente para asistir a la terapia al decirle “En verdad es grandioso que usted regrese aquí para trabajar en estos temas” o “Aprecio mucho su trabajo en lo que deben ser áreas muy difíciles en su vida”. No obstante, el terapeuta no está reforzando la conducta azarosamente y, entonces, no responde de manera no contingente, en realidad. En un análisis técnico, el apoyo general del terapeuta y su aceptación del esfuerzo del cliente para cambiar, se entendería mejor como una *respuesta general contingente* por parte del terapeuta. Las clases de conductas reforzadas por el terapeuta son aquellas necesarias para que ocurra la terapia. En esencia, el terapeuta está reforzando diferencialmente aproximaciones a las mejorías del cliente, al empezar con conductas muy generales y con respuestas necesarias (ejem., mantenerse en la terapia la primera sesión) antes de empezar a moldear respuestas más específicas y efectivas para el cliente (Rosenfarb, 1992).

Yendo de responder contingente de manera general a hacerlo específicamente: El aumento en las aproximaciones sucesivas hacia las conductas deseadas. En las primeras sesiones, el terapeuta refuerza cualquier aproximación y esfuerzo por cambiar. Los terapeutas incluyen en esta amplia clase de eventos instancias tales como el que el cliente acuda a la sesión y hable con el terapeuta acerca de diversos tópicos. Gradualmente, el foco de este reforzamiento contingente general se estrecha para incluir conductas que son más relevantes a las metas de tratamiento previamente identificadas por el cliente y el terapeuta. Las conductas que son progresivamente reforzadas empiezan a incluir el enfocarse en tópicos difíciles, develados al terapeuta y otras respuestas semejantes. Nuevamente, el terapeuta está reforzando aproximaciones sucesivas a las conductas meta que el cliente adquirirá. Este proceso fluye hacia instancias más y más específicas de mejoría, que serán requeridas y reforzadas por el terapeuta. Ocasionalmente, el terapeuta, por ejemplo, regresará hacia las primeras conductas del cliente, de naturaleza más amplia y le recordará al cliente lo mucho que aprecia su buena disposición para regresar al tratamiento, cuando es claramente difícil hacerlo. Al reforzar estas respuestas del cliente, adquiridas tempranamente en el tratamiento, el terapeuta intenta reforzar intermitentemente las conductas necesarias, aunque no suficientes, necesarias para que el tratamiento efectúe el cambio deseado.

El papel del reforzamiento contingente específico. Aunque es importante, el reforzamiento contingente general no es el mecanismo mediante el cual ocurre el cambio. Mucho del cambio en la conducta del cliente ocurre por la respuesta contingente del terapeuta y el reforzamiento diferencial de las conductas del cliente previamente especificadas. El reforzamiento contingente significa que el terapeuta responde a la conducta del cliente como él o ella serían impactados naturalmente por su comportamiento. Si el cliente emite una conducta que el terapeuta encuentra particularmente efectiva durante la sesión, el terapeuta responde de acuerdo. Si el cliente es inefectivo, el terapeuta expresa cualquier propiedad aversiva que ocurra y responde de una forma que indica el efecto real que la conducta del cliente tiene sobre él o ella, para luego trabajar con el cliente para encontrar una manera de responder que produzca los efectos que el cliente actualmente desea.

El cliente tiene la oportunidad de aprender las consecuencias de su comportamiento en el terapeuta sin tener el riesgo de caer fuera de la sesión con personas menos aceptantes, conforme aprende nuevas, formas adaptativas de interactuar. Cuando el cliente se presenta a la terapia con una historia de relaciones interpersonales pobre, la relación terapéutica es un lugar donde los clientes presumiblemente mostrarán problemas similares, pudiendo experimentar al tratar respuestas alternativas, fallar y aún tener el reforzamiento (general) del terapeuta por sus intentos de cambio. Esto es, el terapeuta aún se preocupa por el cliente, aun cuando este emita conductas problemáticas. En nuestra experiencia, el terapeuta no puede esperar que el cambio tenga efecto, sin primero reforzar diferencialmente estas respuestas más generales del cliente.

A un nivel más técnico, el terapeuta está tratando de establecer operantes útiles. El terapeuta necesita responder contingentemente cuando el cliente exhiba conductas problema que ocurren dentro de la sesión, así como también cuando el cliente responda en formas efectivas interpersonalmente. Esta respuesta contingente es el mecanismo mediante el cual, respuestas más útiles pueden moldearse y ser reforzadas diferencialmente.

Estableciendo al Terapeuta como Dispensador de Reforzamiento Social

Hemos descrito un proceso terapéutico donde el terapeuta exitosamente moldea conductas más útiles en el cliente al reforzar aproximaciones de mejoría en el cliente. Este análisis implica que la conducta del terapeuta funciona para incrementar la respuesta efectiva del cliente y que el cliente encuentra su comportamiento reforzante, al grado de sentir que el terapeuta se preocupa por el y el cliente continúa regresando al tratamiento. El terapeuta debe tomar en consideración que reforzadores verbales puede dispensar para aumentar la probabilidad de la respuesta futura del cliente, de manera que no castigue inadvertidamente el repertorio emergente que sea efectivo (Callaghan et al, en prensa).

¿Cómo es que el terapeuta viene a funcionar como un dispensador fuerte y efectivo de reforzamiento social? Aplicando un análisis operante básico, el terapeuta se vuelve un estímulo discriminativo para las revelaciones (información proporcionada) del cliente, en su aprendizaje de ensayo y error, y pone al cliente en contacto con las consecuencias de esos comportamientos. El estatus profesional del clínico por sí mismo puede servir como un estímulo establecedor (Michael, 1982) para que los clientes empecen a involucrarse en este proceso. El estatus del terapeuta como un profesional en la ayuda, establece propiedades de estímulo únicas de un terapeuta particular, como una ocasión para que la conducta del cliente sea reforzada por su participación en la interacción. En nuestro modelo, es necesario reforzar las revelaciones del cliente desde los inicios de la terapia, de manera que el terapeuta se vuelva un estímulo discriminativo para que estas conductas continúen.

Un análisis contemporáneo de la conducta verbal, mediante la respuesta relacional arbitrariamente aplicable (también conocida como teoría de los marcos relacionales, ejem., Hayes, 1994; Hayes, Gifford & Wilson, en prensa), nos permite entender cómo la conducta verbal del terapeuta cambia la forma en que funcionan los eventos, como reforzadores o castigos para el cliente (ejem., funciones augmenting; Zettle & Hayes, 1982). En las funciones de estímulo de organismos no verbales sobre los eventos, debe haber un entrenamiento directo o ser adquiridas mediante el proceso de generalización de estímulos. Ya que los estímulos ante los que el cliente responde en la terapia son eventos

verbales, la generalización de estímulos tradicional no puede explicar la forma en que el cliente viene a revelarse (dar información sobre sus problemas) ante el terapeuta.

La generalización de estímulos puede explicar la continuación de la respuesta ante otros, fuera del tratamiento, de la misma manera como aprendió el cliente en la terapia. No obstante, esta generalización se daría ante las propiedades físicas compartidas por el terapeuta con otras personas en el ambiente natural (forma de vestir, rasgos faciales, etc.). ninguno de estos tipos de control de estímulo adecuadamente explica la generalización necesaria para un cambio permanente como resultado de la terapia.

Este comportamiento necesita de un análisis verbal distinto de las respuestas ante un estímulo discriminativo descritas como generalización de estímulos. En los organismos verbales, los eventos estímulo vienen a tener funciones como resultado de historias de entrenamiento indirecto. Por ejemplo, si un niño aprende que el objeto A va con el objeto B, aprende que B va con A sin un entrenamiento directo (Lipkens, Hayes & Hayes, 1993). Si extendemos este análisis a la terapia, el terapeuta puede empezar a tener propiedades de estímulo que participan en clases equivalentes verbalmente derivadas (Hayes & Hayes, 1992) así como en clases de respuesta relacionales arbitrariamente aplicables, más allá de formaciones equivalentes simples (ejem., vinculaciones combinatorias). Por ejemplo, el cliente puede describir al terapeuta como cálido y cariñoso y luego actuar de manera semejante con quienes actuaba cuando se sentía protegido, en el pasado. Esto es, cuando el cliente se sentía considerado en otras relaciones, revelar sus problemas, mostrar confianza en que el terapeuta continuará apoyándolo. Recíprocamente, el cliente puede responder en otras relaciones que ocurran fuera de la sesión como ha aprendido a hacerlo con el terapeuta. En otras palabras, los clientes pueden identificar aquellas cualidades de la relación con el terapeuta que valoran y responder a esas cualidades en otras relaciones con su esposa, su socio, sus amigos o miembros de su familia, actuando más eficientemente como aprendió a hacerlo con el terapeuta. El cliente aprende nuevas respuestas en una relación terapéutica cariñosa que son muy útiles y generaliza estas respuestas a otras personas que comparten esas cualidades.

¿Cómo es que tal pequeña cantidad de contacto produce el cambio?

Para que el terapeuta sea efectivo, debe aprender a dispensar reforzamiento de manera semejante a como probablemente lo proveyera alguien más fuera de la terapia. Ferster (1967, 1972, 1979) se refiere a este tipo de reforzamiento como reforzamiento natural, en contraste con el reforzamiento arbitrario (también vea Kohlenberg & Tsai, 1991; Rosenfarb, 1992). El reforzamiento natural ocurre en el ambiente y bajo una amplia variedad de circunstancias, mientras que el reforzamiento arbitrario es restringido y generalmente no evidente, en situaciones fuera de la terapia. Un terapeuta interesado en lo que el cliente dice, puede sonreír, acercarse, levantar sus cejas o hacer diversas cosas que refuercen la

conducta del cliente. Todas esas conductas son semejantes a lo que ocurre fuera de la terapia y son consideradas reforzadores naturales, si fortalecen la respuesta precedente del cliente. Los reforzadores arbitrarios son frecuentemente de un tipo específico y no general y frecuentemente son dispensados bajo un conjunto limitado de circunstancias. Los reforzadores arbitrarios son frecuentemente otorgados basados en la necesidad del terapeuta para que el cliente se comporte en una forma particular y no sobre la conducta que sería más efectiva para el cliente en su ambiente natural (Ferster, 1972, 1979).

Los terapeutas que dicen, “Muy bien” o “Gracias por compartir” luego que el cliente expresa ira, son ejemplos de reforzamiento arbitrario. Una respuesta natural, más útil, consistiría de tomar la ira del cliente seriamente, proporcionar retroalimentación al cliente sobre como su respuesta afecta al terapeuta en ese momento y enfocarse en formas de expresar la ira más útiles.

Cuando los terapeutas limitan su respuesta a métodos convenientes pero arbitrarios para aumentar las conductas dentro de la sesión, sin considerar qué tipo de reforzadores se aplican fuera de la sesión, están limitando severamente el potencial para que esas nuevas conductas se generalicen más allá de la terapia.

En nuestra comprensión de la FAP, otorgar reforzamiento natural resulta esencial para generalizar las mejorías de los clientes más allá de la terapia, aun cuando la conducta efectiva no sea necesariamente reforzada con la misma frecuencia fuera de la sesión. Creemos que la densidad de retroalimentación contingente y el otorgamiento consistente de reforzamiento natural en la sesión, son lo que posibilita una cantidad de contacto relativamente pequeña, que resulta efectiva para promover y mantener el cambio. Esta es una razón de porqué la cantidad limitada de contacto resulta sobresaliente para los clientes. Cuando los terapeutas responden contingentemente a la conducta del cliente, a una frecuencia muy alta, tienen mayor oportunidad de que los clientes aprendan respuestas más efectivas, que cuando su retroalimentación ocurre en intervalos al azar.

En nuestro modelo de la FAP, el terapeuta proporciona reforzadores con un programa de intervalo fijo o de razón fija al principio de la terapia, para establecer nuevas respuestas a una tasa más rápida. Conforme la terapia progresa, estos reforzadores son dispensados con un programa más variable, manteniendo la respuesta del cliente fuera de la sesión, cuando otros podrían fallar en reforzar la nueva conducta del cliente.

Es necesario, durante cada hora, el maximizar las oportunidades de responder naturalmente ante los clientes para moldear conductas más útiles y fortalecer sus repertorios efectivos, así como sus relaciones con otros fuera de la terapia. La relación terapéutica puede ser potente, debido a la alta densidad de reforzadores proporcionados por el terapeuta.

Más técnicamente, los clientes están en un estado de privación de reforzadores condicionados secundarios (ejem., reforzamiento social. Skinner, 1957). La terapia se vuelve un estímulo establecedor para las revelaciones (donde el cliente informa de sus problemas), para el despliegue de afecto, etc., para ser reforzado. Ya que estas conductas no son reforzadas frecuentemente fuera de la sesión, los clientes intentarán maximizar sus oportunidades de reforzamiento dentro de la sesión. La terapia se vuelve un ambiente donde los clientes experimentaran con nuevos comportamientos más frecuentemente de lo que lo hacen en otros lugares, pues el reforzamiento ocurre más frecuentemente y las consecuencias aversivas son menos frecuentes que en otros lugares.

Mucho de lo que sucede en la terapia puede entenderse como la creación de una nueva historia de aprendizaje para el cliente. Ya que mucho de la terapia es verbal, una nueva historia para el cliente incluye el establecimiento de un nuevo repertorio verbal más útil.

Si el terapeuta ha establecido un repertorio social efectivo y saludable para el cliente usando reforzadores naturales, el ambiente exterior es más probable que sostenga mejor las relaciones del cliente.

LA TERAPIA CONDUCTUAL INTERPERSONAL (IBT), LA SUPERVISIÓN FUNCIONAL Y EL VALOR DE LA CONCEPTUALIZACIÓN CONDUCTUAL DE LOS CASOS

Glenn M. Callaghan y William C. Follette
The Psychological Record, 2020

Les presentamos la terapia conductual interpersonal (IBT) en el contexto de una breve historia de la evolución de los paradigmas de la investigación en psicoterapia y el surgimiento de la tercera ola de las terapias conductuales, enfrentando los retos de la introducción de términos de nivel-medio al servicio de su diseminación. El artículo enfoca la IBT como respuesta a la evolución de la psicoterapia funcional analítica (FAP) y su movimiento fuera de los principios conductuales y la supervisión funcional. La IBT es propuesta como un tratamiento conductual contemporáneo cuyo foco está en los conflictos interpersonales, enfatizando la necesidad de una supervisión funcional para conceptualizar los problemas de los clientes y utilizando principios conductuales para especificar los mecanismos de los problemas y los mecanismos del cambio clínico. En buena medida, repitiendo las propuestas originales de la FAP, la IBT explica los mecanismos responsables de los problemas del cliente y los correspondientes mecanismos del cambio clínico. Más aún, como una terapia conductual, la IBT enfatiza la necesidad de una supervisión funcional para conceptualizar los problemas del cliente y determinar los tratamientos clínicos. Finalmente, hacemos un llamado para un regreso unificado a la supervisión conductual entre las terapias de la tercera ola. Este enfoque unificado puede ayudar a que contemos con tratamientos derivados de principios para formas complejas de sufrimiento humano, así como para ofrecer un adelanto de un programa de ciencia conductual, preservando la longevidad de las terapias conductuales.

Entre ajustes y reinicios, ha habido un progreso en la investigación en psicoterapia y su desarrollo. Los eventos importantes a lo largo del camino pueden describirse de diversas maneras. Un periodo notable fue trazado desde el escepticismo de Eysenck (1952) que consideraba que la psicoterapia no era más efectiva que el efecto placebo o el paso del tiempo, hasta el meta-análisis de Smith y Glass (1977) donde revisan 475 estudios exitosos indicando que la terapia era mejor que el no tratamiento, aunque no se notaron diferencias entre tipos de terapias, incluso en el reporte extenso, lo que también resultó controvertido (Smith, Glass & Miller, 1980).

La publicación del manual de estadística y Diagnóstico de los Desórdenes Mentales, #era edición (DSM-III, 1980) marcó el inicio de otra era de la investigación en psicoterapia. Fue un periodo sobresaliente de investigación sobre la eficacia de la farmacoterapia y la psicoterapia. La meta del DSM-III fue revertir la baja confiabilidad en los diagnósticos

presentes en las versiones previas, y con ello aumentar la probabilidad de que la nosología ahí presentada fuera un marco útil para que avanzara la investigación sobre desórdenes mentales. Sus autores pretendieron presentar una nosología atórica, pero queda claro que emergía ahí un modelo médico (ver, Kirk & Kutchins, 1992, cap. 1-6). El DSM-III so usaba específicamente el término “enfermedad”, prefiriendo hablar de “desordenes”. Ahí se proporciona información sobre etiología, pronóstico, curso y respuesta al tratamiento para cada desorden.

Conforme el DSM-III y el DSM-III-R se establecían, Hugo un claro giro en la investigación sobre psicoterapia. Aunque los primeros años 80's iniciaron con un nuevo interés en el refinamiento de los procesos psicoterapéuticos y los resultados de la investigación con el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH), para 1985 el NIMH había sido reorganizado alrededor de los diagnósticos (Knobloch-Fedders, Elkin & Kiesler, 2015). Esta transición vio la emergencia de ensayos clínicos aleatorios (RCT) como el diseño dominante en los programas de investigación. El prototipo de tales diseños fue el usado por el NIMH, llamado Programa para la Investigación Colaborativa para Tratar la Depresión (Elkin, 1994; Elkin, Parloff, Hadley & Autry, 1985). Con objeto de reconocerlo como tratamiento validado empíricamente (EVT), se necesitaron datos de su eficacia desde múltiples estudios exitosos que comparaban al menos dos tratamientos y hacían uso de manuales que los describían y se hacían necesarios. Para el 2001 había 108 manuales de tratamiento que cumplían el criterio del soporte empírico (Chambless & Ollendick, 2001). El desarrollo de los tratamientos se organizó principalmente sobre las categorías diagnósticas (Chambless & Hollon, 1998).

Estos diseños de “caballos de carreras” enfrentaban dos o más tratamientos activos contra uno u otro resultado predecible, resultaron en limitaciones. Aunque los investigadores se volvieron cada vez más sofisticados en sus diseños y conducción de RCT's durante este periodo, los resultados parecían recordar las conclusiones de Smith y Glass (1977), donde la comparación de tratamientos era frecuentemente equivalente. Esto condujo hacia el desdichado veredicto del “pájaro bobo” donde “todos ganan y todos deben ser premiados” (ejem., Wampold et al, 1997). Shadish y Sweeney (1991) lamentaron el hecho de que muchos de los estudios incluidos en el meta-análisis generalmente fallaban al no incluir moderadores o mediadores conceptualmente significativos. Luego, los diseños homogenizados produjeron resultados homogenizados.

La estrategia de emplear manuales de tratamiento de los desórdenes implicaba que un protocolo de tratamiento era suficiente para tratar un desorden. El mismo tratamiento X sería efectivo para cualquiera que tuviera el desorden Y. Este vuelo dentro de la investigación nomotética abandonó completamente la tradición analítica conductual, que consistía en la aplicación precisa de amplios principios científicos para casos contextualmente específicos. La aplicación de principios a instancias y clases de conducta

es una estrategia ideográfica, pero tiene poco en común con la hermenéutica, los métodos narrativos de describir una situación con poca intención de relacionar un principio con un resultado. De hecho, la precisión de la investigación ideográfica es exactamente lo que faltaba en los diseños de grupo RCT's.

El NIMH finalmente reconoció el error de usar el DSM como principio organizador de la investigación y lo reemplazó con el criterio de la investigación dominante (RDoC; Cuthbert & Insel, 2013). Aunque el criterio de la investigación dominante (RDoC) parecía reduccionista y solo modestamente familiar con el debate herencia-crianza fuera de la epigenética, hay un reconocimiento de que la investigación sobre los mecanismos, en lugar de los desórdenes, es más probable que produzca una investigación más útil. Al reconocer la falta de progreso desde las tempranas estrategias de investigación, la cabeza principal del NIMH, Thomas Insel, es conocido por haber afirmado:

Yo pasé 13 años en el NIMH promoviendo realmente la neurociencia y la genética de los desórdenes mentales y cuando miro atrás, sobre lo que realicé mientras pensaba que tenía éxito, al lograr montones de bonitos textos publicados por brillantes científicos, con grandes inversiones (considero 20 billones), no creo que moviéramos la aguja al reducir el suicidio, bajar las hospitalizaciones o mejorar la recuperación de los diez millones de personas que tienen enfermedades mentales (Henriques, 2017).

El fracaso de la investigación basada en los desórdenes contenidos en el DSM, era predecible (Follette, 1995; Follette & Houts, 1996). Considerando que las etapas de investigación arbitrariamente presentadas arriba, han sido menos exitosas de lo que esperábamos, es mucho lo que se ha aprendido en los pasados 35 años de investigación sobre tratamientos, debido al esfuerzo consensuado de aquellos investigando tratamientos y diseminándolos. Ahora estamos en la cúspide de otro cambio, respecto a cómo podría uno aumentar nuestro conocimiento de componentes fundamentales para el cambio.

Investigación y desarrollo de Tratamientos

Como un modelo de la evolución de la ciencia clínica, ha habido un renovado interés en regresar a y expandir la investigación ideográfica para identificar y evaluar principios discretos de cambio con la meta final de identificar procesos terapéuticos subyacentes que resultan componentes de procedimientos terapéuticos empleados en el tratamiento. Un ejemplo sobresaliente es la propuesta hecha por Hoffman y Hayes, denominada terapia basada en procesos (PBT; Hoffman & Hayes, 2019b). Ellos describen procesos terapéuticos como "mecanismos de cambio subyacentes que permiten conseguir una meta deseable..." estos procesos están *basados-en-teoría* y asociados con predicciones falsables y evaluables" (p. 38). Los proponentes de PBT describen y elaboran un esquema de como la estrategia se desenvolvería (ver Hayes et al, 2019). Su enfoque deja algo que desear respecto a dónde y

cómo diseñar un programa de investigación (Teachman, 2019). Mientras esperamos que este enfoque madure, notamos, junto con otros, que el análisis conductual clínico ya cuenta con principios y estrategias que se ajustan a la definición de procesos mencionada arriba.

Algo Viejo, Algo Nuevo, Algo Prestado...

La psicoterapia funcional analítica (FAP; Kohlenberg & Tsai, 1991) fue propuesta como una de los tratamientos cognitivos conductuales emergentes de la tercera ola (Hayes, 2004), ofreciendo una manera de conceptualizar y tratar problemas humanos complejos desde un marco conductual analítico (ver también Biglan, 2004; Dougher, 1997; Dymond & Roche, 2009; Roche, Barnes-Holmes, Barnes-Holmes, Stewart & O'Hara, 2002; Stewart, Barnes-Holmes, Roche & Smeets, 2002, como muestra de otras instancias de expansión significativa del abanico de tratamientos analíticos). Otros tratamientos de la tercera ola, como la terapia de aceptación y compromiso (ACT; Hayes, Strosahl & Wilson, 1999) y la terapia conductual dialéctica (DBT; Linehan, 1993) empezaron a enfrentar los problemas donde las experiencias emocionales y cognitivas eran el foco del tratamiento. La ACT y la DBT continúan enfocadas en esos problemas que pueden comprenderse como intrapersonales y frecuentemente considerados como eventos privados, desde una perspectiva conductual (Skinner, 1957, 1969). Por el otro lado, la FAP empieza enfocándose en problemas interpersonales, intentando ayudar a que los clientes desarrollen repertorios más efectivos de relaciones y mejorías en su habilidad de derivar efectivamente reforzamiento social valioso.

No sugerimos que los terapeutas que conducen ACT, DBT y otros tratamientos, consideren que las relaciones interpersonales no sean importantes para comprender y aliviar el sufrimiento humano. Ciertamente, la importancia de la relación terapéutica es reconocida en muchas formas de terapia (ejem., Norcross, 2001, 2002; Norcross & Wampold, 2018). La FAP de manera conspicua se enfoca en los excesos y déficits del comportamiento interpersonal que limitan el acceso exitoso del reforzamiento social. La FAP presume que cierta auto supervisión importante es un epifenómeno del comportamiento abierto cambiante o contexto. Por ejemplo, la teoría de la auto percepción de Bem sugiere que la auto asesoría de uno refleja cómo nuestra propia conducta se compara con comportamientos valiosos, cuando se observan en otros (Bem, 1978). Luego, el reforzar el repertorio interpersonal del cliente y la conducta valiosa, predice la alteración de enunciados verbales acerca de la identidad. De esta manera, la crítica conductual analítica de Biglan (1987) respecto a la teoría de Bandura sobre la auto eficacia, también implica que, al aumentar nuestra precisión para predecir resultados exitosos, aumentará la auto eficacia reportada. Esto es, el lenguaje que pudiera frecuentemente haber sido considerado intrapersonal puede ser afectado alterando la conducta exitosa abierta generalmente interpersonal. En algunos contextos, aún cosas tales como el humor, pueden entenderse como conducta social abierta, que funciona para reducir interacciones interpersonales

aversivas, cuando hace falta un repertorio más efectivo de solución de problemas (Biglan et al, 1985).

Resulta de utilidad el determinar qué tipo de problemas hay que atender con los clientes y tanto los temas intrapersonales como los interpersonales pueden ser fundamentales en provocar y mantener el sufrimiento. Las terapias conductuales de la tercera ola trajeron ambos dominios a la arena del tratamiento y la investigación, ofreciendo distintas estrategias de tratamiento y de comprensión de los mecanismos subyacentes del problema y de los mecanismos de cambio (Follette, Naugle & Callaghan, 1996).

Luego de su ingreso, varios de estos tratamientos buscaron explicar estos mecanismos desde una perspectiva conductual contemporánea utilizando tanto principios skinnerianos (Skinner, 1969) como extensiones del trabajo de Skinner, como es la teoría de los marcos relacionales (Hayes, Barnes-Holmes & Roche, 2001).

Uno puede argumentar que la FAP es la más ideográfica de las terapias de la tercera ola. Mucha de la investigación en FAP no está basada en categorías diagnósticas y no hay manuales de tratamiento para la FAP. En su lugar, los principios conductuales y la supervisión funcional, en la forma de conceptualizaciones conforme progresa el caso, guían la terapia. En 2017, diversos investigadores prominentes de la FAP, resumieron la literatura de sus resultados (Kanter et al, 2017). Su conclusión, en ese momento, fue que la FAP era prometedora, pero los datos no eran suficientes para clamar que hubiera un soporte adecuado de su eficacia para desordenes psiquiátricos específicos. Esta conclusión no fue sorprendente. Los investigadores FAP parecían luchar en la búsqueda de un paradigma de investigación que pudiera caracterizar a la FAP eficientemente y explicar las medidas apropiadas de sus resultados. Considerando estrategias analíticas para la identificación de la relación entre la respuesta contingente del terapeuta y el cambio en la conducta del cliente habían sido identificadas, su codificación y análisis eran difíciles. El trabajo que se hizo para analizar los procesos terapéuticos intensivamente permitió que esta revisión concluyera que el terapeuta era un fuerte reforzador social.

Muchos de los estudios en FAP usaron diseños de casos aislados (SCD) ya que dichos diseños se ajustaban mejor a la naturaleza ideográfica del modelo FAP. Cuando los datos eran muestreados extensamente, los mecanismos del cambio podían evaluarse. Aunque los estudios SCD habían sido por largo tiempo el estándar para mostrar prueba de control en un ambiente experimental. No obstante, la FAP fue propuesta en una era de diseños de grupo SCD. Considerando que los SCDs eran reconocidos como evidencia adecuada de eficacia por la Fuerza de Tarea de Tratamientos con Validez Empírica, nunca hubo una completa aceptación de tales diseños.

Solo recientemente tenemos métodos para analizar y combinar SCDs, haciéndolos más robustos. En el 2018, Singh & O'Brien analizaron 20 diferentes SCDs de FAP. Los autores concluyeron que la síntesis de los estudios indicaba que ocurrían cambios confiables. Empleando una métrica que generaba la estimación del tamaño del efecto en los resultados del tratamiento, basada en estado final de funcionamiento, los autores supervisaron los cambios observados en FAP como duraderos y confiables (Swanson, Hoskyn & Lee, 1999). Aunque hay evidencia en apoyo a la efectividad de la FAP, al enfocarse con mayor precisión, la FAP puede ser un vehículo para conducir investigaciones que puedan identificar procesos fundamentales de cambio.

Desde el exterior, los autores quieren reconocer y expresar su profundo afecto, respeto y aprecio de lo que Kohlenberg y Tsai (1991) trajeron a la terapia conductual en la forma de la FAP. Ambos autores (ciegos) han construido mucho de sus carreras, su práctica clínica y su enfoque, con el entrenamiento y la supervisión de los fundamentos expuestos en la FAP.

Nuestro interés se ha enfocado cada vez más en mejorar la comprensión de los procesos fundamentales del cambio en la FAP, muchos de los cuales fueron descritos en la primera presentación de la FAP (Kohlenberg & Tsai, 1991). También nos interesa ampliar el estudio de conocidos procesos conductuales analíticos que promueven o impiden el cambio conductual, como el momentum conductual, el descuento demorado y los efectos de programa (ver Waitz & Follette, 2009, para una discusión inicial). También es importante definir mejor cómo conducir mejor y ser guiado por una conceptualización iterativa dentro de la tradición del análisis funcional (Davison, 2019; Hayes & Follette, 1992; Hofmann & Hayes, 2019a). Entrenarse en la FAP continúa siendo una tarea difícil, que toma tiempo. Aún así, identificar los procedimientos para hacerlo de una manera que mantenga vínculos verídicos con la ciencia básica es fundamentalmente importante.

La evolución de la FAP aún incluye vínculos con principios conductuales analíticos básicos, aunque ha introducido algunos alejamientos de lo que sería un tratamiento puramente conductual, para incluir como objetivos metas más ambiciosas como el involucramiento comunitario y la responsabilidad ambiental (Tsai, Kohlenberg, Bolling & Terry, 2009). Estas son metas deseables y su inclusión ha introducido algunas suposiciones y procedimientos de diseminación técnica que difieren de la agenda inicial FAP. Estos alejamientos son significativos. Conforme la FAP continúa explorando una variedad de agendas, nosotros discutimos cómo estos procesos han movido inadvertidamente a los investigadores del análisis conductual clínico, alejándose de la tarea fundamental de evaluar y comprender los mecanismos del cambio. Nosotros ofrecemos retomar las ideas originales discutidas en la FAP como un regreso al análisis conductual con la especificidad de variables que benefician tanto a clínicos como investigadores que examinan los procesos clínicos del cambio.

Conforme los desarrolladores de las terapias conductuales de la tercera ola empiezan a diseminar estos tratamientos en practicantes y proponentes de los tratamientos, estos enfrentan el problema de cómo diseminar los principios y estrategias empleando términos que puedan comunicar tanto métodos como procedimientos, así como una ciencia apropiada tras los términos, a tanta gente como sea posible. Uno de estos retos, que tempranamente emergieron en este proceso de diseminación, tomó la forma de determinar cómo los practicantes, que no tienen fundamentos en la conceptualización conductual de los casos, podrían ser entrenados en estos tratamientos.

Aunque algunos adherentes de la FAP y de la ACT se han mantenido dedicados a desarrollar y enseñar la conceptualización conductual de los casos (Villas-Boas, Meyer, Kanter & Callaghan, 2015), un inicio más popular o vernacular empieza a darse para ayudar a los nuevos practicantes a comprender tanto el valor de estos tratamientos como la manera de involucrarse en ellos sin tener entrenamiento analítico conductual. Estos esfuerzos de diseminación han encontrado dificultades. En la primera edición del libro de Russ Harris (2009), titulado *La ACT de Manera Simple: Un manual fácil de leer sobre la terapia de Aceptación y Compromiso*, el autor trató de presentar una descripción simple del contextualismo funcional, del análisis conductual aplicado y de la teoría de los marcos relacionales en el Capítulo 3, “Las casa de la ACT”. Se puede encontrar la versión original de este intento en línea (https://thehappinesstrap.com/upimages/the_house_of_ACT.pdf) con el siguiente comentario introductorio en el borrador: “En el libro de texto, mucho del capítulo fue borrado por a) *ser considerado demasiado complejo* y b) por falta de espacio” (énfasis agregado).

El problema de diseminar materiales técnicos es una preocupación significativa y la barrera epistémica para conceptualizar el sufrimiento humano complejo desde un marco conductual es también real (ejem., O’Donohue, Callaghan & Ruckstuhl, 1998; Skinner, 1975). Sin embargo, el costo de dirigir el enfoque lejos de los principios conductuales hacia términos vagos es substancial. La introducción de constructos no operacionalizados en lenguaje conductual analítico o contextual funcional no permite a los practicantes e investigadores enfocar efectivamente su materia de estudio con precisión. Frecuentemente denominados como términos conceptuales de nivel medio, estos términos apelan a aquellos que no conocen los principios y el lenguaje conductual. No obstante, estos no están ligados a ningún mecanismo de cambio, por lo que crean problemas para adelantar un cuerpo coherente de investigación científica (vea Barnes-Holmes, Hussey, McEnteggart, Barnes-Holmes & Foody, 2016, para una discusión más amplia de los problemas con los términos de mediano nivel).

Dos enfoques (o su combinación) frecuentemente emergen para guiar la elección de términos de nivel medio. El primero consiste del uso de términos que tienen poco significado social actual, así que el aprendiz no tiene historia con el término, que no sea la

proporcionada por su entrenador. Por ejemplo, en la diseminación de la ACT, 'defusión' no es una palabra que aparezca en el diccionario. Esta implica un proceso terapéutico, pero el término en sí mismo no tiene otra historia que compita, para el alguien aprendiendo ACT. Otros términos de nivel medio para la ACT no se entienden fuera de la comunidad de entrenamiento. De esta manera, "el self como contexto" no es una frase que traiga consigo una historia de haber sido reforzado por la comunidad verbal antes de su introducción mientras se aprende ACT. Considerando que este enfoque parece explicar el tema de usar términos "contaminados" con el reforzamiento diferencial de múltiples comunidades verbales, la solución es solo temporal y está sujeta a distorsión. Como un grupo de personas que usan un término novedoso, su empleo se mantiene por ser entendido por otros cuando se usa en condiciones iguales o semejantes. Conforme pasa el tiempo, diferentes subgrupos de personas aprendiendo ACT pueden compartir una historia diferente para el uso de términos particulares de nivel medio, resultando en un giro de significado para ese concepto. Más aún, este problema no cubre la adecuación del término de nivel medio como una representación de la ciencia vinculada con los procesos terapéuticos.

En la FAP, la terminología de nivel medio que emerge incluye palabras como "vigilancia", "coraje" y "amor" (Tsai, Kohlenberg, Kanter et al, 2009). Estos constructos apelan a una psicología popular y pueden haber servido para acercar a los menos familiarizados con la FAP hacia talleres o materiales escritos, aunque estos de ninguna manera especifiquen mecanismos de cambio para esta terapia interpersonal, ni de cómo involucrar tal mecanismo. De hecho, al final oscurecen el mecanismo y en el peor caso, introducir el constructo "amor", que no solo tiene significados múltiples, sino que funciona como un lenguaje problemático o incluso peligroso con algunos clientes (Muñoz-Martinez & Follette, 2019). Esto no es afirmar que estos términos no pudieran ser operacionalizados o traducidos en un lenguaje conductual. El problema es que estos constructos se usan como si fueran principios psicológicos. Conceptualizar los problemas del cliente usando estos términos no específicos de nivel medio, falla en guiar al terapeuta para que este determine con mayor precisión las variables controladoras de los problemas que tenga el cliente. Más que eso, una preocupación es que, sin principios psicológicos, los terapeutas se puedan aventurar en tratamientos que sean innecesarios o incluso no éticos, debido a las funciones de estímulo establecidas que estas palabras tengan como resultado de su empleo en otros contextos. Finalmente, argumentamos que el movimiento hacia una identificación a priori de los problemas del cliente usando terminología de nivel medio traiciona el corazón mismo de la FAP como terapia conductual al retirar el papel del análisis funcional en la determinación de problemas clínicos y sus tratamientos correspondientes.

Terapia Conductual Interpersonal

No se ve que se pueda resolver fácilmente la tensión entre la diseminación que usa un enfoque vernacular común y el empleo de un enfoque basado en principios conductuales.

Dos distintas formas de conceptualizar y hablar acerca de cómo intervenimos en esos temas han surgido entre quienes se enfocan en los problemas interpersonales de los clientes. En particular, esta diferencia radica en el énfasis (o falta de éste) en el papel central del análisis funcional y la especificación de los mecanismos del cambio conductual. Para ese fin (y en un esfuerzo por evitar críticas a la FAP graciosas y repetidas), presentamos aquí la terminología específica de la *terapia conductual interpersonal* (IBT) para describir un tratamiento conductual contemporáneo que se enfoca en el malestar interpersonal, la necesidad de una supervisión funcional para conceptualizar los problemas del cliente y usar los principios conductuales para especificar las variables controladoras del problema y los mecanismos del cambio clínico. Conforme ha evolucionado, la FAP aún reside junto con los tratamientos conductuales de la tercera ola y es un tratamiento con enfoque interpersonal. La FAP puede verse como poseedora de metas diferentes a las de la IBT con respecto a la conceptualización de los problemas del cliente (Bonow, Maragakis & Follette, 2012), y su énfasis en el entendimiento conductual de los mecanismos de los problemas y del cambio. De esta manera, la IBT respetuosamente regresa a mirar algunas de las ideas originales ofrecidas por Kohlenberg y Tsai (1991) e intenta especificarlas en servicio al regreso hacia una terapia conductual más guiada por principios científicos.

Los Mecanismos de los Problemas y del Cambio en la IBT

La IBT y la FAP se enfocan en el sufrimiento humano como una función de los problemas en las relaciones interpersonales. Conforme la FAP se desarrolló, los mecanismos de los problemas fueron caracterizados como repertorios excesivos o deficientes bajo control ambiental (Callaghan, 2006a; Callaghan, Naugle & Follette, 1996; Follette et al, 1996). Esto es, desde un punto de vista conductual, los problemas interpersonales que tienen los humanos son repertorios específicos que han surgido basados en una historia de aprendizajes contingentemente reforzados. Estos repertorios, frecuentemente estrechos, resultan de una historia de castigo o de reforzamientos negativos y son mantenidos por una comunidad social (además de ser mantenidos por variables interpersonales tales como el escape y la evitación de eventos aversivos experimentados en las interacciones sociales).

Los mecanismos de los problemas del cliente, para la IBT, se enfocan en repertorios interpersonales complejos que nos permiten conceptualizar comportamientos que han sido moldeados mediante contingencias de reforzamiento. Esta explicación nos permite especificar qué conductas del cliente pueden ser problemáticas y las condiciones bajo las que estos comportamientos ocurren y pueden ser modificadas. Por ejemplo, consideremos un cliente que se describe como “incapaz de conectar con otros”. Luego de alguna discusión, aprendemos que este cliente no es capaz de expresar emociones fuertes (incluyendo el afecto) a otra persona. Conforme nos movemos en un análisis conductual de esta falta de habilidad para “conectar con otros” podemos identificar una historia que moldeó este repertorio y las consecuencias identificables actuales por involucrarse en tal

conducta. Para especificar los mecanismos del problema, podemos reconocer el posible papel de variables más distantes que ocurrieron en el pasado del cliente, así como aquellas más próximas, impactando y controlando la conducta actual del cliente, permitiendo tanto una oportunidad para expresar empatía por lo ocurrido, como una oportunidad para aliviar el malestar mediante el cambio comportamental. Al darle precisión, mediante principios conductuales, a nuestra descripción de qué conductas pensamos resultan importantes para comprender el sufrimiento particular del cliente, podemos especificar esas conductas y generar hipótesis acerca de por qué el cliente está haciendo esas cosas que parecen mantener su sufrimiento. Más que eso, podemos movernos hacia la especificación de lo que podemos hacer para ayudar a aliviar esos problemas.

Los mecanismos del cambio clínico se derivan de los mecanismos del problema de conducta aprendida moldeada y mantenida por contingencias naturales. Desde la perspectiva IBT, los mecanismos del cambio conductual interpersonal están en el reforzamiento diferencial de repertorios más efectivos para el cliente, en buena parte a través de moldear contingentemente la conducta del cliente dentro de la sesión. Esto es, es el trabajo del terapeuta ayudar al cliente para aprender formas más efectivas para relacionarse interpersonalmente. Desde un punto de vista conductual, el terapeuta tiene acceso directo a las contingencias que ocurren dentro de la sesión entre el cliente y el terapeuta y muchos de los comportamientos interpersonales del cliente pueden ocurrir con el terapeuta en una sesión de tratamiento (Kohlenberg & Tsai, 1991).

Una cierta proporción de cualquier terapia involucra el hablar sobre eventos que ocurren fuera de la hora de terapia. Un terapeuta IBT también hablará sobre aquellos problemas y relaciones externas y hará sugerencias para modificar la conducta fuera de la sesión para producir repertorios más efectivos para el cliente. Sin embargo, al usar principios conductuales, el reto de enfocarse en conductas que ocurren fuera de la sesión es que la conducta moldeada en la sesión puede consistir simplemente de un repertorio verbal relacionado con o que describe las metas del cambio, pero no el repertorio actual de interés. En otras palabras, podemos ayudar a los clientes a aprender como hablar acerca de sus relaciones de manera diferente si nos enfocamos en aquellos temas fuera de la sesión, pero la conducta de interés consiste en involucrarse actualmente en repertorios interpersonales que podrían moldearse más eficientemente conforme la conducta ocurra dentro-de-la-sesión con el terapeuta. La meta, una vez que esta conducta empieza a ser moldeada por el terapeuta, consiste en transferir el repertorio hacia relaciones fuera de la terapia.

Este reforzamiento diferencial de conductas del cliente más efectivas por el terapeuta, requiere que el terapeuta especifique esos repertorios particulares que son problemáticos para el cliente y que se vuelven objetivos para el tratamiento terapéutico. Esta supervisión es diseñada a la medida del individuo y se enfoca sobre las únicas funciones a las que sirve

la conducta para el cliente (cuál es el costo de respuesta para el cliente por involucrarse en ella y qué es lo que gana) Esta supervisión conductual se enfoca en el contexto en el que la conducta particular ocurre, así como en la comprensión de tanto las consecuencias inmediatas como consecuencias más distantes, que siguen a la conducta. (El papel de la supervisión funcional y del análisis funcional se discute en la sección que sigue). Debe enfatizarse que la conducta de interés necesita ser operacionalizada de manera que el terapeuta pueda saber con qué, en particular, lucha el cliente (incluyendo ejemplos de la forma que pueda tomar) y como un repertorio más efectivo podría funcionar.

Usando nuestro ejemplo de arriba, nos movemos de ver al cliente como poseedor de problemas debido a que “no puede conectar con otros” a especificar qué es lo que el cliente hace cuando siente la necesidad o el deseo de relacionarse con otros. Por ejemplo, el cliente puede involucrarse en un repertorio que sea abiertamente demandante de otros cuando necesita apoyo. Por el otro lado, el cliente puede tener un repertorio intacto y efectivo para solicitar apoyo, pero siente que “no puede conectar” debido a un repertorio de escape o evitación del conflicto interpersonal (un repertorio de escape negativamente reforzado en el contexto de experiencias aversivas). No es difícil imaginar como cualquiera de estos repertorios pudieron haber sido moldeados en el tiempo por una comunidad social. Dicho esto, al especificar el repertorio, el terapeuta puede involucrarse en estrategias para cambiar ese repertorio.

Para continuar con el ejemplo (y siendo consistente con las reglas iniciales de la FAP; Kohlenberg & Tsai, 1991), el terapeuta debe tanto observar cómo provocar conductas del cliente que sirvan la función de disminuir las oportunidades de reforzamiento social (ejem., reducir el “sentido de conexión con otros”, “obtener apoyo”). El terapeuta debe entonces promover y reforzar las aproximaciones sucesivas de un repertorio dentro-de-la-sesión que sea más efectivo en conseguir las metas propuestas por el cliente. En otras palabras, el terapeuta observa los comportamientos problemáticos que ocurren con el terapeuta, proporciona retroalimentación acerca de los retos con tal comportamiento e intenta moldear una respuesta interpersonal más efectiva, durante la hora de terapia. Una vez que se establece un repertorio razonablemente consistente, el terapeuta ayudará al cliente para que elija oportunidades para la práctica flexible del mismo conjunto de comportamientos con otros, fuera de la terapia. Una supervisión de la comunidad social identificará individuos y situaciones que con mayor probabilidad reforzarán y mantendrán ese repertorio en desarrollo. Esta supervisión de ejemplares o situaciones múltiples y personas que refuercen el cambio conductual, resulta central para los esfuerzos por generalizar el repertorio hacia relaciones más allá de la terapia.

Con objeto de que el terapeuta refuerce diferencialmente las mejorías en la conducta del cliente, éste tiene también que tener un repertorio suficientemente intacto para proporcionar efectivamente ese reforzamiento dentro de la sesión. Esto es más complejo

potencialmente de lo que parece, pues no siempre está claro qué tan hábil interpersonalmente debe ser el terapeuta para conducir eficientemente la IBT (o cualquier otra terapia con enfoque interpersonal). En términos más precisos, se mantiene como una cuestión empírica qué repertorios son requeridos para que el terapeuta que lo hagan responder efectivamente y reforzar diferencialmente conductas más efectivas en el cliente. Esto se mantiene como otro punto de partida para la IBT y la FAP. Conforme la FAP ha evolucionado, ha enfatizado cada vez más la topografía de la intimidad y las revelaciones entre el terapeuta (y el cliente). Aunque el crear un repertorio más efectivo en el terapeuta para una revelación genuina de su respuesta emocional ante el cliente, pueda ser una meta para el terapeuta IBT, se mantiene la necesidad de determinar cómo es que ese repertorio afecta a un cliente dado. En lugar de considerar que el terapeuta debe ser más genuino, abierto o presente ante el cliente, la meta es lograr que el terapeuta aprenda a discriminar su impacto sobre los clientes y que trate diferentes y nuevas estrategias, que puedan ser más efectivas con los clientes. Al adherirse a un marco conductual, es posible especificar y luego supervisar qué conductas necesitará un terapeuta IBT para ser efectivo. Esto puede hacerse de la misma manera como especificamos las conductas interpersonales que los clientes emiten para volverse más efectivos en sus relaciones. La especificación tanto de las conductas del cliente como de las del terapeuta se hace con el espíritu de analizar funcionalmente esos comportamientos, en un esfuerzo por crear una comprensión que permita trabajar los problemas del cliente, como objetivos de mejoramiento. Un sistema de supervisión que intente identificar y especificar las habilidades necesarias de los terapeutas IBT y FAP puede encontrarse en el artículo titulado *Functional Assessment of Interpersonal Skills for Therapists* (FASIT; Callaghan, 2006a).

El Papel de la Supervisión Funcional y el Análisis Funcional en la IBT

Un análisis guiado por principios conductuales de los mecanismos del problema y de los mecanismos del cambio, resulta esencial en la raíz de todas las terapias clínicas conductuales y analíticas. Este análisis conductual toma la forma de una supervisión conductual de la conducta meta y lleva a la conceptualización de los problemas del cliente. La supervisión funcional busca especificar la conducta de interés y las contingencias que hicieron surgir y mantienen esa conducta, para generar hipótesis sobre esas relaciones. Una forma de efectuar la supervisión funcional es hablar con el cliente y preguntarle sobre problemas específicos, aclarando cuándo la conducta es más probable que ocurra y determinando las consecuencias observadas de ese comportamiento.

Además, la supervisión funcional puede ocurrir con la observación de eventos clínicos dentro de la sesión. Consistente con algunas de las cinco reglas originales de la FAP (Kohlenberg & Tsai, 1991), la IBT se mantiene enfocada sobre aquellas conductas que ocurren en el contexto de la relación terapéutica y requiere que el terapeuta observe instancias tanto de problemas como de mejorías, así como que activamente provoque estos

comportamientos en el cliente. Esto requiere que el terapeuta note el impacto que el cliente le produce y qué funciones tiene ese impacto para el cliente. La meta en este proceso está en especificar las situaciones sociales complejas (así como la experiencia intrapersonal del cliente) que hace surgir que el cliente se involucre en repertorios específicos y las consecuencias de hacer esto. Esta precisión conductual posibilita al terapeuta documentar los objetivos específicos del cambio conductual, presentárselos al cliente y rastrear su cambio en el tiempo. En otras palabras, la supervisión funcional ofrece un mapa teórico detallado y consistente, tanto para el cliente como para el terapeuta, para seguirlo conforme se trabaja en cambiar repertorios complejos.

Por ejemplo, el terapeuta puede determinar que el cliente tiene un repertorio de desinterés social que ha sido negativamente reforzado, debido en parte a una hipersensibilidad ante la retroalimentación social. En este ejemplo, el terapeuta puede haber aprendido sobre estas dificultades del cliente con otros, de diversas maneras. El cliente pudo haberle dicho al terapeuta de su tendencia a retirarse cuando siente que otros le son críticos o malvados, aún cuando el cliente reconozca que los otros no están haciendo comentarios especialmente negativos. El terapeuta también puede observar momentos dentro de la sesión cuando el cliente se queda quieto, retraído o de otra manera desligado del terapeuta, cuando el cliente experimenta los comentarios de este como punitivos o desagradables. En esta supervisión, el terapeuta necesita determinar la habilidad del cliente para discriminar con precisión cuando otros (incluyendo al terapeuta) están siendo punitivos con él, en oposición a cuando responden de manera neutral o incluso positiva. Esto no es hacer a un lado la experiencia del cliente de sentirse herido. En lugar de ello, el terapeuta nota la oportunidad para responder empáticamente. La supervisión funcional puede posibilitar al terapeuta para reconocer que el cliente tiene una historia donde cualquier tipo de retroalimentación se experimenta aversivamente, promoviendo una respuesta de escape que toma la forma de desconectarse de otros, retraerse o quedarse quieto. El rasgo esencial de reconocer que el cliente puede no ser capaz de discriminar o que es hipersensible a la retroalimentación, sugiere diferentes oportunidades para ayudarlo a desarrollar un repertorio conductual mejorado, en este contexto. El cliente puede necesitar aprender cómo discernir con mayor precisión, de quién y qué tipo de retroalimentación es crítica, cómo vincularse con otros cuando ocurre la retroalimentación e incluso, cómo experimentar y expresar más efectivamente las emociones que ocurren cuando el cliente siente malestar.

Además de los datos de auto-reporte y de las observaciones dentro de la sesión, la supervisión funcional puede incluir un análisis funcional, la evaluación directa de las relaciones hipotetizadas entre variables que han sido especificadas en la conceptualización (Hayes & O'Brien, 1990). El análisis funcional puede ayudar a determinar si las variables objetivo han sido correctamente identificadas y si el cambio ocurre cuando el terapeuta intenta alterar las contingencias que hacen surgir o que refuerzan ese comportamiento.

Conducir un análisis funcional requiere demostrar la relación entre las contingencias hipotetizadas de la conducta, desarrolladas en la supervisión funcional, proporcionando evidencia de la habilidad para cambiar esa conducta. Esta es, ciertamente, la meta de la IBT, pero la realidad del trabajo clínico frecuentemente requiere que el terapeuta conduzca una supervisión funcional, conforme trabaja hacia la implementación de un proceso de cambio, intentando finalmente demostrar esa relación funcional. Una de las principales ventajas de especificar un análisis funcional es que este puede ayudar a documentar ideográficamente el proceso de cambio clínico y volverse una parte central de los datos sobre el tratamiento clínico para establecer prácticas basadas en la evidencia.

La conducción del análisis funcional inicialmente fue central para la FAP y constituye dos tercios del acrónimo FAP (psicoterapia *funcional analítica*). Sin embargo, como se discutió brevemente, la evolución de la FAP hacia los constructos definidos ideográficamente de vigilancia, coraje y amor parte del requerimiento para conducir un análisis funcional o incluso, una supervisión funcional. Además de las ventajas para una amplia diseminación para aquellos carentes de entrenamiento conductual, los costos de que la FAP se enfoque en constructos pobremente definidos más que en comportamientos específicos, sobrepasa cualquier ganancia, cuando la meta que uno persigue es la de comprender los mecanismos del cambio. En particular, sin una supervisión funcional, el terapeuta conductual no puede saber con precisión qué repertorio es el foco para el tratamiento, el cliente probablemente no entienda las metas de la terapia y no habrá una clara especificación de los mecanismos del cambio que puedan ser rastreados en el tiempo para demostrar la eficacia de esa intervención.

Por lo demás, este alejamiento de la supervisión funcional o del análisis, no posibilita el amplio desarrollo de un programa de verificación científica de la eficacia de una terapia interpersonal basada en principios conductuales. Al mantener la precisión conductual, la función identificada del problema, guiada por principios y los mecanismos del cambio, el terapeuta puede mantenerse enfocado en los repertorios objetivo específicos. El terapeuta puede explicar esto claramente a los clientes, rastrear cambios en esos comportamientos en el tiempo y proporcionar evidencia y cuentas del tratamiento. Esta especificidad permite que emerja un programa científico para identificar y estudiar procesos específicos hipotetizados por la IBT para producir el cambio clínico. Ese cuerpo de investigación puede proporcionar evidencia del éxito de aquellos procesos IBT que alivian el sufrimiento humano mediado por relaciones interpersonales.

La identificación idiosincrática de los problemas individuales de cada cliente puede alcanzar una correspondiente descripción única de los miles de dificultades interpersonales que exhiben las personas. Para ese fin, la Functional Idiographic Assessment Template (FIAT; Callaghan, 2006b) proporciona una estructura para supervisar los problemas del cliente y una terminología descriptiva enraizada en principios conductuales. Este recurso FIAT enlista

cinco dominios de repertorios conductuales comúnmente observados en la IBT e indica cómo supervisar su presencia. La supervisión se enfoca sobre las señales contextuales y los estímulos discriminativos que dan origen a repertorios interpersonales problemáticos, así como a las diferentes formas que el repertorio puede tomar. El sistema FIAT incluye preguntas que puede hacer dentro de la sesión, sugerencias para la observación conductual y cuestionarios psicométricamente probados para ayudar a determinar qué problemas puede tener un cliente (Darrow, Callaghan, Bonow & Follette, 2014).

Actualmente se hacen esfuerzos para revisar y expandir el sistema FIAT con el fin de aclarar algunas de las categorías de problemas clínicos, para describir explícitamente comportamientos prosociales como objetivos del tratamiento e incluye una supervisión formal de la comunidad verbal y social. Este elemento final, ausente en el sistema FIAT original, está siendo desarrollado con colegas internacionales en Brasil y ofrece un elemento central para la supervisión funcional de los problemas de los clientes. Esta supervisión de la comunidad social ayuda a determinar con quién, cuándo, dónde y aun posiblemente qué conductas problema son mantenidas. También ayuda a especificar situaciones en las que, el cliente puede, con seguridad, practicar sus repertorios interpersonales efectivos emergentes que probablemente sean reforzados y mantenidos fuera de la terapia. La meta del sistema FIAT es proporcionar una estructura y un lenguaje común para la conceptualización conductual de los casos en clientes tratados con IBT.

Una Visión Extensa del Análisis Conductual Clínico y las Terapias Conductuales de la Tercera Ola

Es importante notar que la supervisión funcional de los problemas del cliente en la IBT presupone que el cliente tiene problemas que son principalmente interpersonales. Imaginamos que muchos terapeutas estarán de acuerdo en que algunos clientes de hecho tienen problemas que se centran en repertorios intrapersonales, pero la frase clave aquí es “*algunos* clientes”. Queremos dejar claro que el papel que juegan las dificultades del repertorio interpersonal con los clientes, está enteramente determinado por la supervisión funcional. La conceptualización del caso correspondiente, incluye objetivos interpersonales (de ser necesario). No *todos* los clientes tienen dificultades interpersonales o necesitan IBT. En la terapia conductual, nuestra meta está en ajustar el tratamiento en un diseño a la medida del cliente, no al revés. Empezamos con los problemas del cliente y recurrimos a nuestras estrategias para enfrentarlos. No empezamos con el tratamiento y hacemos que el cliente se ajuste al modelo de terapia.

ACT, FAP, DBT e IBT pueden coexistir como enfoques para enfrentar tipos específicos de problemas en los clientes, pero los terapeutas deben mantenerse explícitos acerca de cómo entienden esos objetivos conductuales y cuáles serán los mecanismos del cambio para aliviar el sufrimiento especificado.