

## UNA APLICACIÓN DE LA PSICOTERAPIA ANALÍTICA FUNCIONAL EN UN TRASTORNO DE ANGUSTIA SIN AGORAFOBIA

Miguel Angel López Bermúdez (\*)

Rafael Ferro García(\*\*)

Manuel Calvillo(\*)

(\*) Centro de Psicología y Logopedia. Bailén. Jaén

(\*\*) Centro de Psicología C.E.D.I. Granada.

### RESUMEN

*Los sistemas de diagnóstico tradicional ofrecen escasa utilidad terapéutica al considerar exclusivamente aspectos topográficos de la conducta como criterio distintivo. En contraste con esto, distintos autores han planteado los Trastornos de Evitación Experiencial como una alternativa que atiende a criterios funcionales. El presente trabajo muestra un análisis e intervención de un trastorno de angustia siguiendo la formulación de la Psicoterapia Analítica Funcional. Esta psicoterapia se estructura a partir de una relación terapéutica que cuida especialmente el reforzamiento natural y*

---

Agradecimientos: Quisiera agradecer a Lina Barrios sus sugerencias, que contribuyeron a mejorar sensiblemente la redacción de este artículo y a Philip Townsend la traducción del resumen.

Correspondencia: Miguel Angel López Bermúdez. Centro de Psicología y Logopedia. C/ Isabel La Católica 33, 1º D. Bailén. 23710-Jaén. e-mail: miquelop@correo.cop.es.

*enfatisa las contingencias que ocurren en el contexto clínico relacionándolas con el contexto natural, el moldeamiento y la equivalencia funcional. Se describen las distintas fases de intervención, detallando ejemplos de la relación terapéutica y el mantenimiento de los resultados por un periodo de un año y seis meses.*

**Palabras clave:** PSICOTERAPIA ANALITICA FUNCIONAL, ANALISIS FUNCIONAL, RELACIONES TERAPEUTICAS

## SUMMARY

*Traditional methods of diagnosis are of little therapeutic use when we consider topographic aspects of behaviour exclusively as distinct criteria. In contrast to this, several authors have put forward Experience Avoidance Disorders as an alternative which takes functional criteria into account. This work shows us the analysis and treatment of an anxiety disorder following the formulation of Functional Analytic Psychotherapy. This psychotherapy is based on a therapeutic relationship which puts particular emphasis on a natural reinforcement and eventualities which occur in a clinical context, relating them to a natural context, shaping and a functional equivalence. The different stages of the treatment are described and details are given of the therapeutic relationship and the follow up monitoring of the results over a period of eighteen months.*

**Key words:** FUNCTIONAL ANALYTIC PSYCHOTHERAPY; FUNCTIONAL ANALYSIS, THERAPEUTIC RELATIONSHIP.

Según el DSM-IV (APA, 1994), los trastornos que cursan con tensión emocional y una elevada activación simpática se enmarcan dentro de los trastornos de ansiedad. Este sistema, atendiendo a aspectos formales como criterio de distinción, clasifica hasta 12 categorías distintas dentro de dicho epígrafe. A pesar de esta labor "clarificadora" esta taxonomía aporta escasas pistas a la hora de la selección, desarrollo e implantación de programas de tratamiento.

Para el tratamiento de este tipo de trastornos existe un auténtico arsenal de técnicas provenientes de diferentes cuerpos teóricos (reestructuración cognitiva, entrenamiento en respiración, exposición interoceptiva, distintas formas de relajación, hipnosis,...). La elección de una técnica o la combinación de varias de ellas, se realiza en muchas ocasiones sin tener en cuenta los factores etiológicos y de mantenimiento del trastorno en cuestión.

Este tipo de hechos ponen de relieve el eclecticismo y la debilidad conceptual de sistemas diagnósticos como el DSM y la falta de conexión entre las categorías clínicas de él derivadas, sus posibles etiologías, las variables que mantienen dicha alteración y su tratamiento.

Como apuntan diferentes autores (Bisset y Hayes, 1999; Ferro, 2001; Hayes, Wilson, Gifford, Follette y Strosahl, 1996) estos problemas que presentan los sistemas de clasificación tradicionales se deben a que se fundamentan en modelos estructurales de evaluación en los que el diagnóstico estaría basado en la forma o topografía de la conducta. En contraste con esta aproximación, se viene planteando desde una perspectiva funcional una forma de diagnóstico con una mayor utilidad potencial, especialmente si uno de los objetivos de la evaluación es el diseño de programas de tratamiento efectivos (Hayes y Follette, 1992). Desde esta perspectiva, un mismo comportamiento puede tener diferentes funciones, y al contrario, una misma función puede estar controlando diferentes conductas (comportamientos topográficamente distintos y funcionalmente equivalentes y viceversa).

En esta dirección, Hayes y Follette (1992) describen una clase de conducta mantenida por escape/evitación de experiencias emocionalmente negativas. A este fenómeno se le ha denominado como *Evitación Experiencial*, y con él se hace referencia a aquellos casos en los que una persona evita ponerse en contacto con una serie de experiencias privadas y busca escapar, evitar o modificar la aparición de dichas experiencias y de aquellos contextos que pudieran ocasionarlas (Ferro, 2000; Friman, Hayes y Wilson, 1998; Hayes, Wilson, et al, 1996; Hayes, Strosahl y Wilson, 1999; Luciano y Hayes, 2001). Plantean los *Desórdenes de Evitación Experiencial* como una alternativa a los criterios de diagnóstico tradicional basa-

dos en características topográficas o estructurales del comportamiento.

De forma coherente con una evaluación que atiende a criterios funcionales, el tratamiento aplicado también debería nutrirse de los mismos principios. Así, desde esta perspectiva, se plantearía un tratamiento en el que los esfuerzos irían dirigidos a cambiar la función de las experiencias privadas que pretenden evitarse, más que cambiar la forma o el contenido de las mismas. Para esto se propone el cambio del contexto social/verbal en el que ocurren dichas experiencias. Atendiendo a estos principios, acordes con una perspectiva contextual y basados en los avances recientes sobre el comportamiento verbal (bidireccionalidad, literalidad del lenguaje, relaciones de equivalencia, generalización funcional, conducta gobernada por reglas...), surge la *Psicoterapia Analítica Funcional* (Kohlenberg y Tsai, 1991).

Esta terapia se estructura a partir de una relación cliente-terapeuta especialmente cuidada. La sesión terapéutica sería un contexto donde los problemas del cliente deben aparecer. Así pues, el terapeuta debería evocar y discriminar las conductas problemáticas del cliente, denominadas aquí *conductas clínicamente relevantes tipo 1*. Estas aparecen muy frecuentemente en terapia, sobre todo al principio. Normalmente están bajo control aversivo y se mantienen por reforzamiento negativo. Sería necesario debilitar su frecuencia y/o modificar su función. También debería evocar, discriminar y reforzar las mejorías del cliente, llamadas aquí *conductas clínicamente relevantes tipo 2*. Son poco frecuentes al principio de la terapia y sería necesario incrementarlas. Las causas o razones que el cliente da acerca de su comportamiento es otra de las clases de conducta señaladas, entendiéndose como *conductas clínicamente relevantes tipo 3*. El terapeuta debería señalarlas y evocarlas, y ayudar a establecer en el cliente un repertorio de describir correctamente relaciones funcionales entre la conducta y las variables que la controlan (Kohlenberg y Tsai, 1991; 1994; 1995; 1998; Kohlenberg, Tsai y Kohlenberg, 1996).

Esta terapia insiste en que se adopten criterios que favorezcan la consideración de la sesión clínica como contexto natural donde surjan los problemas y se produzca el cambio psicológico. En este

sentido, "se formulan a modo de *reglas* que gobiernen la conducta del terapeuta" (Perez Alvarez, 1996a), los siguientes criterios de actuación que enmarcarían este proceder terapéutico. La *Regla nº 1* que consiste en observar las conductas clínicamente relevantes. La *Regla nº 2*, propone construir un ambiente terapéutico que evoque estas conductas. La *Regla nº 3*, reforzar la ocurrencia de las conductas clínicamente relevantes tipo 2. La *Regla nº 4*, observar el potencial reforzante del terapeuta para con la conducta del cliente. Y la *Regla nº 5*, describir las relaciones explicativas entre la conducta y sus fuentes de control (Kohlenberg y Tsai, 1991; 1994; 1995; 1998; Kohlenberg, Tsai y Kohlenberg, 1996).

En definitiva, esta psicoterapia resalta la importancia de la relación terapéutica, poniendo énfasis en las contingencias que ocurren dentro de la sesión clínica, en el reforzamiento natural, en la equivalencia funcional entre lo que ocurre dentro y fuera de la terapia, en el análisis funcional y en el moldeamiento de la conducta verbal. Para una información más precisa, se remite al lector a Ferro y Valero (1998) o a los textos ya clásicos de Pérez Álvarez (1996a y 1996b).

A continuación se describe un Trastorno de Angustia sin Agorafobia que se abordó siguiendo la formulación de esta psicoterapia.

## MÉTODO

### Sujeto

Julia es una mujer de 35 años, casada, con una hija de 8 años y ama de casa. Acudió a consulta porque se encontraba muy nerviosa, en unos meses había perdido 11 kg. de peso y vomitaba frecuentemente lo que comía. Decía sentirse muy culpable y lloraba con frecuencia. Lo que esperaba de la terapia era que: *"me quite los nervios que siento a todas horas y las obsesiones, porque la tristeza me importa menos"*. En las primeras consultas aparecieron comentarios de este tipo: *"estoy muy nerviosa"*, *"no sé que hacer para que se me quiten los nervios"*, *"no sé lo que me pasa"*, *"me siento culpable por no hacer lo que debo"*, *"desde que tuve la depresión tengo los nervios dañados"*, *"esto no se me va a quitar nunca"*, *"¿por*

*qué me pasa a mi esto?", "esto no le pasará a nadie nada más que a mí", "vd., a lo mejor no me entiende porque esto no se estudia en los libros".*

Hacia cuatro años Julia, se había quedado embarazada. El embarazo lo describió como *"horrible"*, con vómitos frecuentes y un constante malestar, comentando: *"yo sabía que algo iba mal"*. Al quinto mes, tres días después de quedarse encerrada en el ascensor de su casa junto a su hija y experimentar una crisis de ansiedad sufrió un aborto. La cliente expresó la convicción de que ambos hechos estaban relacionados. También aludió a un accidente de tráfico de un autobús en el que fallecieron un familiar y varios conocidos. Entonces, según dijo, *"me vine abajo"*; comentando que se marchó a casa de sus padres, según ella misma refirió: *"con una depresión muy fuerte"*, pasaba la mayor parte del tiempo en la cama, tomaba bastante medicación doblando en ocasiones la prescrita por su psiquiatra, apenas realizaba tareas cotidianas y según sus palabras *"vivir era un suplicio"*. En esa época, había períodos en los que iba al servicio de urgencias hasta dos veces por semana, allí le prescribían ansiolíticos y a veces algún neuroléptico. Había sido ingresada en un hospital en dos ocasiones, practicándole varias pruebas sin resultados. Recibió el diagnóstico de *Crisis de ansiedad*. Ella no lo aceptó y continuó buscando respuestas y realizándose más pruebas, alguna incluso bastante sofisticada en el servicio de neumología de un hospital privado suponiéndole un coste económico importante.

Después de cierta mejoría se negó a volver al domicilio familiar, un cuarto piso, según dijo: *"porque el piso tiene algo malo"*. Ante su insistencia, adquirieron una casa de planta baja mudándose a ésta según ella por la comodidad. Esto había ocurrido tres años antes de acudir a consulta. Durante este período y hasta la actualidad, Julia según ella misma refirió: *"sin ser la que era"*, había sido capaz de llevar una vida casi normal, con algunas crisis de ansiedad relativamente infrecuentes. Sin embargo, su estado comenzó a agravarse unos dos meses antes de la primera consulta, con crisis de ansiedad más intensas y más frecuentes, y afirmó que ya no podía más. También hizo comentarios como estos: *"siento mucho miedo a volver a caer y esta vez más hondo"* y refirió estar muy preocupada por su marido y por su hija.

## Procedimiento

La formulación del caso va a seguir el planteamiento de Ferro, Valero y Vives (2000), describiendo el análisis funcional de los problemas de la cliente, la selección de conductas problema y, finalmente, las tres fases de la intervención.

El tratamiento duró cinco meses con un total de 14 sesiones de aproximadamente hora y media de duración. Además, hubo un seguimiento telefónico a los seis meses y al año y medio de haber concluido. Las 4 primeras sesiones se dedicaron a realizar el análisis funcional y la selección de las conducta clínicamente relevantes. Las siguientes fueron de intervención hasta un total de 10.

La redacción de este artículo está basada en las notas que tomó el terapeuta y en el resumen y transcripción de algunos diálogos realizados después de cada sesión.

Julia cumplía los criterios propuestos por el DSM-IV para el diagnóstico de un Trastorno de angustia sin agorafobia, es decir, sufría crisis de angustia inesperadas o recidivantes con inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis y con preocupación por las implicaciones o consecuencias que de ellas pudieran derivarse. Estas crisis no se explicaban por la presencia de otros trastornos mentales.

Por otra parte, la cliente ya tenía experiencia en la práctica de distintas técnicas de relajación. El Entrenamiento en estimulación interoceptiva, en relajación progresiva muscular y en respiración diafragmática eran herramientas ya conocidas por ella sin que le hubieran resultado funcionales. Según ella misma decía, cuando las aplicaba no le servían y comentó: "*hacía que me pusiera aún más nerviosa y deprimida al ver que no lo conseguía*".

Por estas y otras razones que se escapan al propósito de este trabajo, se decidió abordar el caso como un *Trastorno de Evitación Experiencial* y se estableció como objetivo terapéutico final que la paciente se expusiera a las contingencias que evitaba.

## Análisis Funcional

La cliente presentaba una *tasa muy baja de relaciones sociales*, ya que las evitaba pasando la mayor parte del tiempo en la casa.

Por lo tanto, recibía pocas consecuencias sociales positivas. Además, algunos familiares que la visitaban le ayudaban a sus tareas cotidianas, reforzando y manteniendo estas conductas disfóricas. Es decir, la familia le *reforzaba las conductas disfóricas* que presentaba, como quejas, etc.

También, *evitaba las relaciones sexuales* fuera de un intervalo de cuatro días anteriores y posteriores al periodo menstrual. Nunca tomaba la iniciativa ni las tenía fuera de ese intervalo. Antes de que su marido le propusiera tener relaciones sexuales, la paciente aludía a mareos, dolores de cabeza y en ocasiones vomitaba. Con estos *Mandos Disfrazados* (Kohleberg y Tsai, 1991) o *Tactos Impuros* con función de mandos (Skinner, 1957), la cliente evitaba que el marido le propusiera tener relaciones y sus posteriores reacciones emocionales y pensamientos acerca de un posible embarazo, una contingencia que era muy aversiva para ella.

*Evitaba la posible reacción airada del marido y que éste la culpara de sus miedos irracionales.* No le hablaba abiertamente de que tenía mucho miedo a quedarse embarazada, como tampoco le dijo que no quería seguir viviendo en su domicilio, un cuarto piso, en el que estaban a gusto y mantenían una relación estrecha con algunos vecinos.

*Evitaba los viajes en autobús,* Julia no disponía de permiso de conducir y frecuentemente se veía obligada a viajar a una población cercana donde está situado el hospital de la zona y los servicios médicos de especialidades, sólo lo hacía si el día era soleado y si era estrictamente necesario. Aún así, en algunas ocasiones no acudía a alguna cita médica o se entretenía y decía que había perdido el autobús, etc.

*Evitaba los lugares cerrados,* no había vuelto a subir a un ascensor desde que se quedó atrapada y cuando se veía obligada a acudir a algún lugar donde fuera a estar unas horas solía cerciorarse con anterioridad del tamaño de los aseos.

En cuanto a sus *explicaciones*, también eran incorrectas. Ocultaba las razones reales de su comportamiento y otras veces evitaba explicar porqué. Así, por ejemplo, daba razones inexactas para cambiar de domicilio, al comprar objetos pesados para que la acompañaran en coche, etc.

Por estas razones, los contextos físicos en los que aparecía la angustia se fueron ampliando o diversificando y las conductas de evitación se diversificaron a la par. Es decir, las *condiciones discriminativas* (incluyendo las variables contextuales, las interoceptivas y las verbales) de la angustia, se hicieron progresivamente más variadas y se generalizaron a más situaciones. Estas respuestas con función de evitación incrementaban su frecuencia por reforzamiento negativo. El resultado fue el desarrollo de un amplio repertorio de conductas de evitación.

Después del Análisis Funcional realizado se seleccionaron las Conductas Clínicamente Relevantes del caso en cuestión.

### **Conductas Clínicamente Relevantes tipo 1**

- *No aceptar su vida y su pasado.* En consulta se quejaba con frecuencia de lo que le había ocurrido y por qué le había ocurrido. También se quejaba de lo que le ocurría en aquel momento.

- Su forma de hacer *peticiones* era desadaptativa. Solía mostrarse hostil con los demás. A través de su situación personal conseguía recibir ayuda de los demás y evitaba enfrentarse a algunas de sus responsabilidades.

- Sus *negativas* a las propuestas que le ofrecían o las preguntas que se le hacían para que diera explicaciones. Habitualmente contestaba con: “*no puedo*”, “*no sé*” o “*no me entiendes*” a las preguntas del terapeuta encaminadas a comprender por qué no salía más a la calle, por qué no acudía casi nunca a reuniones o celebraciones familiares, por qué dejaba de hacer tareas cotidianas, por qué se acostaba durante el día, etc.

- Las *conductas de evitación* que presentaba. No relacionarse socialmente. No hablar de lo que realmente le pasaba. No tener relaciones sexuales. No subir en ascensor ni en autobús, etc.

- La *explicaciones* acerca de lo que le ocurría *eran inexactas e incorrectas*. Daba muchos rodeos y aludía con frecuencia a sus problemas. Tanto para evitar situaciones que le resultaban aversivas (reuniones familiares, visitas, viajes, actividades sociales, etc.) como para eludir algunas responsabilidades y recibir ayuda de los demás.

- *Sus creencias sobre lo que le pasaba.* Creía que su estado psicológico no era el adecuado. Afirmaba que los demás no sentían ni pensaban lo que ella, que estaban libres de ciertos pensamientos y no vivenciaban jamás estados emocionales tan horribles como los suyos.

A la vista de lo anterior, se propusieron las siguientes **Conductas Clínicamente Relevantes tipo 2**:

- *Aceptación de su pasado* y de las contingencias aversivas habidas en su vida. No mostrar intensas respuestas emocionales al hablar de su pasado, de su depresión, de su sufrimiento.

- *Aceptación de sus respuestas emocionales de ansiedad y de sus pensamientos* como lo que son. Para la cliente pensar pensamientos "malos" era impropio de buenas personas. Si estos se pensaban mucho, decía que: "entonces pasan de verdad". No intentar controlar las emociones y los pensamientos.

- *Hacerse cargo de sus quehaceres* y aceptar las contingencias más o menos deseables que implican. Asumir sus responsabilidades en tareas domésticas, en viajes y en todo lo que, de acuerdo con sus valores, deba ser hecho.

- *Mantener relaciones sexuales satisfactorias.* Decir no abiertamente sin aludir a malestar físico. Que no se limitaran al intervalo pre y post-menstruación.

- *Mantener relaciones sociales.* No evitar reuniones familiares aludiendo a distintos malestares.

- *Describir correctamente relaciones funcionales entre la conducta y las consecuencias.* Explicar abiertamente lo que le pasa, lo que hace y por qué lo hace sin utilizar excusas o explicaciones incorrectas.

## INTERVENCIÓN

La descripción de esta fase del caso va a seguir el planteamiento de Ferro, Valero y Vives (2000) y la propuesta de Kohlenberg y Tsai (1995) de dividir la intervención en tres fases diferenciadas.

## Fase inicial

Esta primera fase comprendió el primer mes de tratamiento e incluyó las cuatro primeras sesiones durante las cuales se recogió información de los problemas de la cliente, se realizó el análisis funcional y se elaboró una primera aproximación a las conductas clínicamente relevantes que finalmente se propusieron.

En esta fase se procuró establecer con naturalidad un clima de confianza e interés genuino en la relación con Julia (como es propuesto por Kohlenberg y Tsai, 1991). La observación e identificación de las conductas clínicamente relevantes constituyó una parte esencial de esta fase, en la que se moldeó que la cliente describiera lo que le ocurría, por qué creía ella que le ocurría y cómo creía ella que influía su pasado en sus problemas actuales. Se identificó lo que había intentado con anterioridad para resolver sus problemas, lo que había funcionado y lo que no, cómo creía ella que podría mejorar y qué era lo que esperaba del terapeuta y de la terapia.

Los clientes pueden venir a consulta por varias razones. Según Kohlenberg, Tsai y Kohlenberg (1996), la función de pedir o buscar ayuda puede ser de varios tipos. Hay pacientes que tienen una historia personal de buscar ayuda cuando tienen problemas, así se enfrentan al problema para resolverlo. Otra función sería que tener problemas y pedir ayuda han sido reforzados en el pasado con evitar enfrentarse al problema real generando otro. Y finalmente, se pide ayuda para obtener los cuidados y atención del terapeuta, ya que en su historia pasada se les reforzó esta forma de mantener relaciones sociales, generando así personalidades dependientes. Estaríamos ante un caso en el que buscar ayuda tendría la segunda función de las descritas. La cliente había buscado con anterioridad ayuda profesional, psicológica y psiquiátrica, pedía ayuda por su ansiedad y su depresión pero no habló nunca de sus miedos reales.

En estas primeras sesiones sus quejas eran muy frecuentes. Abarcaban su salud (vómitos, mareos, y según decía: *"como si fuera a perder el equilibrio"*, rigidez muscular, taquicardias, ahogos, escalofríos, etc.). También el comportamiento de los demás, con frases como: *"no me entienden"*, *"me tienen rabia"*, *"se meten conmigo"* y lo que le ocurría y por qué, diciendo: *"los médicos no dan con*

lo que tengo”, “¿por qué no se me quita esto?”, “yo lo que quisiera es acostarme y levantarme nueva”. También se quejaba de sí misma y de su capacidad para hacer las cosas con expresiones como: “no tengo fuerza”, “no sé hacer eso”, “no puedo”, “...y si me da por la calle, ¿qué hago?”.

Preguntaba con insistencia sobre lo que debía hacer, sobre cómo se le quitaría lo que tenía, diciendo: “*qué me pasa, dígame por qué me pasa y haga Vd. algo para que no me pase*”. Todos estos ejemplos, amén de otras consideraciones, darían consistencia al planteamiento de tener problemas y pedir ayuda como una conducta clínicamente relevante tipo 1.

La postura terapéutica en ese momento era, fundamentalmente, ser para ella una audiencia no punitiva (como propuso Skinner, 1953), una constante en todo el proceso, escuchar con genuino interés sus preocupaciones y no generar la más mínima duda en Julia sobre la credibilidad que ofrecían sus afirmaciones.

En esta fase inicial abundaron las preguntas encaminadas a conocer el contexto social-verbal en el que ocurrían los problemas. Tales como: “¿por qué no sales?”, “¿por qué no fuiste a comer con tu familia?”, “¿por qué te asusta tanto estar nerviosa?”, “¿qué crees que podrías hacer para no estarlo?”, etc. Una pregunta que se consideró importante, por emblemática, en ese momento fue: “¿si tú no sintieras esa ansiedad harías cosas muy distintas a las que haces ahora?”, “¿crees que podrías hacerlas aunque la sintieras?”. La propuesta era centrarse en qué es lo que se puede hacer con lo que se siente, en lugar de centrarse en lo que se siente e intentar quitarlo o eliminarlo.

En ese momento se ofreció a la cliente una explicación de su ansiedad, de cómo se adquiere y cómo se mantiene. Se le hizo ver que era una emoción común en todas las personas, incluidas las “sanas”, se le dijo que probablemente a cualquier persona con antecedentes similares a los suyos le ocurriría algo parecido y se le preguntó de diversas formas que por qué le asustaban tanto esas emociones.

Del análisis de la conducta verbal de Julia, aspecto fundamental en esta perspectiva, se observó una tasa muy alta de *Mandos Disfrazados* (Kohlenberg y Tsai, 1991). Estas relaciones funcionales

aparecieron en forma de quejas, manifestaciones autoinvalidantes, alusiones a malestar físico, etc. Son llamadas por Biglan (1991), *distressed behavior* y tienen una función de hacer menos probable la ocurrencia de contingencias aversivas. Baste como ejemplo que la tasa de quejas o de alusiones a problemas físicos como dolores, náuseas, mareos, etc., se hacía significativamente mayor en situaciones en las que Julia discriminaba la posibilidad de que su marido le propusiera tener relaciones sexuales. También incrementaban su frecuencia si se aproximaba una reunión o una celebración familiar, si se hacía necesario viajar, etc.

En consulta también aparecían. Mostraba preocupación y adoptaba posturas corporales relacionadas con el sufrimiento y dijo: *“la semana que viene es la comunión de mi sobrino”*. El terapeuta hizo entender a la cliente que daba por hecho que iría a esa reunión familiar afirmando: *“seguro que tu hija lo pasará bien con sus primos”*. Con este comentario el terapeuta creía que Julia se sentiría más nerviosa. Por una parte se le hacía ver que ir a la comunión parecía imponerse como lo más adecuado y por otra se moldeó para que entrara en contacto con los estímulos que temía. La cliente se puso más nerviosa (Regla nº 2). De esta fase inicial y referido a este aspecto se destacaría el siguiente diálogo:

Cliente (C): *“Es que no sé si voy a ir”*.

Terapeuta (T): *“¿Por qué no habrías de ir?”*.

C: *“Si estoy como ahora, desde luego que no”*. (Mando disfrazado).

Esto ilustra la función que en este caso tenía para la cliente “estar mala”, es decir, con ello evitaba exponerse a las contingencias que temía.

T: *“Tienes razón Julia, con lo mal que estás tendrías un gran mérito que fueras.....”*

El terapeuta, con este comentario dejó a un lado la queja y pretendió hacer mas probable, por su inminencia, que fuera a la comunión y tuviera más contactos sociales (Regla nº 3).

En la *tercera cita*, apareció de manera incipiente alguna conducta clínicamente relevante tipo 2. Informó de que fue a la comunión, confirmándose así que el moldeamiento había sido efectivo (Regla nº 4). El terapeuta dio muestras de sorpresa y alegría y comentó: *“¡No me digas que con lo mal que estabas fuiste a la comunión, sólo tú sabrás lo que has sufrido y el esfuerzo que has hecho para ir”*

¡" (Regla nº 3). La cliente mantuvo que no lo había pasado tan mal como creía, momento que aprovechó el terapeuta para poner varios ejemplos de ocasiones en los que se sufre con los pensamientos y lo diferentes que pueden llegar a ser los hechos (Regla nº 5).

Las conductas más frecuentes, no obstante, seguían siendo las tipo 1 y más concretamente, las quejas. La postura terapéutica que se mantuvo ante esta clase funcional de respuestas podría ilustrarse mediante este diálogo:

T: "¿Qué quieres decir con eso?"

C: "Pues no sé..."

T: "¿Podrías explicar más claramente lo que quieres decir?"

C: Llantos y postura de sufriente. "Nadie me entiende, yo creía que tú me entendías pero veo que no es así" (otro ejemplo de Mando disfrazado)

C: "¿No vas a decir nada?"

T: (Después de un silencio). "¿Suele ser ésta tu reacción cuando crees que tu marido o la gente no te entiende, lloras y lloras y te lamentas ...?".

Que el terapeuta insistiera para que la cliente precisara lo que quería decir era una forma de evocar conductas relevantes, tipo 1 en este caso, como así ocurrió (Regla nº 2). En cuanto a la respuesta del terapeuta ante la conducta tipo 1, se diría que resultó de gran utilidad relacionar las conductas que ocurren en consulta con las que ocurren fuera de ella. De este modo como mantienen Kohlenberg y Tsai (1991), se pueden evocar conductas clínicamente relevantes y se fomenta el establecimiento de equivalencias funcionales entre la situación terapéutica y la vida cotidiana.

El terapeuta preguntó después sobre qué opinaba de la gente que se quejaba mucho, sobre cómo le gustaba a ella que los demás le pidieran las cosas, sobre cómo las pedía ella normalmente. Julia reconoció que la mayoría de las ocasiones se pasaba y que no sabía por qué le ocurría, que no se daba cuenta pero que después se sentía muy mal y bastante culpable, que suponía que era por estar tan nerviosa (conductas relevantes tipo 1 y 3). También comentó que sus dos únicas amigas le decían a menudo que se quejaba demasiado, "que soy una quejica". En ese momento la cliente estaba relacionando lo que ocurre en terapia con lo que ocurre fuera de ella. (Reglas 4 y 5, ya que es un ejemplo en el que el moldeamiento del terapeuta está siendo efectivo). Entonces se le preguntó si creía

que se podría estar nerviosa y a la vez no mostrarse hostil, ni culpar a los demás. A largo de la terapia y en diferentes contextos se mostraron, sin intención aparente, ejemplos que destacaron esa relación de “estar nervioso y no ser hostil” (a veces con ella misma, otras con su hija o con el propio terapeuta). Se continuó, planteando a la cliente que quién sería bajo su punto de vista mejor persona si aquella que sufre después de cometer un error o aquella que lo asume si lo comete y que se despreocupa del sufrimiento. Con esta postura se pretendió ir minando la equivalencia de “ser buena persona” con “aquella que sufre”.

En la *cuarta sesión* se le dijo a la cliente que por cuestiones de agenda sería un día y a una hora diferente a la habitual (Regla nº2, pretendiendo evocar conductas relevantes). Julia no dio demasiadas muestras de contrariedad (conducta tipo 2). El terapeuta se lo hizo notar como algo que le alegraba y que le parecía deseable, describiéndolo (Regla nº 3).

En esta primera fase la cliente informaba puntualmente al terapeuta de los momentos de angustia habidos en la semana. En el tiempo transcurrido durante esta fase, había acudido a urgencias en seis ocasiones. La cliente preguntaba con insistencia al terapeuta sobre qué podría hacer para no sentir lo que sentía. Al principio de cada consulta se le preguntaba a la cliente que cómo se sentía en ese preciso instante, ella respondía casi siempre: “*muy nerviosa*” o “*atacada, malísima*”. El terapeuta solía responder: “*¡has debido hacer un gran esfuerzo para venir!*” o “*¡y sin embargo has venido!*”. Del mismo modo, sistemáticamente al final de la consulta y en el momento en que Julia daba más muestras de tranquilidad, se le volvía a hacer una pregunta parecida y se le sugería que comparara cómo se sentía en ese instante y cómo se sentía cuando llegó (una forma de evocar conductas clínicamente relevantes). Solía responder que “*ahora mucho mejor*”. El terapeuta preguntaba entonces: “*¿y qué hemos hecho para que estés mejor, para que te sientas más tranquila?*” (Regla nº5). Este tipo de preguntas desconcertaban a la cliente que respondía: “*pues... que hemos estado hablando, que no habíamos hecho nada especial*”. El terapeuta reforzaba esa respuesta, una función de Tacto (Skinner, 1957), diciendo: “*¡exacto, eso es lo que hemos hecho, nada más que hablar. No hemos intentado*

*hacer nada para que tu estés más tranquila , y sin embargo sientes que estás mucho mejor!*". En este contexto se aprovechaba para moldear que la cliente describiera la relación de estar nerviosa, exponerse, no hacer nada para controlar su ansiedad, y darse cuenta de que está más tranquila. A lo largo de la terapia, se pretendió romper la relación funcional ansiedad-intento de evitarla del repertorio de la cliente a través de moldeamientos similares a este.

### Fase intermedia

Esta fase comprende las sesiones de la quinta a la novena. En ella se añadieron nuevos e importantes elementos al Análisis Funcional que se realizó inicialmente y, aunque surgieron algunas conductas tipo 2, las tipo 1 seguían siendo las más frecuentes. Aparecieron algunas que no habían aparecido hasta entonces y que se podrían haber entendido como tipo 1 por su carácter problemático, no obstante el que aparecieran se entendió como conductas tipo 2. Se hace con esto referencia al miedo al embarazo como conducta tipo 1, y que hable abiertamente de su miedo como conducta tipo 2.

Como se apuntó con anterioridad lo que más preocupaba a la cliente era su ansiedad, dudaba sobre su posible solución. En las primeras sesiones cuando preguntaba acerca de lo que podría hacer ella, el terapeuta respondía que por ahora se podía hacer bien poco (Regla nº 2, a la vez que se moldea que no intente evitarla). Ella decía sentirse desesperada, que nunca se le quitaría. En la *sesión quinta*, dijo: "*Esto no se me va a quitar nunca, jamás me voy a curar*". El terapeuta le recordó que él creía que eso eran pensamientos similares a cuando pensaba que en la comunión lo iba a pasar fatal y una vez allí lo pasó muy bien, o al acudir muy nerviosa a la consulta que a veces pensaba que no podría llegar al edificio, etc. (Regla nº5). También le comentó que los pensamientos no se pueden controlar a voluntad, que no se los puede uno quitar como se quita un zapato que le aprieta y le molesta (Regla nº 5). La cliente dijo entonces que sí, que eso lo iba entendiendo pero que a una conocida suya la había curado en menos tiempo (ejemplo de

Mando en forma de petición manipulativa para presionar al terapeuta, una conducta tipo 1). El terapeuta guardó silencio pretendiendo extinguir el Mando disfrazado. Seguidamente la cliente preguntó qué podría hacer ella para mejorarse y, aprovechando la ocasión que se le brindaba, el terapeuta respondió que cada persona aprende a resolver sus problemas de forma distinta y le describió cómo y por qué se había “curado” la cliente conocida suya a la que se estaba refiriendo: no evitando y exponiéndose a lo que temía. En definitiva, de forma muy natural, se le presentó un modelo de conducta con el que era muy probable que se sintiera identificada y que se había comportado exponiéndose a las contingencias y había obtenido resultados muy satisfactorios resolviendo sus problemas. Conviene aclarar que en este diálogo se procedió con extrema delicadeza procurando no desvelar secreto profesional alguno.

Después se le preguntó que cómo creía ella que había reaccionado en su vida para resolver sus propios conflictos. Respondió llorando: “*no los he resuelto*”. Seguidamente se hizo un repaso a diferentes periodos de su vida y a los problemas habidos en ellos, procurando destacar su forma de afrontarlos. La cliente dijo que ahora se daba cuenta que lo que había estado haciendo era evitarlos y que al igual que el ejemplo que el terapeuta había puesto en algunas ocasiones, cada vez se habían hecho mas grandes. El terapeuta hizo una observación para que relacionara lo que ella solía hacer con el resultado que había obtenido y le recordó que estaba en la consulta de un psicólogo. Comenzó a llorar, a lamentarse y a justificar su comportamiento. El terapeuta se mantuvo en silencio para debilitar la frecuencia de Mandos disfrazados del repertorio de la cliente.

En la *cita sexta*, la cliente llamó dos horas antes al terapeuta y le dijo que no iba a ir a consulta, se le preguntó el motivo y llorando contestó que “*estoy muy mal y veo que no me curo*” (de nuevo, una petición manipulativa, otro Mando disfrazado, una conducta tipo 1). El terapeuta respondió que respetaba su decisión y le deseó una pronta recuperación con amabilidad pero sin extenderse demasiado (pretendiendo extinguir). Poco después volvió a llamar para decir que acudiría a la cita si aún era posible. Se le dijo que sí y se comprobó que la extinción del mando disfrazado había sido efectiva (Regla nº

4). La cliente llegó nerviosa, el terapeuta le comentó que comprendía que la consulta anterior había sido muy difícil para ella y que le alegraba que a pesar de eso hubiera venido, que eso era una excelente disposición para resolver los problemas y que hubiera sido más cómodo para ella quedarse en casa. Se la reforzó por no evitar (Regla nº 3). Ella lo agradeció, no obstante comentó que estaba hecha un lío, lloraba y decía cosas como: *“yo no me merezco esto”, “por qué me tiene que pasar esto a mí”*. Se le preguntó que si había ocurrido algo que ella creyera que el terapeuta debía conocer. Dijo que había pasado la noche en vela y vomitando. Se le volvió a preguntar si sabía el motivo, seguía llorando y dijo que no. Se resistía a hablar con claridad (conducta tipo 1). El silencio del terapeuta (Regla nº 2) contribuyó a que la cliente diera más muestras de ansiedad, lloraba y apenas mantenía contacto ocular. Entonces rompió el silencio y dijo:

C: *“anoche me dio cosa por mi marido,... e hicimos uso del matrimonio.”*

T: *“Lo siento Julia, pero no entiendo muy bien por qué me dices esto”*

C: *“...es que nunca utilizamos anticonceptivos .... y tengo muchísimo miedo a quedarme embarazada,... por eso estoy así.”*

T: *“Ahora sí que te entiendo, solo tu sabrás lo que estas sufriendo.”*

El terapeuta reforzó que expresara sus miedos con claridad (Regla nº 3).

Sus respuestas emocionales ante la posibilidad de quedarse embarazada eran desadaptativas, una conducta relevante tipo 1, pero que las expresara con claridad fue entendido como una conducta tipo 2 y como tal se la reforzó.

Es preciso notar que en otras ocasiones en las que se le dijo a la cliente que no se le comprendía, ésta se quejaba y caía en la victimización, en esta ocasión su respuesta fue expresar su miedo con claridad, describirlo (Regla nº 2). El terapeuta resaltó este hecho con muestras de satisfacción (Regla nº 3), ante lo que Julia respondió que ya no se quejaba, que no servía de nada y que había descubierto que al hacerlo se ponía peor porque cada persona le decía una cosa distinta y eso hacía que se sintiera aún más confusa (conducta tipo 3), el terapeuta asintió y comentó que lo veía de la misma manera que ella. Se reforzó esta conducta tipo 2 y se relacionó esta situación y la respuesta más adaptativa de la cliente con otros contextos fuera de la consulta, así como con otras respuestas

de la cliente que en situaciones similares fueron más problemáticas, es decir, quejarse y no expresarse con claridad. Este hecho contribuiría a fundamentar, como se apuntó con anterioridad, que relacionar lo que ocurre en terapia con situaciones cotidianas que ocurren fuera de la consulta es de gran utilidad terapéutica (Regla nº 5).

Después de que la cliente manifestara por primera vez su miedo a un posible embarazo, conducta tipo 2, en la *séptima consulta* y en posteriores se indagó sobre este asunto. Como mantienen Kohlenberg y Tsai (1991), atender a las respuestas misteriosas es una forma de identificar las conductas que son clínicamente relevantes. Su marido, con el que tenía una buena relación, deseaba tener otro hijo pero ella no se atrevía a decirle que no quería tener más. Evitaba decírselo abiertamente porque suponía que la relación se enturbiaría y decía: *"no quiero darle más disgustos"*. Por otro lado, afirmaba convencida que *"los hijos únicos no son felices"* y que se sentía una mala madre por no darle un hermano a su hija. Además de estas circunstancias, pensar en su edad hacía que se sintiera aún más presionada. En aquel momento se identificó el motivo fundamental de que su situación hubiera empeorado desde hacía unos meses; coincidió con que su marido le insistiera más en tener otro niño y que según decía: *"intentaba buscarlo con frecuencia"*. Ciertamente, la situación era para ella bastante conflictiva.

Sus miedos y sus pensamientos sobre un posible embarazo pasaron a ser el asunto central de esta fase de la terapia, la cliente manifestaba frases relativas a éste como las que siguen: *"si me quedara embarazada no tendría mas remedio que subirme al ascensor en el hospital y entonces si que me da algo"*, *"si la madre está nerviosa durante el embarazo dará a luz un niño nervioso, saldrá con el sistema nervioso dañado o padecerá de los nervios toda su vida"*, *"si me diera la taquicardia y los mareos estando embarazada le podría pasar algo al bebé"*, *"he oído de varios ginecólogos que para quedarse embarazada hay que estar muy tranquila y no obsesionarse"*. Estos breves ejemplos ilustrarían el contexto verbal de la cliente que de algún modo funcionaría como soporte de sus problemas. Mantenía que estaba muy nerviosa pero que por lo menos no se quedaba embarazada, lo que suponía un alivio para ella. Es

decir, por paradójico que pudiera parecer, había ocasiones en las que su angustia suponía para la cliente una condición discriminativa de no quedarse embarazada (recordemos, función aversiva) y por tanto de alivio, es decir una función consecucional de reforzamiento.

Una vez identificada esta relación funcional, el objetivo terapéutico era romperla. Para ello el terapeuta comentó a la cliente al comienzo de la *consulta octava*, que por la mañana había recibido la visita de agradecimiento de una chica que había tratado hacía dos años y que había sido violada, *"imagina lo nerviosa que debió estar cuando ocurrió,... además se quedó embarazada..."*. La cliente dio muestras de nerviosismo. Al preguntarle al respecto respondió que no sabía por qué se había puesto nerviosa, que suponía que era por lo que había oído.

En esta y en sesiones posteriores el terapeuta aprovechaba cualquier circunstancia propicia para hacer comentarios sin intención aparente tales como: *"...disculpa estos minutos que te he hecho esperar pero estaba hablando por teléfono con una conocida de quien todo el que la conoce dice que es la persona más tranquila del mundo. Es una chica joven, mas o menos de tu edad, y llevan buscando un hijo bastante tiempo. El ginecólogo dice que todo está bien.... ella como es tan tranquila que no se agobia por nada..."* El objetivo de estos comentarios y de otros en parecidos términos era romper la relación funcional que se ha descrito con anterioridad y sustituirla por una equivalencia funcional más adaptativa: se puede estar tranquila y no quedarse embarazada y al contrario. El moldeamiento de esta regla en el repertorio de la cliente se entendió como un aspecto clave en la mejoría que vendría a continuación.

El mismo criterio analítico y terapéutico sirvió de marco para explicar otras de las conductas problema que presentaba la cliente. Cuando determinadas condiciones estimulares anticipaban contingencias o contextos con funciones aversivas para ella solía "ponerse mala", lo que incluía mareos, vómitos y dolores de cuello, cabeza y/o estómago. Estas somatizaciones fueron interpretadas como una función de Mandos disfrazados. Algo así como: ya que no se enfrentaba al problema real, para ella "estar mala" era una condición discriminativa de alivio y de funciones consecuales de

reforzamiento positivo en forma de atención y de cuidados, y sobre todo de reforzamiento negativo ya que así evitaba contingencias que consideraba indeseables y justificaba ante ella y los demás el que no se expusiera a esos contextos con funciones aversivas.

Esta relación funcional también mereció especial atención dentro de las conductas relevantes tipo 1 que presentaba la cliente, y que debían ser debilitadas. El terapeuta hacía preguntas a la cliente con objeto de romperla o debilitarla, por ejemplo: "*¿Recuerdas cómo de bien te sentiste después de ir a la comunión de tu sobrino?*", "*veo que casi nunca vas a algunos sitios porque estás mala, podrías no ir aunque no estuvieras*"... "*las cosas también las podemos hacer porque sí, porque nos da la gana*". Además, se reforzó cualquier explicación de una situación en la que la cliente, sin "estar mala", elegía no exponerse a una contingencia determinada. De esta forma se moldeaban conductas relevantes tipo 3 más adaptativas.

En la *sesión novena* al preguntarle si había notado progresos y en qué los podía notar, respondió que se sentía mucho mejor y que suponía que era, entre otras cosas, por haberse desahogado, por haber contado cosas por primera vez. Como mantienen Kohlenberg y Tsai (1995) describir mejorías es una forma de evocar conductas tipo 3. El terapeuta explicó que expresar con claridad lo que se siente, lo que se desea, puede aportar bienestar psicológico, y que si lo había hecho en esa ocasión lo podía hacer en otras situaciones fuera de la consulta. Se le invitó a que valorara la terapia y que dijera lo que más le había gustado hasta ese momento y lo que menos, tanto de la terapia misma como del terapeuta. En este sentido se destacó el siguiente comentario de la cliente: "*lo que más me ha gustado es que has ido al grano...lo que has hecho es ir desmenuzando poco a poco mis problemas*" (Regla nº 5).

Además comentó que llevaba un mes sin ir a urgencias. Al preguntarle si eso era debido a que no había tenido ninguna crisis dijo que no era exactamente por eso, ya que sí había tenido alguna crisis, pero que parecía que le importaban menos y que había comprendido que ir a urgencias no solucionaba nada (conductas tipo 2). El terapeuta reforzó esta nueva respuesta de la cliente y la novedosa perspectiva de sus emociones.

## Fase final

Esta fase comprende las sesiones décima hasta la decimocuarta durante las cuales aparecieron nuevas conductas clínicamente relevantes, algunas que verificaban la modificación de determinadas relaciones funcionales significativas en la resolución del caso. Se reforzaron las conductas tipo 2 que habían emergido con anterioridad y se preparó a la cliente para la conclusión de la terapia.

En la *sesión décima* la cliente informó satisfecha de que: *“por primera vez desde hace mucho tiempo hemos tenido una relación sexual satisfactoria y no me he levantado después a vomitar...incluso dormí esa noche estupendamente.....sí pensé en el embarazo pero no me comí el coco como antes, me acordé de ti y de algunas de las cosas que me dices...”* La cliente estaba estableciendo relaciones entre el contexto terapéutico y su vida cotidiana.

También describió que en ese momento se sentía muy bien aunque aún no fuera a tener el periodo menstrual. Estaba apareciendo una respuesta misteriosa y como afirman Kohlenberg y Tsai (1991), es una señal para la identificación de conductas que son clínicamente relevantes. El terapeuta le pidió que le aclarara este asunto (Reglas 1 y 2). La cliente dijo entonces que ella antes de *“caer mala con la depresión”* según sus palabras, solía sentirse muy irascible y emocionalmente lábil durante los dos o tres días anteriores al periodo menstrual, y que desde que se agravó su estado esos días eran para ella los mejores del mes, por contradictorio que pudiera parecer. Preguntada por el terapeuta informó: *“este mes no me ha ocurrido eso, es más, he estado tan enfadada como antes de caer mala”*. Es decir, para la cliente los cambios biológicos y/o hormonales asociados a la menstruación habían sido una condición discriminativa de contingencias de reforzamiento, sobre todo negativo en cuanto que señalaban que no estaba embarazada. Lo que la cliente describía en ese momento era que para ella esos cambios biológicos ya no tenían la misma función de alivio, quizá porque en ese aspecto nada había que aliviar. Una mejoría más, conductas tipos 2 y 3, ya que estaba explicando y estableciendo relaciones funcionales entre las verdaderas variables de control. La respuesta terapéutica ante esto, además de reforzarla con todo lo que ello significa, incluyó el

que se relacionara lo bien que se sentía con las respuestas novedosas que estaba dando ante situaciones que antes intentaba evitar. Además se le animó para que relacionara esas funciones consecuenciales de reforzamiento positivo a las que quizás se vería expuesta si se comportara de forma equivalente en otros aspectos de su rutina diaria, se le dijo: *"...quizá si actúas del mismo modo en otras situaciones ...te sentirías igual de bien"*. Una vez más se estaban estableciendo comparaciones entre aspectos de la vida de la cliente y lo que ocurre en el contexto terapéutico (Regla nº5).

En la *consulta undécima*, Julia afirmó que se sentía muy bien *"demasiado bien"*, *"y eso me da miedo, mucho miedo"*, dijo. Una conducta relevante tipo 1 muy significativa en cuanto a que mostraba que, como afirma Pérez Álvarez (1996 a), para la cliente "sentirse bien" suponía una condición discriminativa de contingencias de castigo o aversivas. Decía cosas como que su marido le estaba exigiendo cada vez más, que la dejaba que fuera sola en autobús, que parecía que no le ayudaba tanto como antes y que sus allegados, como la veían mucho mejor, creían que ya estaba curada y estaban mas "pasotas" y se mostraban más severos con ella. También añadió que: *"ya sé que no estoy loca porque tú me lo has dicho de muchas formas... pero ahora no se qué pensar porque me pasan cosas muy extrañas, me siento como si fuera a pasar algo malo...es difícil de entender y quizá creas que te esté engañando pero... yo me entiendo"*.

La cliente decía sentirse muy confusa al experimentar sentimientos tan contradictorios. La respuesta terapéutica a esta conducta relevante tipo 1 consistió en moldear y explicar que esos sentimientos se entendieran como algo normal, ni mucho menos algo patológico y que eran coherentes con su historia previa. Se le pidió que los comparara con su situación anterior cuando se encontraba peor. La cliente respondió que prefería sentirse como ahora y dijo: *"lo que siento ahora es de risa comparado con cómo me sentía antes y si superé aquella situación también superaré esta que no es ni mucho menos comparable"*. Esto se entendió como una conducta tipo 2 pues la cliente se estaba mostrando dispuesta a aceptar ese sentimiento que ella definía *"como si me fuera a pasar algo malo"* sin que intentara eliminarlo, y lo que parece mas importante: su explicación, una

conducta tipo 3 pues en esta ocasión estos sentimientos desagradables no eran causa de conductas de evitación en la cliente.

En la *sesión duodécima*, la cliente, aun sin ser preguntada por ello, manifestó lo siguiente: *"aquellos sentimientos de los que te hablé aparecen de vez en cuando pero me importan menos y he hecho lo que he querido hacer, incluso me he subido al ascensor del bloque de mi hermana, eso sí, es un primer piso pero algo es algo"*. El terapeuta respondió *"¡ no me digas, con lo mal que lo pasaste cuando te quedaste encerrada...!"*, es decir reforzó esta conducta tipo 2 pretendiendo, como siempre, hacerlo de forma natural. La cliente respondió: *"sabía que te ibas a poner muy contento..."*. Pensamos que prever la conducta del terapeuta es una mejora en si misma. En ese momento se hizo un repaso de sus logros: había viajado en autobús y lo pensaba hacer si la situación lo exigía, se había subido a un ascensor por primera vez en mucho tiempo y volvería a hacerlo. Había mantenido relaciones sexuales satisfactorias, comía más, dormía mejor, decía sentirse mucho más tranquila, no tener ni vómitos, ni mareos y *"respiro mucho mejor y hace mucho tiempo que casi no tengo taquicardias ni esa cosa en el estómago"*, *" ya no voy a urgencias porque no me da tanto miedo lo que siento,...quizá porque me veo mucho más fuerte"* .

A continuación, se moldeó que precisara en qué aspectos se podría intervenir para que su bienestar psicológico fuera más completo. Respondió que suponía que habría más cosas pero que se veía con fuerza para resolverlas por sí misma e indicó: *"aunque me gustaría no dejar de venir a la consulta así de golpe"*. Se acordó con la cliente una posterior consulta, tres semanas más tarde.

En esta cita, la *decimotercera*, se constató el mantenimiento de sus logros y se moldeó que identificara y describiera las posibles causas o motivos de la mejoría, apelando a la importancia y valor terapéutico de exponerse a las contingencias que se temen como un aspecto fundamental en ese proceso de mejora. En ese contexto la cliente, después de ciertas vacilaciones, comentó : *"quería decirte algo aunque me da muchísimo apuro..."*. De nuevo otra respuesta misteriosa. El terapeuta dijo: *"no me lo digas si no quieres...no pasa nada porque no me lo digas ahora..."*. La cliente reveló entonces que siendo niña había sido objeto de tocamientos sexuales por parte de

un familiar directo. Añadió que ella creía que eso no le había afectado mucho porque ocurrió en pocas ocasiones y cuando era muy niña y que quizá por eso apenas pensaba en ello pero quería comentarlo para saber la opinión del terapeuta. Este agradeció la confianza que le había mostrado la cliente y reforzó el que se lo hubiera confiado a pesar de la vergüenza que había sentido, es decir se reforzó que se hubiera expresado con claridad y que no evitara sus reacciones emocionales. Con respecto al contenido de los hechos que acababa de confiar al terapeuta, éste, tomando en consideración su afirmación de que apenas lo recordaba, trató el asunto con delicadeza y procuró no patologizar esos hechos no dando más importancia al asunto que la que ella le había dado hasta ese momento.

La posterior y última consulta, *decimocuarta*, tuvo lugar un mes después. Al comenzar se habló de nuevo del mantenimiento de los logros de la cliente y de aspectos relacionados con estos. No obstante, durante la mayor parte de ella se estuvo conversando acerca de un tema de actualidad en aquel momento. El terapeuta se lo hizo notar con satisfacción. La cliente comentó: *“ahora me conozco mucho más y ya ves que ya no sólo sé hablar de mí misma y de mis problemas”*. Ella misma propuso que no se fijara una nueva cita si el terapeuta lo creía conveniente, aunque preguntó que si podría volver a consulta en caso de que empeorara. Se reforzó esta propuesta y se le dijo que sí.

En el seguimiento telefónico a los seis meses y al año y medio, la cliente informó de que todo iba bien, que estaba embarazada de cinco meses y que aunque a veces sentía cierta ansiedad por este hecho, dijo: *“es distinta porque no me hace sufrir”*. Añadió que seguía subiendo a ascensores si era necesario aunque *“no me hace mucha gracia”* y también dijo utilizar el autobús si tenía que hacerlo sin que este hecho le causara ninguna molestia, incluso aunque estuviera lloviendo.

## RESULTADOS Y CONCLUSIONES

A la vista de los resultados obtenidos, se puede decir que la Psicoterapia Analítica Funcional fue útil para tratar un Trastorno de

Angustia sin Agorafobia con las características descritas en este caso. El análisis funcional realizado y la selección de las conductas relevantes fueron también oportunos. Los resultados se mantuvieron por un periodo superior a un año y medio, como quedó confirmado en las llamadas telefónicas durante el seguimiento. Además, la cliente informó de que estaba embarazada de cinco meses, una de las conductas de evitación que estaban manteniendo el problema. Por esta y demás señales, se comprobó que Julia se ajustaba a los valores y a los cambios surgidos durante la terapia.

La Psicoterapia Analítica Funcional como marco teórico desde el que operar se estructura a partir de una relación cliente-terapeuta especialmente cuidada. Es necesario desarrollar en el terapeuta un repertorio de observar las conductas clínicamente relevantes, identificarlas y evocar su ocurrencia. La respuesta terapéutica que reciban debe estar organizada además de incluir el establecimiento de relaciones funcionales entre el contexto clínico y la vida cotidiana. Como proponen Kohlenberg y Tsai (1995) la intervención se dividió en tres fases. Los autores mantienen que en la fase inicial, por definición, la frecuencia de conductas relevantes clínicamente tipo 1 es muy alta, como fue en este caso. En este periodo se estableció una relación terapéutica genuina y de confianza, se realizó el análisis funcional y se seleccionaron las conductas clínicamente relevantes. A través del Análisis Funcional se describió la historia individual en relación con su patrón de evitación (Luciano, 2001), lo que permitió ser sensibles a las conductas de evitación que aparecerían en fases posteriores. En la fase inicial e intermedia, aparecieron conductas tipo 1 en forma de peticiones manipulativas, quejas, etc. con una frecuencia alta. La extinción por parte del terapeuta de estas peticiones manipulativas y de las quejas fue efectiva. Pensamos que hay unas sesiones terapéuticas que produjeron un cambio en la evolución del cliente. En la sesión quinta, se estableció una equivalencia funcional entre cómo solucionó una amiga sus problemas y la situación en la que vivía la cliente, haciéndola consciente de cómo debía resolver sus propios problemas a través del moldeamiento del terapeuta. Cabe destacar la forma en la que el terapeuta moldeó y expuso a lo que realmente la cliente evitaba. Por ejemplo, la evitación en la sesión sexta a ir a la propia sesión terapéutica y cómo

se interviene. Y cómo aparecen sus miedos reales al haber tenido relaciones sexuales sin precaución. Y cómo describe por primera vez su miedo a quedar embarazada. Consideramos particularmente importante que se evocara e identificara su miedo al embarazo. La cliente en principio omitió ese asunto, quizá porque ella misma desconocía la importancia de esa sutil fuente de control en el mantenimiento de su angustia. Dada la claridad con la que se identificaron las variables etiológicas, la angustia se podría haber entendido como una respondiente sin que se incurriera en equivocación alguna, pero no es menos cierto que la emoción también se podría entender como una reacción reiterada que pretende algún cambio, consiguiendo o eludiendo algo (Pérez Álvarez 1996b). El alivio que suponía para ella saber que no estaba embarazada resultaba ser una fuente de control de tanto peso como los eventos traumáticos a los que se vio expuesta, contribuyendo en gran medida al mantenimiento de la angustia que presentaba. A partir de la sesión octava se comienza a extinguir las quejas sobre estar enferma como un Mando disfrazado y se moldean reglas claves para la evolución de la paciente, como que se puede estar nerviosa y quedarse embarazada, y estar tranquila y no quedarse. A partir de la sesión novena se comienzan a valorar sus mejorías.

Se tuvo en cuenta por tanto la pluricausalidad de la conducta, aspecto que se ve confirmado al constatar la mejoría de la cliente cuando se identifican y tratan las equivalencias funcionales implicadas. La flexibilidad y la constante auto-evaluación que caracterizan a esta psicoterapia permitieron añadir elementos novedosos, como al que se acaba de aludir, en el análisis e intervención del caso. Como señalan Follette, Naugle y Linneroth (2000), el Análisis Funcional es iterativo y auto-correctivo debiendo hacer las correcciones pertinentes en la medida en que los resultados sean o no deseables. Acaso con un paquete estructurado de tratamiento al uso tradicional esto no hubiera sido posible.

En la Fase Final, las conductas tipo 2 se hicieron más frecuentes de una manera paulatina y sus explicaciones a sus problemas (conductas tipo 3) fueron más correctas. Es destacable cuando describe el cambio de función que tiene su periodo menstrual, aspecto importante en la verificación de su mejoría, o cuando dice tener sen-

timientos contradictorios al llevar algún tiempo sintiéndose mejor y se muestra dispuesta a aceptarlos. Atender a esta relación funcional y hacerla objetivo terapéutico contribuyó a la resolución final del caso.

En la sesión decimotercera, describe juegos o abusos sexuales de su infancia que no fueron valorados de manera importante ni por la cliente ni el terapeuta, pero que esa descripción llega a ser una muestra de mejoría. Describir las cosas que antes no habían aparecido a lo largo de la intervención y aquellos hechos que probablemente no se dirían a nadie, como proponen Kohlenberg y Tsai (1995) son una señal de mejoría y en este caso de cambio. En esta sesión, la cliente describe sus logros y mejorías y da muestras de su autoconocimiento promocionado a través de la terapia.

La pluralidad de conductas problema que suelen presentar los clientes que acuden en busca de ayuda psicológica hace que resulte sencillo encontrar una categoría que contenga las que el propio psicólogo entiende como tales en un cliente determinado. Aunque esa misma pluralidad hace que la elección de la categoría pueda resultar a la vez complicada, en cuanto a que ninguna de las propuestas sería exhaustiva para con los problemas del cliente. Es decir, en relación al caso que nos ocupa, en función de los comportamientos problema que destacáramos, se podría haber hecho otro diagnóstico y ubicarlo en alguna otra de las categorías que nos propone el DSM-IV. Atendiendo a criterios formales o topográficos, tampoco en ese caso nos estaríamos equivocando. ¿Se debería haber cambiado el tratamiento de elección?. Por otra parte, dos personas con idéntico diagnóstico pueden mostrar patrones conductuales distintos, del mismo modo que el beneficio que obtengan de un mismo tratamiento puede diferir notablemente. Este hecho, a pesar de ser paradójico y una crítica a los sistemas de diagnóstico tradicionales, no representa contradicción alguna para esta psicoterapia en la que se trabaja con clases funcionales de respuesta y no con respuestas aisladas. Las respuestas de evitación de la cliente eran variadas, de ahí la importancia de la Regla nº 1 de ser sensibles a las conductas del cliente.

Consideramos que esta psicoterapia es tanto un estilo de trabajo como una forma de hacer psicoterapia en sí misma. En el sentido

de que se puede utilizar aplicando las reglas y fundamentos con otras formas de hacer psicoterapia como por ejemplo usando la Terapia de Aceptación y Compromiso, ACT, como en los ejemplos de Dougher y Hackbert (1994) y Paul, Marx y Orsillo (1999).

➤ Pensamos que usar preguntas comparando lo que ocurre dentro y fuera de la sesión es una forma muy efectiva de conseguir mejoras, ya que ayuda a los clientes a establecer reglas más oportunas de lo que realmente les ha ocurrido y de las variables de control de los problemas. El moldeamiento de las explicaciones del cliente y las propias explicaciones del terapeuta referidas a sus problemas favorecen el autoconocimiento que es en sí mismo un objetivo de esta psicoterapia. Interpretar las conductas del cliente de manera funcional es esencial para poder comprender que es lo que le ocurre. Además como ya se dijo, la función de la conducta de pedir ayuda que cada cliente trae a consulta nos indica la forma en que suele enfrentarse a los problemas, en este caso era generar otros que ocultaban los reales.

Estamos de acuerdo con B. Kohlenberg (2000) cuando señala que la calidad en la alianza o relación terapéutica es un predictor muy importante de los resultados de la intervención. Algo en lo que Skinner (1953) ya cayó en la cuenta. Abrir líneas de investigación en el estudio de la mejora de las relaciones terapéuticas y su relación con el moldeamiento y el reforzamiento natural creemos que es necesario.

La importancia del presente trabajo radica en ser una de las pocas descripciones completas de la aplicaciones de esta psicoterapia. Aunque los autores han descrito su efectividad en distintos trastornos como: Depresión (Kohlenberg y Tsai, 1994), donde incluso hay una aplicación específica de esta psicoterapia (Bolling, Kohlenberg y Parker, 1999), en Trastornos de Personalidad (Koerner, Kohlenberg y Parker, 1996), en casos de abusos sexuales (Kohlenberg y Tsai, 1998), e incluso, en Trastornos de Ansiedad (Kohlenberg y Tsai, 1995). Pero ninguna de estas aplicaciones hacen una descripción completa a excepción de Ferro, Valero y Vives (2000). Creemos que es necesario seguir este camino, describiendo la intervención llevada a cabo en distintos trastornos para ver así las diferencias y también los estilos de trabajo de distintos terapeutas. Y un paso más, comparar su eficacia con otras terapias.

## BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association** (1994/1995). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Biglan, A.** (1991). Distressed behavior and its context. *The Behavior Analyst*, *13*, 157-169.
- Bissett, R.T. y Hayes, S.C.** (1999). The likely success of functional analysis tied to the DSM. *Behaviour, Research and Therapy*, *37*, 379-383.
- Bolling, M.Y.; Kohlenberg, R.J. y Parker, C.R.** (1999). Behavior Analysis and Depresión. En M.J. Dougher (Ed.). *Clinical Behavior Analysis*. Reno: Context Press. (pp.: 127-152).
- Dougher, M.J. y Hackbert, L.** (1994). A behavior-analytic account of depression and a case report using acceptance-based procedures. *The Behavior Analyst*, *17*, 321-334.
- Ferro, R.** (2000). Aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso en un ejemplo de evitación experiencial. *Psicothema*, *12*, 445-450.
- Ferro, R.** (2001). La depresión: Algunas consideraciones críticas en su tratamiento. *Análisis y Modificación de Conducta*, *27*, 187-204.
- Ferro, R. y Valero, L.** (1998). Psicoterapias conductistas: nuevos enfoques clínicos. *Psicologemas*, *12*, 31-62.
- Ferro, R.; Valero, L. y Vives, M.C.** (2000). Aplicación de la Psicoterapia Analítica Funcional. Un análisis clínico de un trastorno depresivo. *Análisis y Modificación de Conducta*, *26*, 291-317.
- Friman, P.C.; Hayes, S.C. y Wilson, K.G.** (1998). Why behavior analysts should study emotion: The example of anxiety. *Journal of Applied Behavior Analysis*, *31*, 137-156.
- Follette, W.C.; Naugle, A.E. y Linneroth, P.J.N.** (2000). Functional Alternatives to traditional assessment and diagnosis. En M.J. Dougher (Eds.). *Clinical Behavior Analysis*. Reno: Context Press. (pp.: 99-125).
- Hayes, S.C. y Follette, W.C.** (1992). Can functional analysis provide a substitute for syndromal classification? *Behavioral Assessment*, *14*, 345-365.
- Hayes, S.C.; Strosahl, K.D. y Wilson, K.G.** (1999). *Acceptance and Commitment Therapy. An experimental approach to behaviour change*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S.C.; Wilson, K.D.; Guiford, E.V.; Follette, V.M. y Strosahl, K.D.** (1996). Experiential Avoidance and Behavioral Disorders: A Functional Dimensional Approach to Diagnosis and Treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*, 1152-1168.

- Koerner, K.; Kohlenberg, R.J. y Parker, R.** (1996). Diagnosis of Personality Disorder: A Radical Behavioral alternative. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 1169-1176.
- Kohlenberg, B.** (2000). Emotion and the relationship in psychotherapy: a Behavior Analytic Perspective. En M.J. Dougher (Ed.). *Clinical Behavior Analysis*. Reno: Context Press. (pp.: 271-289).
- Kohlenberg, R.J. y Tsai, M.** (1991). *Functional analytic psychotherapy. Creating intense and curative therapeutic relationship*. New York: Plenum Press.
- Kohlenberg, R.J. y Tsai, M.** (1994). Improving Cognitive Therapy for Depression with Functional Analytic Psychotherapy: Theory and case study. *The Behavior Analyst, 17*, 305-319.
- Kohlenberg, R.J. y Tsai, M.** (1995). Functional analytic psychotherapy: a behavioral approach to intensive treatment. En W. O'Donohue y L. Krasner (Eds.), *Theories of behavior therapy. Exploring behavior change*, Washington: APA. (pp.: 637-658).
- Kohlenberg, R.J. y Tsai, M.** (1998). Healing interpersonal trauma with the intimacy of the relationship. En V.M. Follette; J.I. Ruzeg y F.R. Abueg (Eds.). *Cognitive-Behavioral Therapies for Trauma*. New York: Guilford. (pp.: 305-320).
- Kohlenberg, R.J. y Tsai, M. y Kohlenberg, B.S.** (1996). Functional Analysis in Behavior Therapy. En M. Hersen; R.M. Eisler y P.M. Miller (Eds.). *Progress in Behavior Modification*. New York: Brooks/Cole Publishing. (pp.: 1-24).
- Luciano, M.C.** (2001). Sobre el Trastorno de Evitación Emocional (TEE) y la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). *Análisis y Modificación de Conducta, 27*, 317-332.
- Luciano, M.C. y Hayes, S.C.** (2001). Trastornos de evitación experiencial. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud, 1*, 109-157.
- Paul, R.H.; Marx, B.P. y Orsillo, S.M.** (1999). Acceptance-based psychotherapy in the treatment of an adjudicated exhibitionist: a case example. *Behavior Therapy, 30*, 149-162.
- Pérez Álvarez, M.** (1996a). *La psicoterapia desde el punto de vista conductista*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Pérez Álvarez, M.** (1996b). *Tratamientos psicológicos*. Madrid: Universitas.
- Skinner, B.F.** (1953/1970). *Ciencia y Conducta Humana*. Barcelona: Fontanella.
- Skinner, B.F.** (1957/1981). *Conducta Verbal*. México: Trillas.