

**APLICACION DE LA PSICOTERAPIA
ANALITICA FUNCIONAL.
UN ANALISIS CLINICO DE UN TRASTORNO DEPRESIVO¹**

Rafael Ferro García*
Luis Valero Aguayo**
M.Carmen Vives Montero*

* Centro de Psicología C.E.D.I.,
Granada.

** Departamento de Psicología Social y Personalidad
Universidad de Málaga.

RESUMEN

La Psicoterapia Analítica Funcional está basada en los principios del conductismo radical y pone el énfasis en las contingencias que ocurren dentro de la sesión terapéutica, en el contexto terapéutico, en la equivalencia funcional, en el reforzamiento natural y en el moldeamiento. Por otro lado, la depresión es un tema complejo y de difícil solución terapéutica que requiere de una explicación y una intervención pluricausal. Se presenta el análisis clínico de un caso que presentaba un trastorno depresivo y su tratamiento a través de la aplicación de esta psicoterapia. Se

¹ Se han modificado y ocultado algunos datos de la cliente para preservar su anonimato.

Agradecimientos: Queremos agradecer al Profesor Marino Pérez Alvarez el ánimo y el apoyo que nos ha prestado en este tema. También nos gustaría agradecer la colaboración de Karen Shashok en la traducción del resumen al inglés.

Correspondencia: Rafael Ferro García. Centro de Psicología C.E.D.I., Avda. Constitución 25, 7º Izda. 18014-Granada. Teléfono: 958-286650. e-mail: rferro@correo.cop.es.

describen las distintas fases de la intervención con ejemplos de la relación terapéutica, y el mantenimiento de los resultados durante un periodo de un año y tres meses.

Palabras clave: *DEPRESION, ANALISIS FUNCIONAL, PSICOTERAPIA ANALITICA FUNCIONAL.*

SUMMARY

Functional Analytic Psychotherapy is based on principles of radical behaviorism, and emphasizes the contingencies that occur during a therapeutic session, the therapeutic context, functional equivalence, natural reinforcement, and shaping. Depression is a complex problem with multiple causes; the treatment of depression must therefore be approached from different angles. A clinical analysis of a patient with a depressive disorder and its treatment with this type of psychotherapy is presented. The different phases of intervention are described, with examples of the therapeutic relationship. The results were maintained for a period of one year and three months.

Key words: *DEPRESSION, FUNCTIONAL ANALYSIS, FUNCTIONAL ANALYTIC PSYCHOTHERAPY.*

La *Psicoterapia Analítica Funcional, FAP*, (Kohlenberg y Tsai, 1991) junto con la *Terapia de Aceptación y Compromiso, ACT*, (Hayes, Strosahl, y Wilson, 1999), son dos formas de hacer psicoterapia basadas en los principios del conductismo radical y en los hallazgos sobre la generalización funcional, el análisis funcional del lenguaje y las relaciones de equivalencia. Para más información recomendamos la lectura de dos textos pioneros en nuestro país: "*Tratamientos Psicológicos*" y "*La Psicoterapia desde un punto de vista conductista*" de Pérez Alvarez, (1996a y 1996b). La *Psicoterapia Analítica Funcional* pone el énfasis en las contingencias que ocurren dentro de la sesión terapéutica, en el contexto terapéutico, en la equivalencia funcional, en el reforzamiento natural y en el moldeamiento (Kohlenberg y Tsai, 1991, 1995). Se resalta la importancia de lo que el cliente hace y dice directamente ante el terapeuta, y no tanto en las tareas para la casa, los acontecimientos que le pasan en la familia, o lo que piensa en otras ocasiones de su vida diaria. A esto

se denomina *Conductas Clínicamente Relevantes* (CCR). Se diferencian tres tipos de estas conductas que el terapeuta debería aprender a identificar como objetivos terapéuticos (Hayes, Kohlenberg y Melancon, 1989; Kohlenberg, Hayes y Tsai, 1993; Kohlenberg y Tsai, 1991, 1994a, 1994b, 1995). Las conductas clínicamente relevantes *tipo 1* son los problemas del cliente que ocurren durante la sesión, y que la terapia debería tratar de disminuir su frecuencia. Normalmente son aquellas conductas que están bajo control de estímulos aversivos y suelen consistir en conductas de evitación. Estos problemas de los clientes pueden implicar: pensamientos, percepciones, sentimientos, visiones, recuerdos que han de ocurrir siempre dentro de la sesión. Las conductas clínicamente relevantes *tipo 2* son las mejorías del cliente que ocurren durante la sesión. En las primeras fases del tratamiento, estas conductas no se observan o tienen muy poca fuerza pero en el curso de la terapia deben incrementarse. En las conductas clínicamente relevantes *tipo 3* se incluyen las interpretaciones del cliente de su propia conducta y lo que cree que la causa. Implican observaciones y descripciones de la conducta de uno mismo y de los estímulos reforzantes, discriminativos y elicidores que están asociados a ella. Kohlenberg y Tsai (1991) se refieren a ellas como: "establecer correctamente las relaciones causa-efecto, describir relaciones funcionales que han establecido el problema".

Además, esta psicoterapia tiene en cuenta las conductas del terapeuta durante la sesión. Para ello se proponen una serie de *reglas terapéuticas*, que son unas guías o métodos que ayudan a evocar, señalar, reforzar e interpretar las conductas del cliente. El terapeuta debe seguir cinco reglas en la terapia (Kohlenberg, Hayes y Tsai, 1993; Kohlenberg y Tsai, 1991, 1994a, 1995). La *regla n° 1*, consiste en desarrollar el repertorio de observar las posibles conductas clínicamente relevantes durante la sesión terapéutica. La *regla n° 2* propone construir un ambiente terapéutico que evoque las conductas clínicamente relevantes. La *regla n° 3*, sería organizar el reforzamiento positivo de las conductas relevantes clínicamente tipo 2. La *regla n° 4*, trata de desarrollar un repertorio para observar las propiedades reforzantes de la conducta del terapeuta en relación con las conductas clínicamente relevantes del cliente. Y finalmente, la *regla n° 5* consiste en generar en el cliente un repertorio de descripción de las relaciones funcionales entre las variables de control y las conductas. En esta regla se incluyen tanto las interpretaciones

por parte del paciente como los modelos presentados por el propio terapeuta.

La Psicoterapia Analítica Funcional ha sido aplicada en Trastornos Depresivos (Dougher y Hackbert, 1994; Kohlenberg y Tsai, 1994a), en Trastornos de Personalidad (Koerner, Kohlenberg y Parker, 1996), con pacientes que han recibido abusos sexuales (Kohlenberg y Tsai, 1998), con pacientes que evitan tener relaciones íntimas (Cordova y Koerner, 1993), que sufren de ansiedad (Kohlenberg y Tsai, 1995) y de forma conjunta con la *terapia de aceptación y compromiso*, en un caso de exhibicionismo (Paul, Marx, y Orsillo, 1999).

Por otro lado, psicoterapéuticamente la depresión es un tema complejo. Como mantiene Biglan (1991), la depresión no es un fenómeno unitario, y por lo tanto, su explicación debe ser pluricausal. Coincidimos con Pérez Alvarez (1996b) en mantener que el *análisis funcional de la conducta* ofrece una explicación pluricausal, contextual y dinámica del funcionamiento psicológico, y más concretamente, sobre la depresión. Uno de los primeros análisis sobre la depresión, desde un punto de vista conductista, fue el trabajo de Ferster del año 1973 (Dougher y Hackbert, 1994; Pérez Alvarez, 1996b). Aunque es a partir de los años 90, cuando aparecen unos análisis más actualizados sobre el tema desde esta orientación teórica (Biglan, 1991; Bolling, Kohlenberg y Parker, 1999; Dougher y Hackbert, 1994; Kohlenberg y Tsai, 1994a; Pérez Alvarez, 1996b). Estos autores, analizan funcionalmente el comportamiento depresivo de forma compleja, teniendo en cuenta tanto las funciones consecuenciales, como las respondientes, las operaciones de establecimiento y los procesos verbales.

A continuación, se describe un análisis clínico de un trastorno depresivo y la aplicación de la *Psicoterapia Analítica Funcional* en su tratamiento.

METODO

Sujeto

Ana tenía 36 años cuando llegó a consulta. Era la hija menor de una familia de 3 hermanos. Era funcionaria. Pidió un traslado de trabajo 4 meses antes de venir a consulta, y se fue a vivir con su familia. Había tenido una relación de pareja durante los últimos 8 años, aunque nunca llegaron a vivir juntos. Un mes antes de buscar

ayuda psicológica, él le dijo que ya no la quería y que debían dejarlo. Desde ese momento, ella se sintió muy mal. No tenía ganas de comer, perdió 9 kg. de peso. No salía a la calle, pasaba todo el tiempo dentro de su habitación, tumbada en la cama y/o viendo la TV. Estaba apática, no le apetecía hacer nada. Tenía dificultades para dormir. Se sentía culpable por trasladarse a otra ciudad y dejar al novio allí. Reconoció que en los últimos 2 años, su relación estaba muy deteriorada y discutían frecuentemente. Cuando llegó a consulta, no aceptaba lo que le ocurrió. Sentía que su vida había dejado de tener sentido porque todos sus proyectos no eran posibles, como tener una familia e hijos. Tampoco aceptaba su edad, se sentía vieja para empezar una nueva vida y conseguir esos proyectos. No tenía con quien salir porque había perdido todas sus amistades. No tenía aficiones, ya que las que tenía eran compartidas con él. Tomaba ansiolíticos cuando sentía ansiedad. Durante las primeras sesiones, aparecieron llantos y comentarios como: “*¡No puedo más!, ¡No tengo ilusiones por nada!, ¡Qué será de mi vida!, ¡Yo quería formar una familia y tener hijos!, ¡No me interesan las cosas como antes, me da igual todo!, ¡Cómo me ha podido hacer esto!, ¡No me merezco lo que me ha hecho!, ¡Yo había confiado en él!, ¿Qué será de mi vida?, ¿Qué va a ser de mí?, ¡No tengo ganas de nada!, ¡Me ha hecho mucho daño!, ¡Se me han quitado las ganas de vivir!, Mi vida no tiene sentido*”. La cliente cumplía los criterios para el diagnóstico de un *Trastorno Depresivo Mayor*, según el DSM-IV (APA, 1994). Es decir, presentó un único episodio depresivo con los siguientes síntomas: estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, disminución acusada del interés por las actividades, pérdida importante de peso, insomnio, fatiga, así como sentimientos de inutilidad y culpa.

Procedimiento

Ante estos datos, se pensó que la cliente se beneficiaría con una terapia basada en la aceptación, pues parte de su problema era que no se aceptaba a ella misma ni la situación que le había tocado vivir. Por esta razón, se decidió utilizar la *Psicoterapia Analítica Funcional* (Kohlenberg y Tsai, 1991).

La formulación del caso va a seguir la propuesta indicada por Cordova y Koerner (1993), exponiendo no tanto los datos sino la descripción de las relaciones entre el terapeuta y la cliente durante

el tratamiento. Las transcripciones de los diálogos que se muestran, están basadas en la redacción de un resumen de las sesiones llevadas a cabo por el terapeuta después de cada una de ellas, ante la negativa de la cliente a que se grabaran las sesiones.

El tratamiento duró aproximadamente 2 años y hubo un total de 48 sesiones y un seguimiento telefónico al año y tres meses. Las tres primeras sesiones se dedicaron a recabar información que permitiera realizar un análisis funcional del problema y marcar las conductas objetivo. A continuación, se resumen ambas cosas.

Análisis Funcional

La cliente presentaba una *tasa muy baja de conductas sociales*: no salía de su cuarto, no hablaba con la familia, no tenía relaciones sociales, evitaba ver a sus antiguas amistades. Probablemente producida por contingencias de extinción y de castigo en la relación con su novio y con los demás. Se encontraba en una situación donde no recibía consecuencias positivas, es decir, tenía una *tasa baja de reforzamiento*. Además, cuando estaba triste, y se quejaba, etc. sus familiares intentaban ayudarle diciéndole que debía salir, que comiera, que se animara, que no llorara más, pero esto hacía que se quedara en su cuarto, llorara más y se enfadara con ellos. Su familia le *reforzaba las conductas de tristeza y aflicción*. Verse sola, pensar que sus proyectos se habían esfumado, etc. hacía que se sintiera triste y que llorara (le evocaban *funciones respondientes*). Evitaba cualquier situación que pudiera llevarle a tener contacto con las personas, ya que éstas eran *estímulos discriminativos* de contingencias de castigo o de extinción. El abandono del novio funcionó como una *Establishing Operation* (Michael, 1993; Sundberg, 1993), es decir, como un evento que afectó a la cliente alterando la efectividad reforzante de otros eventos. Lo que antes era reforzante dejó de serlo, por ejemplo: salir, comer, hablar con los demás, ir al cine, etc. y además, se redujo la frecuencia de las conductas que eran reforzadas por todo esto. Su conducta verbal era desadaptativa, los *Tactos* que mostraba sobre las causas de su problema fueron erróneos. Por ejemplo, achacaba que la relación se había roto por culpa de la familia de él. Por otro lado, aparecieron *Mandos disfrazados* o *Tactos Impuros* (Skinner, 1957): quejas de su situación, quejarse de lo mal que está, de lo que sufre, de lo mal que la tratan los demás.

Estas quejas, Biglan (1991) las denomina *Distressed Behavior*, y sostiene que suelen estar mantenidas por reforzamiento negativo, ya que con ellas los pacientes tienden a evitar las consecuencias aversivas de los demás. Las *creencias culturales*, como el concepto de felicidad y de bienestar, influían en su problema, pues pensaba que su situación era incompatible con ser feliz. Y por último, se observó que respondía a las palabras como si fueran hechos (a través de *equivalencia de estímulos*). Por ejemplo dijo: *Si me llama por teléfono para decirme que sea su amiga no me pongo. ¡Que no, que no, no quiero ponerme!*, (Insultos), *¡no voy a ser su amiga!*, respondía en sesión como si realmente hubiera llamado en ese momento el novio.

Conductas clínicamente relevantes

Las *conductas clínicamente relevantes tipo 1* seleccionadas fueron:

1. *No aceptar su situación*. No aceptar que la dejara el novio. Y todas las conductas relacionadas: negarse a hablar de él, insultarlo en sesión. No aceptar que sus planes han dejado de tener sentido: formar una familia, tener hijos.

2. *Su aislamiento social* y la evitación a relacionarse con los demás. Estar sola, no tener con quien salir, perder todas las relaciones sociales. Resistirse a hablar de buscar nuevas alternativas. Tener miedo que le vaya a pasar igual que con su ex-novio. Ser agresiva socialmente (pelearse, discutir, insultar, romper objetos, etc.).

3. *Su apatía*. No interesarse por nada. No apetecerle comer, ni oír música, ni salir, ni comprar ropa, ni leer revistas, sólo tumbarse y ver la TV. Perder peso. No tener aficiones. No hablar de temas alternativos a sus quejas.

4. Su imagen y su *autoconcepto están muy deteriorados*. Quejarse sobre su aspecto físico, no ponerse falda, ni pantalones, ni bañador, etc. Quejarse sobre su edad, no querer decir la edad, verse vieja.

5. *Evitar el sufrimiento*. Desesperarse cuando está ansiosa o triste, no ir al médico, ni al dentista porque evita que le hagan daño, etc. Evitar hablar de algunas cosas que le hacen sufrir. Evitar sentir ansiedad. Fumar para tranquilizarse. Tomar ansiolíticos para no sentir

ansiedad.

6. *No explicar bien lo ocurrido, sobre su conducta y de los demás.* Responsabilizar a los demás de sus propios problemas. No reconocer su responsabilidad en los hechos, no saber por qué han ocurrido las cosas.

7. *Quejarse:* de lo ocurrido, de su propia vida, de lo que hacen los otros y del trato que recibe de los demás. Criticar a los demás, no comprender que tienen distintos intereses, etc.

Se propusieron las siguientes *conductas clínicamente relevantes tipo 2:*

1. *Aceptar lo ocurrido.* Hablar tranquilamente del pasado, de su relación, de él. Describir su parte de responsabilidad en lo ocurrido. No llorar, emocionarse, ni insultar cuando habla de esto.

2. *Mantener relaciones sociales positivas.* Salir y conocer a gente. Aceptar que los demás son diferentes. No pelearse, no ser agresiva. Comprender a los demás. Mantener una relación cordial y amena con el terapeuta.

3. *Tener proyectos para rehacer su vida.* Implicarse en nuevas actividades, en conocer a más gente, llamar a antiguos amigos, etc. Estudiar para promocionarse en el trabajo. Ampliar el rango de actividades. Hablar de distintos temas durante la sesión, etc.

4. *Aceptarse cómo es ella realmente,* su edad, su imagen, no preocuparse por buscar pareja antes de que se haga vieja. Tampoco preocuparse por tener rápidamente una familia e hijos.

5. *Establecer las relaciones funcionales correctamente* (Conductas clínicamente relevantes tipo 3). Explicar que ha ocurrido en su vida, su pasado, cómo puede salir de esta situación, etc.

INTERVENCION

(A) Fase inicial

Esta fase comprende los seis primeros meses de tratamiento, de las sesiones 1 a la 19. Durante las *sesiones 1, 2, y 3*, se evaluaron los problemas de la cliente y se realizó el análisis funcional. En este periodo, su tasa de conductas relevantes clínicamente tipo 1 era elevada. Lloraba con frecuencia, se movía mucho en la silla, se le caían cosas al suelo, fumaba mucho (aproximadamente de 5 a 10 cigarrillos en sesión). No paraba de quejarse, decía cosas como: "Ya

no aguanto más", "*¡No me merezco esto!*", "*¡Qué va a ser de mi vida!*", etc. Describió que había tenido problemas con las personas que le rodean. Por ejemplo, en la última llamada telefónica de su ex-novio, cuando le dijo que había que dejarlo y que quería que quedaran como amigos, se enfadó tanto que colgó y rompió el teléfono. Cuando describió esto, gritaba, insultándolo, respondiendo como si el novio realmente estuviera al teléfono en ese momento. Respondía literalmente al lenguaje como si fueran los hechos (para una explicación más detallada, ver: Ferro y Valero, 1998; Hayes y Wilson, 1993, entre otros). En ese último verano se peleó con su familia y con el novio al que insultó, en varias ocasiones.

En los primeros 3 meses de tratamiento (de las *sesiones 4 a la 10*), las quejas seguían siendo las conductas clínicamente relevantes tipo 1 más frecuentes. Por ejemplo, decía que no tenía ganas de nada, que no sabía por qué la vida era tan dura, de lo mal que le había tratado la vida, que le dolía mucho que su novio no volviera a llamar, etc. A todas estas quejas, el terapeuta no contestaba, pretendía extinguirlas (*regla 3*). Algunas explicaciones de lo que le pasaba fueron más correctas (conductas clínicamente relevantes tipo 3). Por ejemplo: mantenía que los fines de semana lo pasaba muy mal y que durante la semana, cuando iba al trabajo se sentía mejor pero por la noche lo pasaba muy mal. Dijo que se sentía culpable cuando reaccionaba mal con algo o con alguien. Comentó que evitaba pelearse con su familia (conducta clínicamente relevante tipo 2). A todo esto, el terapeuta usó la descripción de lo mal que estaba y del esfuerzo que estaba haciendo como una forma de reforzar estas conductas ("*debes querer mucho a tu familia, ahora estás sufriendo mucho con todo esto y estás haciendo un gran esfuerzo*"). Las reglas (conductas relevantes tipo 3) sobre la ruptura seguían siendo incorrectas, no reconocía su parte de responsabilidad y culpabilizaba a la familia de su ex-novio de la ruptura. Cuando aparecían estas explicaciones, el terapeuta moldeaba (*regla 5*) con preguntas de este tipo: *¿Por qué crees eso?*, *¿Crees realmente que X te ha dejado por su familia? Si es así, ¿por qué no te ha dejado antes?*, *¿Qué ha pasado en estos últimos años?* Aunque se resistía a contestar, aparecieron algunas reglas más correctas: "*El no me quería. No me di cuenta antes porque estaba ciega*" (conductas relevantes tipo 2 y 3). Contingente a estas reglas positivas, el terapeuta usó la descripción de su sufrimiento como una forma de reforzar (*regla 3*). Esto funcionó, ya que se incrementó hablar de los

aspectos negativos de su relación (regla 4).

Fue a partir de la *sesión 7*, cuando se fueron incrementando las conductas clínicamente relevantes tipo 2. Habló de apuntarse a una autoescuela, hizo comentarios positivos sobre su trabajo. Aunque todavía las conductas relevantes tipo 1 eran muy frecuentes. Por ejemplo: se quejaba sobre su vida y que los demás la habían dejado sola. Comentó que cuando sus compañeras hablaban de sus familias y de sus hijos, ella escapaba de la situación. Habló de varios suicidios que le habían comentado. Por ejemplo, ante esto, el terapeuta preguntó: “¿te vas a suicidar?”, Y después comentó: “*si te quieres matar yo no puedo hacer nada para impedirlo. Pero eso me haría sentirme muy mal*” (usó la expresión de sus propios sentimientos como una forma de evocar conductas clínicamente relevantes, Kohlenberg y Tsai, 1991). Ya no volvió a aparecer ningún comentario referente al suicidio (regla 4). Otro ejemplo de las reglas 3 y 4, fue el siguiente: para demostrar lo mal que ella estaba, trajo a la consulta una foto de hacía unos años, cuando pesaba más y tenía mejor aspecto, y dijo: “¿has visto lo mal que estoy ahora?” (Una conducta relevante tipo 1, con una función de mand disfrazado que pretendía demostrar lo mal que se encontraba en el momento de la sesión). En esta situación, el terapeuta le dijo: “Ah sí”, y dejó la foto sobre la mesa (pretendía extinguir estos Mandos), a lo largo del tratamiento no volvió a aparecer nada similar.

Durante estas sesiones, las conductas clínicamente relevantes tipo 1 fueron frecuentes. Aparecieron quejas, estaba confusa sobre sus sentimientos, no sabía cómo estaba ni a qué se debía su malestar. Lloraba en sesión. Utilizaba las reglas que vienen dadas culturalmente para enfrentarse al problema, por ejemplo: “*es mejor reír, por no llorar*”, “*el tiempo lo cura todo*”. Rechazaba su propia imagen. Sus explicaciones acerca de lo que le pasaba y qué debía hacer, eran incorrectas: “*Esto me ha pasado por ser buena, si hubiera sido más mala...*”. Aunque también aparecieron conductas relevantes tipo 3 más positivas: “*debo dejar de pensar y salir de mi depresión*”. En esta fase inicial, hubo diálogos interesantes. Como ejemplos de la regla 5 podrían ser:

Terapeuta (T): *¿qué es para ti la felicidad?*

Cliente (Cl): *Vivir sin problemas.* (Influencias culturales sobre la felicidad)

T: *¿Crees que ser feliz es no tener problemas?*

Cl.: silencio.

T: *¿crees que yo no tengo problemas?, ¿En mi trabajo, con mi familia,*

etc.?

Cl.: *Imagino que sí. Pero tú sabes llevar tus problemas.*

O este otro ejemplo,

T.: *¿Qué es para ti una relación de pareja?*

Cl.: *Hasta esto, yo creía que una relación de pareja era para toda la vida, como mi padre y mi madre. (esta regla ply y su seguimiento pliance, hacía que se resistiera a la ruptura y fuera insensible a las consecuencias). Para más información sobre pliances ver: Hayes, Zettle y Rosenfarb (1989) y Zettle y Young (1987).*

T.: *¿Y ahora?*

Cl.: *Ahora, no.*

También, comentó que le habían invitado a una boda y se resistía a ir:

T.: *¿Por qué no vas a la boda?*

Cl.: *Por la gente. No me fío de la gente (CCR 1).*

T.: *¿Y de mí te fías?* (Se compara lo que ocurre dentro de la sesión con lo que ocurre fuera, que según Kohlenberg y Tsai, 1991, pág.: 60; es una forma de evocar CCR).

Cl.: *De ti sí.*

T.: *¿Qué me diferencia de los demás?*

Cl.: *Pareces buena persona.*

T.: *No puede haber más buenas personas en la vida?*

Cl.: *Ojalá.*

T.: *En la boda puedes conocer a gente o encontrarte con alguien.*

Cl.: *Y qué*

T.: *Podría ser divertido*

Cl.: *No creo. (Se resiste, el T no insistió más porque creyó que se estaba reforzando las negativas, regla 4).*

En la siguiente sesión comentó que había ido a la boda, el moldeamiento de la sesión anterior fue efectivo (regla 4). A partir de este hecho, se produjo un cambio. Comentó que coincidió en la boda con una amiga y que habían quedado para salir. Su aspecto había mejorado. El terapeuta comentó que la veía mejor, que le gustaba su aspecto (utilizando sus propios sentimientos como una forma de reforzar naturalmente; Kohlenberg y Tsai, 1991). Le dijo que había ido a la peluquería, y que creía que estaba engordando, que por lo menos hacía por comer. El terapeuta le dijo que estaba seguro de que ella estaba mejor. A lo que contestó: "*Estoy más tranquila*". "*A mí lo que me hace falta es conocer a gente*" (conducta relevante tipo 3). Reconocer los progresos es una señal para iden-

tificar las conductas clínicamente relevantes (Kohlenberg y Tsai, 1995).

Sesiones de la 11 a la 19

Durante este periodo (hasta los 6 meses de tratamiento), la paciente seguía hablando de hacer planes aunque no los llevaba a cabo. Planes como: estudiar para promocionarse en el trabajo, sacarse el carnet de conducir, ir de compras, etc. Se incrementó hablar de eso (*regla 4*). Conforme se iba acercando la Navidad, confesó que se sentía agobiada, porque estaba sola, evitaba plantearse que iba a hacer la noche de fin de año. También evitaba (y escapaba, cambiando de tema) hablar de su edad, de hijos, de la familia, etc. (Conductas relevantes tipo 1). En una de estas sesiones, cuando el terapeuta le preguntó directamente sobre su ex-novio, se enfadó y le contestó de forma agresiva, gritando (*regla 2*, construir un ambiente que evoque conductas clínicamente relevantes).

T: *¿Qué sabes de tu ex-novio?*

Cl.: *Porque no me dejáis en paz. Estoy harta. Todo el mundo me dice lo mismo.* (Gritando).

T: *¿Por qué me contestas así? Perdona si te he ofendido, pero esa no era mi intención.*

Cl.: *Perdóname tú.*

T.: *¿Así respondes a la gente?* (Compara lo que ocurre dentro de la sesión con lo de fuera, que es una forma de evocar CCR).

Cl.: *Algunas veces sí. Con mi familia.*

Más adelante en otra sesión, el terapeuta volvió a preguntar sobre el ex-novio y ella contestó mejor, diciendo que no sabía nada desde el verano (una conducta clínicamente relevante tipo 2). La forma de actuar del terapeuta había servido para que no respondiera agresivamente ante esa pregunta (*regla 4*).

En una de las sesiones siguientes, habló de su relación aceptando lo ocurrido y responsabilizándose también. Comentó que estaba cambiando, que tenía ganas de reír. Y que estaba intentando controlar su mal humor. Aparecieron reglas más positivas: "*La vida debes tomártela como viene y no luchar contra ella*". Cuando aparecían estas conductas (tipo 2), el terapeuta las reforzaba (*regla 3*), según la experiencia que tenía con la cliente (*regla 4*). Describió que había salido en fin de año con una compañera de trabajo y que se lo pasó bien. El terapeuta por su parte, describió lo que hizo él, como

una forma de reforzar naturalmente. Además, dijo que había salido de compras. En este momento, empieza a realizar los proyectos. El terapeuta describió esto y comparó el antes con el ahora. Coincidiendo con el año nuevo, se marcó unas metas y compromisos con ella misma: *"Tengo que luchar y lo que me ha pasado, pasa ya a la historia"*. Aceptó lo ocurrido en su relación: *"de lo que me ha ocurrido yo no puedo hacer nada"*, *"yo tengo que seguir"*, *"Tengo que vivir la vida"* (Conductas tipo 2). A un comentario del terapeuta, se sonrió (Conducta clínicamente relevante tipo 2). El terapeuta se dio cuenta y lo describió: *"eh, te he visto sonreír"* (regla 1). Conforme la terapia iba avanzando, la frecuencia de las conductas clínicamente relevantes se iba invirtiendo.

Seguía sin aceptar su edad. Se resistía a hablar de su edad y tenía miedo a conocer a gente. Mantuvo: *"no quiero salir con gente de mi edad porque los veo como viejos. Yo realmente tengo 35 (se quita años) pero parezco que tengo 25. Yo realmente es como si tuviera 25"* (Conductas relevantes tipo 1).

En la S 17, de forma espontánea confesó que había recibido malos tratos de su novio. Kohlenberg y Tsai (1991, pág.: 60-61) señalan que una de las formas de identificar las conductas clínicamente relevantes es fijarse en las conductas que son sutiles o misteriosas. En nuestro caso, la paciente cada vez que el terapeuta le hablaba de los problemas de relación con su ex-novio, escapaba. Por ejemplo: *"¿Cómo fueron los últimos años de relación?"*, *"¿Cómo te llevabas con tu novio?"*, *"¿No discutíais?"*, etc. A lo que ella contestaba que no quería recordar nada de eso o cambiaba de tema de conversación. En esta sesión, el terapeuta comentó que había recibido una nueva paciente y que su pareja le estaba haciendo mucho daño (regla 2, construir un ambiente que evoque las conductas clínicamente relevantes). De forma espontánea ella confesó los malos tratos recibidos. Titubeando dijo:

Cl: *Nos llevábamos muy mal. Yo también le pegaba a él.*

T: *No entiendo, ¿hablas de tu relación?, ¿Os pegabais?*

Cl: *Sí (Se ríe de forma nerviosa). Una vez me dio una bofetada en la calle. Y otra vez, de una patada tuve que ir a Urgencias.*

T: *¿Cómo que aguantaste todo eso?*

Cl: *Yo también le pegaba, pero él me lo devolvía más fuerte. También rompía cosas. Yo también. Rompió el mando a distancia. Una vez en una fiesta me tiró una copa a la cara y se fue.*

T: *No entiendo, ¿tanto le querías para aguantar eso?, debiste de sufrir*

mucho (regla 3, reforzar).

Cl.: *Lo pasé muy mal. Yo no me sentía novia de él.*

T: *Que mala suerte tuviste. ¿Y no habría posibilidad de encontrar personas de otra forma?*

Cl.: *En la próxima relación tendré más cuidado de que esto no ocurra. En mi situación no tengo con quien salir y tampoco me apetece.* El T no siguió preguntando.

En la *S 18*, volvió a hablar de los malos tratos que recibió, lo que indicó que las consecuencias que aplicó el terapeuta fueron reforzantes (regla 4).

T: *Has tenido suerte de que terminara. Mi idea de lo que es una relación de pareja, no es esa.*

Cl.: *La vida es así, ahora me da por reírme de los recuerdos. Yo estuve ciega y no lo vi. Sólo veía por sus ojos. Sólo quiero recordar cuando lo conocí, que era una persona estupenda.* De forma espontánea dice: *para mí lo más importante es la belleza interior y no la física* (un tópico cultural). y sigue diciendo: *"Estoy cansada de esta situación* (se refiere a estar sola y deprimida). *Sé que tengo que salir con la gente pero no sé cómo hacerlo".* *La vida es así*, frase que le dijo el T hace ya sesiones.

En esta sesión dejó de fumar dentro de la consulta. El terapeuta fue consciente (regla 1) y lo describió: *"¿ya no fumas?", "¿Por qué?"* (regla 5). Contestó: *"estoy intentando dejar de fumar tanto"*. Se volvió a reforzar esta conducta de la misma manera que había funcionado antes, es decir describiendo el esfuerzo que estaba realizando. Desde esta sesión, el consumo de tabaco en la consulta se redujo hasta eliminarse.

(B) Fase Intermedia

Comprende un periodo de más de un año de duración que va desde la sesión 20 a la 40. En las *sesiones de la 20 hasta la 31* (al año de tratamiento), aparecieron nuevas conductas clínicamente relevantes tipo 1. Por ejemplo: problemas en la relación con los demás, quejas sobre sus compañeras y su trabajo, evitaba hablar de un problema que tuvo con una compañera, etc. Relacionado con esto último, el terapeuta insistió preguntando sobre qué había ocurrido. Al final, contestó: *"No quiero saber nada de ella"* (es equivalente a cuando la dejó su novio). También, confesó que su mal genio persistía. Las quejas eran frecuentes, ya no se quejaba de la vida

ni de lo ocurrido, ahora se quejaba de los demás. Por ejemplo: *"Estoy cansada de animar a la gente, ahora quiero que me animen a mí. La gente sólo va a su conveniencia"*. También aparecieron conductas relevantes tipo 2. Conoció a una muchacha que le presentó una vecina. Y esta le propuso ir a una asociación cultural. Durante estas sesiones, la cliente se resistía a salir y se quejaba de los demás. Un ejemplo del moldeamiento del terapeuta fue:

Cl.: *Estoy en una situación muy difícil, porque estoy sola.* (Expresar las dificultades, según Kohlenberg y Tsai, 1995, indica CCR).

T: *Ahora no te puedes quejar, acabas de conocer a gente nueva.*

Cl.: *Yo soy muy independiente, no voy a estar detrás de las personas. Si te abres a las personas te pueden hacer daño.* (Se resiste. CCR 1).

T: *Tu te has abierto a mí. ¿Te he hecho daño?* (comparar la relación terapéutica con las demás)

Cl.: *Es distinto*

T: *¿por qué?*

Cl.: *por que este es tu trabajo.*

T: *¿Crees que si no lo fuera te haría daño?*

Cl.: *No. Me hecho yo más daño que él a mí.* (Se refiere a su ex-novio).

A la siguiente sesión indicó que fue a una asociación con su nueva conocida. El moldeamiento fue efectivo (*regla 4*). En las sesiones siguientes, comentó que había conocido a otra muchacha pero que según ella estaba "loca". Dijo: *"llegué a mi casa con una gran decepción. Pero me dio por reír. Fue al final de la noche, lo único que le gustaba a esta chica era beber. Se portó conmigo de forma grosera"*. Parecía que encajó bien esa decepción. Otra conducta relevante tipo 1 estaba relacionada con su trabajo. Comentó que creía que la despedirían pero se resistía a explicar por qué. Confesó que no fue a una reunión laboral porque se iba agobiar. A través del moldeamiento del terapeuta, explicó que la despedirían porque estaba muy delgada (algo irracional porque tiene su plaza por oposición). Cambió de tema de conversación y comentó: *"Me han preguntado en la calle y ¿tu novio?, ¿Cuándo te casas?, Y se me ha hecho un nudo en la garganta"*. El terapeuta compara su situación laboral con la relación con el novio, *¿Te hace sufrir el trabajo como tu relación con tu novio?*, estableciendo una equivalencia entre ambas. Según la *regla 2* que propone construir un ambiente que evoque conductas clínicamente relevantes, ya que se pensó que estaba evitando hablar del trabajo.

Durante estas sesiones, se ampliaron sus relaciones sociales. En una sesión, describió que dejó plantada a una amiga y que quizás estuviera enfadada con ella. Se puso a llorar, y a decir: *"me siento como si no tuviera un puesto en esta vida"* (según Kohlenberg y Tsai, 1995, hablar de sentimientos difíciles indica conductas clínicamente relevantes), en vez de decir que se sentía culpable por lo que había hecho, probablemente era un Mando. El terapeuta puso la caja de pañuelos cerca de ella y esperó a que se calmara (Extinción, regla 3) y preguntó: *"¿por qué las has dejado plantada?, ¿No te dio cosa?, ¿Le pediste disculpas?"* (regla 5).

Un familiar llamó por teléfono al terapeuta y le explicó que ella tenía un trato con la familia despótico, peleándose, gritando, etc. En esta sesión (26), fumó después de 8 sesiones sin haberlo hecho (3 meses y medio), lo justificó porque sus compañeras en el trabajo fumaban mucho (una explicación incorrecta, conducta clínicamente relevante tipo 1 y 3). El terapeuta no le comentó que un familiar había llamado. Le preguntó como le iba en su casa pero no contestaba (conducta relevante tipo 1). Comentó que estaba triste porque se encontraba sola en su casa (Mando, insinuando que su familia no le hacía ningún caso). El terapeuta siguió insistiendo por su relación con su familia y al final, confesó sus malas formas con ellos. Lo explicó: *"porque me agobian, me siento como una cría pequeña"*. Al moldear le preguntó: *"¿Por qué crees que hacen eso?, ¿Se lo has dicho así a ellos, como me lo has dicho a mí? Pues aquí no me gritas y conversas sin ofenderme, ¿cómo que lo haces con ellos?"* El terapeuta compara la forma de comportarse de dentro de la sesión y la de fuera para establecer una equivalencia funcional entre ambos ambientes, intentando evocar conductas clínicamente relevantes.

En todas estas sesiones, cada vez que el terapeuta intentaba analizar por qué estaba enfrentada con sus compañeras, cambiaba de tema o se resistía a comentarlo (conducta tipo 1). También seguía sin aceptarse a sí misma (conducta relevante tipo 1), no aceptaba que le dijeran que estaba delgada y por esta razón, evitaba ir a una boda. El terapeuta le dijo: *"es cierto que estás delgada y por eso, ¿vas a dejar de venir aquí?"* (regla 5, estableciendo de nuevo comparaciones entre las dos situaciones). Tampoco se atrevía a ponerse el bañador. Por eso, evitaba ir a la playa con su amiga y tampoco quería a hablar de eso. Comentó que fue a la boda (el terapeuta refuerza diciendo que ha hecho un gran esfuerzo, etc.) y que lloró

porque se emocionó. Estableció una equivalencia con ella misma, comentó: "*Yo podía estar así*" (se refería a estar casada). El terapeuta moldeó las reglas de para qué le sirvió ir a la boda (*regla 5*).

En una de las sesiones, al entrar se echó a llorar (conducta relevante tipo 1). El terapeuta no habló (Extinción, *regla 3*) y ella dijo: "*No te preocupes que no pasa nada*" (un Mando). Después de mucho, comentó que una amiga no la había vuelto a llamar, que salía con otros sin invitarla y que le ponía pretextos para no salir con ella. Conforme decía esto, comenzó a insultar y a criticar a su amiga (conducta relevante tipo 1). El terapeuta moldeó: "*¿crees que te ha utilizado?, ¿Eso es tan terrible?, Oye, ella no es tu novio. ¿No crees que las personas tenemos derecho hacer lo que queramos?*" (*regla 5*). Aparecieron reglas como: "*No hago nada. Cuando uno está mal, no tiene ganas de nada*", quejas que antes se habían eliminado, aparecen de nuevo.

En la *sesión 31*, al año de tratamiento, apareció un cambio en la evolución de la cliente, comenzó a establecer reglas más adecuadas. En una sesión dijo:

Cl.: *Me he dado cuenta de que no puedo ser tan egoísta* (se refiere a como reaccionó porque su amiga la dejara).

T: *Creo que hay una relación en lo que ha ocurrido y tu problema de la separación. Fíjate cuando te deja tu amiga y cuando te deja tu novio, te pones muy mal. ¿Es esto así?* (El T explica que hay una equivalencia funcional entre ambas situaciones, ya que producen el mismo efecto, *regla 5*).

Cl.: *No sé.*

T: *Cada vez que ocurra algo parecido, ¿Caerás en una depresión?, ¿Y si te deja tu otra amiga?*

Cl.: *Tendré que seguir adelante.*

T: *¿Qué es la amistad?*

Cl.: *Entregar todo, no pedir nada a cambio.*

Otro ejemplo:

T: *¿Qué has aprendido de la vida?*

Cl.: *"Quedarme sola y encerrarme en él es lo peor que he hecho en mi vida".*

T.: *¿Y ahora?, ¿Qué diferencia hay?* (le hace que compare el antes con el ahora)

Cl.: *Tengo ganas de vivir. Me siento bien. No hace falta casarse para ser feliz, ni tampoco tener hijos.* (En este momento comienza a cambiar su concepto de felicidad).

Engordó 2 kg., dijo que hacía un esfuerzo por comer, y que estaba más tranquila (reconocer los progresos, es una conducta clínicamente relevante, según Kohlenberg y Tsai, 1995). Se planteó nuevos proyectos: comprarse un piso, hacer cursos, viajes...

Desde la *sesión 32 hasta la 40*, transcurrió un año y medio de tratamiento. De nuevo, poco a poco se fueron incrementando sus quejas (conductas relevantes tipo 1), hablaba mal de sus amigas, del trabajo, de las compañeras, de las enfermedades. El terapeuta no consiguió eliminar las quejas ignorándolas (*regla 4*). En una de estas sesiones, llegó muy enfadada porque su amiga le había dicho que no tenía temas de conversación porque siempre hablaba de lo mismo. El terapeuta analizó qué sentimientos le evocaban la relación con la paciente como una forma de identificar conductas clínicamente relevantes (Kohlenberg y Tsai, 1991). Ultimamente, el terapeuta también sentía que su relación era muy aburrida y angustiosa, siempre hablaba de lo mismo, de sus quejas. A partir de este momento, el terapeuta se marcó como objetivo hablar de otros temas, como una conducta relevante tipo 2. En las sesiones siguientes, se seguía quejando de su trabajo, de sus amigas y de sus compañeras. Incluso, describió que había faltado al trabajo, lo achacaba a lo mal que estaba (conducta relevante tipo 1). Se hipotetizó que estaba utilizando la depresión como una excusa para no trabajar. Salía a la calle, paseaba, iba de compras, etc. pero no trabajaba. El terapeuta moldeó unas explicaciones más correctas (*regla 5*), lo que estaba evitando era ir a trabajar porque le esperaba un día duro y también, que evitaba ver a las compañeras porque la presionaban para que trabajase, pero no porque estuviera deprimida. En otra sesión, llegó muy tarde a la consulta (conducta tipo 1) lo justificó porque no se encontraba bien y se había quedado dormida. El terapeuta le dijo que ya no la podía ver y le pospuso la cita una semana. A lo largo del tratamiento se comprobó que no volvió a llegar tarde (*regla 4*). En una de estas sesiones, seguían apareciendo quejas, y el terapeuta describió que no paraba de quejarse de sus compañeras porque no la ayudan, y estableció una equivalencia con llegar tarde a la consulta y lo que hizo el terapeuta. Y preguntó: "¿Crees que yo no te ayudé?". Evitó la pregunta y contestó: "Ahora estoy muy inquieta, lo estoy pasando muy mal. ¿Qué puedo hacer?" (un mando adaptativo, en vez de quejarse, pide ayuda directamente). El terapeuta moldeó para que no utilizara sus problemas como una excusa con los compañeros de trabajo. En otra sesión, comentó

que había ido al médico pero evitó sacarse sangre por el dolor (conducta relevante tipo 1). Evitaba hablar del trabajo y de las compañeras. Ahora se quejaba de las enfermedades. El terapeuta sintió que se aburría conforme hablaba de esas quejas. El terapeuta intentó romper esa tendencia a quejarse y a provocar que sacara compromisos con ella misma:

T: *¿Eres feliz?*

Cl: *No, pero ¿qué hago? Estoy luchando por ser feliz (saca un compromiso con ella misma). Todo llega en la vida (se refiere a la amistad/amor), cuando veo un día nublado (se refiere a un día emocionalmente bajo) me intento animar, ser más positiva. Estoy sola, ¿y qué?*

T.: *¿Porqué no vas a trabajar?, ¿Qué te pasa en el trabajo?*

Cl: *Silencio*

T: *¿Te has dado cuenta de que siempre te quejas de todo, del trabajo, de la vida?, Y a nadie le gusta eso. Comprendo porqué tu amiga dijo eso" (regla 5).*

Durante esa sesión y las siguientes, se establecieron nuevos temas de conversación, primero preguntándole su opinión por actividades y luego de forma espontanea ella misma. A la vez, el terapeuta intentaba reforzar de forma natural estas conductas tipo 2 (regla 3), diciéndole: "Ahora no dirá tu amiga que no tienes temas de conversación porque aquí hablas de todo" (comparando ambos ambientes para establecer esa equivalencia funcional), o describiendo, "oye, ¿donde has leído eso?", etc. Y siguiendo la regla 4, los efectos de la conducta del terapeuta eran realmente reforzantes porque se incrementó hablar de diversos temas: plantas, coches, programas de TV, etc.

En estas últimas sesiones, no aparecieron quejas (regla 4). Se incrementaron las conductas relevantes tipo 2, comentó que ha hecho amistad con una mujer, que ha conocido a otra gente, amigos de una amiga y que ha salido con ellos. De forma espontanea habló de lo que evitaba y sacó las siguientes reglas: "Todos nos equivocamos y mi error fue confiar en ese tío" (conductas tipo 2 y 3), "no me preocupa encontrar mi media naranja. Mi sino es ser soltera". Volvió a hablar de proyectos: ir al dentista, al médico, matricularse en una autoescuela, comprar una casa... Pidió un traslado para cambiar de empleo y estaba muy contenta porque le habían dicho que tenía posibilidades. Habló de la fiesta de fin de año y con quien fue. Comentó: "estoy deseando cambiar de trabajo para conocer a otra gente". El terapeuta describió que era más amena, que hablaba de cosas que a él le interesan y que la notaba mejor. Le preguntó:

T.: *¿Qué es lo más importante en tu vida?*

Cl.: *La salud y el trabajo. La vida está llena de obstáculos y hay que saltarlos.*

T.: *¿Qué te podía afectar ahora mismo?*

Cl.: *Que me echaran del trabajo.*

C) Fase Final

Este periodo fue desde la *sesión 41* hasta la *45*, con una duración de 3 meses. En él, las quejas fueron disminuyendo y en cambio, se incrementaron las conductas clínicamente relevantes tipo 2 y 3. Por ejemplo, *"ahora que estoy saliendo no me voy a hundir. Con lo bonita que es la vida..."*. Tuvo un problema con las compañeras y analizó lo ocurrido en el trabajo: *"ahora tengo más diplomacia. Antes, saltaba y si me chillaban, yo chillaba. Me enfrenté con mis compañeras y eso fue el problema. Ahora no les hago caso, las saludo y ya está"* (hablar de los progresos, según Kohlenberg y Tsai, 1995, es una conducta clínicamente relevante tipo 2). También estableció una comparación entre las compañeras del anterior puesto de trabajo y estas, concluyendo que eran de otra forma y que ella también.

Fue en la *sesión 44*, cuando habló de haber superado la depresión por primera vez, y estableció compromisos con ella misma: *"Quiero salir adelante y conocer a gente"*. (conducta relevante tipo 2). Contactó con una antigua amiga y salió con ella. Comentó que ya no tenía problemas con las compañeras porque no les hacía caso. La siguiente sesión fue al mes de ésta y dijo que había ido al médico y se había hecho un análisis de sangre (conducta tipo 2, se enfrenta al dolor algo que evitaba). El terapeuta dijo: *"Vaya, con el miedo que te daba"* (regla 3). Solía ir a peluquería con frecuencia, seguía llamando a gente, a antiguas amigas, a los actuales conocidos, etc. Habló de su depresión como si fuera algo del pasado. Dijo que ya se encontraba bien que lo único que le quedaba era conseguir gente con quien estar y salir. En esta sesión el terapeuta decide pasar a una fase de seguimiento.

El *seguimiento* duró 5 meses. En la siguiente sesión, por primera vez habló sobre cómo era el despacho del terapeuta, de sus cuadros, de los objetos. También habló de otros temas: de literatura, decoración, etc. Dijo que *"tengo que culturizarme"* y comentó los

libros que compraba (conductas relevantes tipo 2). Al terapeuta le pareció una conversación interesante y amena, y se lo describió. Hablaba de sus compañeras aceptando que los demás son diferentes y que debía de adaptarse (va cambiando su concepto de amistad, siendo ahora más flexible). Dijo: *"cuando pueda me iré a otro sitio, con un traslado o con un ascenso de categoría"*. También habló de los proyectos para ese verano. Le pidió al terapeuta la próxima consulta para después de verano justificando que se encontraba muy bien. Dijo: *"Antes tenía la autoestima por los suelos pero ya la estoy recogiendo"*.

La siguiente consulta fue a los 2 meses y medio (2 años de tratamiento). Aparecieron conductas clínicamente relevantes tipo 2, como describir que había conocido a gente nueva y que estaba saliendo con ella. Comentó: *"¿te acuerdas cuando decía que tenía que conocer a gente?"* (Compara el antes con el ahora de forma espontánea). El terapeuta pregunta: *¿En qué has cambiado?*, ella contesta: *"Ya veo las cosas de otra manera", "este verano ha sido distinto a los últimos"*. Al preguntar por su ex-novio, habló muy tranquila de su antigua relación y sacó estas reglas: *"No me pasará otra vez. En el fondo me da pena de él. Yo me equivoqué, me cerré en él y eso no se debe hacer. Cada uno debe vivir su vida"*. El terapeuta le preguntó qué había aprendido de la terapia (una pregunta que evoca conductas clínicamente relevantes, según Kohlenberg y Tsai, 1995), a lo que contestó: *"Que la vida hay que tomarla tranquilamente. Soy yo la que tiene que vivir la vida. No hay que darle tantas vueltas a las cosas. No hay que pensar todo el día que estás sola"*.

En la sesión siguiente (a los 2 meses), mantuvo que había vuelto ha engordar por la tranquilidad que tenía. Al preguntar por sus compañeras, dijo que la dejaban tranquila. De nuevo, durante la sesión comentó las cosas con tranquilidad y fue amena en la conversación (conducta relevante tipo 2). En su casa, con su familia le iba bien. Se planteó objetivos más realistas. A partir de esta sesión se planteó darle el alta. Se transcribe el último diálogo como una forma de terminar la terapia (Kohlenberg y Tsai, 1995) y un ejemplo de la *regla 5*:

T: *¿Crees que necesitas venir más veces?*

Cl.: *Creo que no. Pero pensaba que me lo dirías tú.*

T: *¿Puedo ayudarte en algo?*

Cl.: *Yo soy quien me tengo que ayudar. No puedo quejarme de mi vida. Hay quien está peor.*

T.: *¿Eres feliz?*

Cl.: *Bueno, tan feliz como cualquiera. La vida también tiene sinsabores y hay que reponerse.*

T.: *Oye, ¿qué podría deprimirte?*

Cl.: *Ahora no lo sé, pero he aprendido algo, que hay que seguir luchando.*

T.: *Perderás a familiares, y amigos, ¿te vas a deprimir?*

Cl.: *Creo que no. Tendré que seguir luchando.* (CCR 3 más positivas, aceptando que la vida también tiene sufrimiento y se compromete a luchar).

D) Seguimiento telefónico

Al año y tres meses de la última sesión se contactó telefónicamente con ella. Mantuvo que se encontraba bien. Seguía en el mismo trabajo pero pensaba presentarse para ascender en su empleo. Con las compañeras le iba mejor, hablaba y se relacionaba con ellas, aunque no salía con ninguna. Este verano fue a la playa con unas amigas y se pasó unos días de vacaciones, se bañó (evitaba ponerse el bañador). Todos los fines de semana salía con unos amigos y amigas. Su relación con su familia era mejor. Por primera vez la cliente le preguntó al terapeuta por su familia. Comentó que había tenido un conflicto con unos amigos y dijo que lo había solucionado ella. Creía que no necesitaba más ayuda.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se podría afirmar que un procedimiento psicoterapéutico basado en la aceptación como es la *Psicoterapia Analítica Funcional* fue útil para tratar un Trastorno Depresivo de las características de esta cliente. Los resultados se mantuvieron por un periodo de 1 año y tres meses. Y lo que es más importante, durante el periodo de seguimiento se comprobó que la cliente se ajustaba a los valores y cambios generados en la terapia.

La intervención se dividió en tres fases, como proponen Kohlenberg y Tsai (1995). Durante la fase inicial, la frecuencia de conductas clínicamente relevantes tipo 1 era alta. Aunque todas estas conductas eran muy frecuentes, el tratamiento se centró fundamentalmente en: su resistencia a aceptar su situación y a ella misma, sus quejas

sobre lo ocurrido, su apatía y su resistencia a establecer nuevos contactos sociales. Conforme el terapeuta iba moldeando, haciendo que la cliente se expusiera a las experiencias que evitaba y a sus explicaciones de los hechos, comenzó a invertirse la frecuencia de las conductas relevantes, incrementándose las de tipo 2. Creemos que existen tres momentos importantes en la evolución de la paciente durante esta fase. El primero sería cuando se moldeó para que se enfrentara a nuevas relaciones sociales (ir a una boda). El segundo sería cuando apareció en consulta su comportamiento agresivo (cuando se le preguntó por el novio). Y finalmente, en la sesión 17, cuando reconoció que había recibido malos tratos y que su relación estaba deteriorada. En la Fase intermedia, aparecieron nuevas conductas clínicamente relevantes tipo 1. Empezó a tener problemas en la relación con los demás, aparecieron quejas sobre sus compañeras y sobre su trabajo. Las quejas en un primer momento fueron muy frecuentes y recurrentes, pensamos que formaban parte de una misma clase de respuesta con las de la fase anterior. Durante esta fase hubo momentos destacables. En la sesión 31, se produjo un cambio positivo, reconociendo sus progresos, estableciendo reglas más adecuadas y comenzando a cambiar su concepto de felicidad adecuándolo a su situación (decir que podía ser feliz sin familia e hijos). Pero es a partir de la siguiente sesión cuando hubo un retroceso. Se vuelven a incrementar las quejas y los problemas de relación con los demás y sobre todo, su resistencia a hablar sobre los problemas, evitaba comentar lo ocurrido con los demás y en el trabajo. Estas dificultades en sus relaciones sociales también aparecieron dentro de la sesión, como por ejemplo llegar tarde a la consulta y justificarlo por estar mal emocionalmente. También, su conversación provocaba aburrimiento al propio terapeuta. En estas sesiones, el terapeuta se planteó un cambio de estrategia terapéutica potenciando las conversaciones en temas alternativos reforzándolos diferencialmente de forma natural. Como efecto de esto, se eliminaron las quejas, se incrementaron las relaciones sociales y los deseos de conocer a más gente, aumentaron los proyectos y hubo una mejoría en las explicaciones sobre lo ocurrido y su futuro. En la fase final, disminuyeron las quejas y hubo un incremento en las conductas clínicamente relevantes tipo 2, manteniendo buenas relaciones sociales, aceptando a los demás, realizando proyectos, teniendo una conversación más extensa y amena, mejorando su autoconcepto, engordando. También hubo una mejora en las con-

ductas clínicamente relevantes tipo 3, aceptando su pasado y los sinsabores de la vida. En el seguimiento telefónico al año y tres meses, se comprobó que la cliente, se seguía ajustando a esos valores que habían surgido en la terapia, aceptar a los demás, etc. La larga duración de la intervención pudo deberse a la gravedad del problema de la cliente. Es decir, una persona que había recibido malos tratos, aislada socialmente, con pocos recursos personales cuando llegó a consulta, pueden hacer que la intervención no sea tan simple y breve como en otros casos.

La depresión es un tipo de problemática de una difícil solución terapéutica y como se dijo en un comienzo, es un fenómeno complejo. En nuestro caso, la paciente mostraba un repertorio social limitado. Parece que los pacientes depresivos presentan déficits en habilidades sociales que les llevan directos al fracaso social. Para Biglan (1991) el bajo nivel de reforzamiento social es crucial en el inicio y en el mantenimiento de la depresión. Pensamos que la intervención basada en el trabajo directo dentro de la sesión es efectiva en casos como este que presentan una fuerte resistencia al cambio. Como Mantienen Korner, Kohlenberg y Parker (1996) no decimos que otros tipos de intervención (dar consejos, usar trabajos para casa, la aplicación de terapias cognitivas, el entrenamiento en habilidades sociales, etc.) sean inefectivas. Nuestra posición coincide con la de Friman, Hayes y Wilson (1998), cuando dicen que las intervenciones en vivo son más potentes y tienen mejores resultados que aquellas intervenciones más indirectas y artificiales.

El análisis funcional realizado de la problemática de la paciente partió de los modelos propuestos por los siguientes autores: Dougher y Hackbert (1994), Kohlenberg, Tsai y Kohlenberg (1996), Naugle y Follette (1998). Este análisis permitió la selección de los objetivos de intervención. A la vista de los resultados, parece que la selección de las conductas clínicamente relevantes fue oportuna.

La paciente mostraba una resistencia a la aceptación de su vida que le impedía superar sus problemas. Creemos que fue un acierto seleccionar un procedimiento basado en la aceptación para este tipo de problemática. Se ha demostrado que las intervenciones basadas en la aceptación son más efectivas que el control racional en la tolerancia del dolor (Hayes, Bissett, Korn, Zettle, Rosenfarb, Cooper, y Grundt, 1999), en el dolor crónico (Augustson, 1999) y pensamos que en el sufrimiento en general. De acuerdo con Cordova y Kohlenberg (1994) la *FAP* promueve la aceptación a través de la

autoobservación (conductas clínicamente relevantes tipo 3), reduciendo los sentimientos de culpa y a través de evocar las respuestas emocionales dentro de la sesión terapéutica. Creemos que en nuestro caso, se promocionó la aceptación a través de la exposición a sus propias repuestas emocionales en sesión y a través de sus explicaciones y observaciones de los propios hechos de su vida. Estamos convencidos de que promocionar la aceptación tiene una serie de beneficios. Como mantienen Cordova y Kohlenberg (1994) se incrementa el contacto con reforzadores perdidos, se incrementan acciones potenciales más productivas y se reduce el arousal aversivo.

Hemos sido conscientes de que la aparición de las conductas clínicamente relevantes es más frecuente que lo que creen muchos terapeutas y que tan sólo con ser sensibles a la aparición de este tipo de conductas en sesión (Regla 1) la terapia es efectiva, como mantienen Kohlenberg y Tsai (1991). Por otro lado, pensamos que la importancia de observar el efecto del comportamiento del terapeuta sobre la conducta del cliente es una de las aportaciones más importantes de esta psicoterapia. Nosotros propondríamos la aplicación de la observación del comportamiento del propio psicólogo a otros ámbitos clínicos (retraso en el desarrollo, logopedia, en educación, etc.). También, coincidimos con Pérez Alvarez (1996a) cuando dice que la diferencia entre la Psicoterapia Analítica Funcional y la Terapia de Conducta estaría en la distinta consideración de la relación terapéutica.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association** (1994/1995). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Augustson, E.M.** (1999). Issues of Acceptance in Chronic Pain Populations. *The Behavior Analyst Today*, 1, 14-17.
- Biglan, A.** (1991). Distressed behavior and its context. *The Behavior Analyst*, 13, 157- 169
- Bolling, M.Y.; Kohlenberg, R.J. y Parker, C.R.** (1999). Behavior Analysis and Depression. En M.J. Dougher (Ed.). *Clinical Behavior Analysis*. Reno: Context Press.
- Cordova, J.V. y Koerner; K.** (1993). Persuasion criteria in research and practice: gathering more meaningful psychotherapy data. *The Behavior Analyst*, 16, 317-330.

- Cordova, J.V. y Kohlenberg; R.J.** (1994). Acceptance and the therapeutic relationship. En S.C. Hayes; N.S. Jacobson; V.M. Follette y M.J. Dougher (Eds.). *Acceptance and Change: content and context in psychotherapy*. Reno: Context Press.
- 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. y Valero, L.** (1998). Psicoterapias Conductistas: nuevos enfoques clínicos. *Psicologemas, 23*, 31-62.
- 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.
- Hayes, S.C.; Bissett, R.T.; Korn, Z.; Zettle, R.D.; Rosenfarb, I.S.; Cooper, L.D. y Grundt, A.M.** (1999). The impact of acceptance versus control rationales on pain tolerance. *The Psychological Record, 49*, 33-48.
- Hayes, S.C.; Kohlenberg, B.S. y Melancon, S.M.** (1989). Avoiding and Altering Rule-Control as a Strategy of Clinical Intervention. En S.C. Hayes (Ed.) *Rule-Governed Behavior. Cognition, Contingencies, and Instructional Control*. New York: Plenum Press. (Págs.: 359-385).
- Hayes, S.C.; Strosahl, K.D. y Wilson, K.D.** (1999). *Acceptance and Commitment Therapy. An experimental approach to behaviour Change*. New York: Guilford.
- Hayes, S.C. y Wilson, K.G.** (1993). Some applied implication of a contemporary behavior-analytic account of verbal events. *The Behavior Analyst, 16*, 283-301.
- Hayes, S.C.; Zettle, R.D. y Rosenfarb, I.** (1989). Rule-Following. En S.C. Hayes (ed.). *Rule-governed behavior. Cognition, contingences, and instructional control*. New York: Plenum Press.
- 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, R.J.; Hayes, S.C. y Tsai, M.** (1993). Radical behavioral psychotherapy: Two contemporary examples. *Clinical Psychology Review, 13*, 579-592.
- Kohlenberg, R.J. y Tsai, M.** (1991) *Functional analytic psychotherapy. Creating intense and curative therapeutic relationships*. New York: Plenum Press.
- Kohlenberg, R.J. y Tsai, M.** (1994a). Improving cognitive therapy for depression with functional analytic psychotherapy: Theory and case study. *The Behavior Analyst, 17*, 305-319.

- Kohlenberg, R.J. y Tsai, M.** (1994b) Functional Analytic Psychotherapy: A Radical Behavioral Approach to Treatment and Integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 4, 174-201.
- Kohlenberg, R.J. y Tsai, M.** (1995) Functional Analytic Psychotherapy: A behavioral approach to intensive treatment. En W. O'Donohue y L. Krasner (Eds.) *Theories of Behavior Therapy*. Washington: American Psychological Association.
- Kohlenberg, R.J. y Tsai, M.** (1998). Healing interpersonal trauma with the intimacy of the relationship. En V.M. Follette; J.I. Ruzek y F.R. Abueg (Eds.). *Cognitive-behavioral Therapies for Trauma*. New York: Guilford.
- Kohlenberg, R.J., 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.
- Michael, J.** (1993). Establishing operations. *The Behavior Analyst*, 16, 191-206.
- Naugle, A.E. y Follette, W.C.** (1998). A Functional Analysis of Trauma Symptoms. En V. M. Follette; J.I. Ruzek y F.R. Abueg (Eds.). *Cognitive-Behavioral Therapies for Trauma*. New York: Guilford.
- 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 Alvarez, M.** (1996a). *La Psicoterapia desde un punto de vista conductista*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Pérez Alvarez, M.** (1996b). *Tratamientos Psicológicos*. Madrid: Ed. Universitas, S.A.
- Skinner, B.F.** (1957/1981) *Conducta Verbal*. México: Trillas.
- Sundberg, M.L.** (1993). The application of Establishing Operations. *The Behavior Analyst*, 16, 211-214.
- Zettle, R.D. y Young, M.J.** (1987). Rule-following and human operant responding: conceptual and methodological consideration. *The Analysis of Verbal Behavior*, 5, 3-39.

