

LA DEPRESION: ALGUNAS CONSIDERACIONES CRITICAS EN SU TRATAMIENTO

Rafael Ferro García

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

RESUMEN

Este trabajo intenta explicar las razones por las que la depresión es un tema complejo terapéuticamente. Se describe su tratamiento desde dos corrientes que se enmarcan dentro de la Terapia de Conducta. Se analiza la Terapia Cognitiva de Beck. Se emplea Análisis Funcional para identificar y describir las variables que afectan a este trastorno. Finalmente, se propone a la Psicoterapia Analítica Funcional como una alternativa que resuelve los problemas expuestos, desde un punto de vista conductista.

Palabras Clave: DEPRESION, TERAPIA COGNITIVA, ANALISIS FUNCIONAL, PSICOTERAPIA ANALITICA FUNCIONAL

Agradecimientos: Quiero agradecer al profesor Antonio Fernández Parra sus sugerencias a la idea original de este trabajo. Agradezco 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.

SUMMARY

This article attempts to explain the reasons for which the treatment of depression is so complex. Two approaches to treatment, both within the framework of Behavior Therapy, are described. Beck Cognitive Therapy is analyzed. Functional Analysis is applied to identify and describe the variables that affect this disorder. To conclude, Functional Analytic Psychotherapy is proposed from a behaviorist standpoint as an alternative for the problems discussed.

Key words: DEPRESSION, COGNITIVE THERAPY, FUNCTIONAL ANALYSIS, FUNCTIONAL ANALYTIC PSYCHOTHERAPY.

LA COMPLEJIDAD TERAPÉUTICA DE LA DEPRESIÓN

La depresión es un tema complejo terapéuticamente por varias razones. Por un lado, en cuanto a su diagnóstico no es un fenómeno unitario, ya que agrupa a una heterogeneidad de conductas. Comprende distintos grupos de síntomas que pueden ser opuestos o incompatibles. Unos ejemplos serían: los problemas de sueño (el paciente puede padecer insomnio o hipersomnias), los problemas de alimentación (puede mostrar un incremento o decremento de peso, una falta o aumento del apetito), y la agitación o lentitud psicomotora. Además, los síntomas más comunes pueden aparecer o no en un cliente, e incluso, en un mismo paciente pueden cambiar a lo largo del tiempo, como: la abulia o la falta de interés por las cosas, la disforia o el estado de ánimo bajo (llantos, quejas, lamentos, declaraciones auto-denigrantes, etc.), los pensamientos relacionados con la muerte y con el suicidio, etc. Por otro lado, la sociedad ve a la depresión como algo terrible, inexplicable, misterioso, resistente al tratamiento, a veces incurable, e incluso peligroso puesto que en algunos casos termina en el suicidio.

A nivel psicológico, su abordaje teórico y terapéutico difiere de una corriente a otra. Analizaremos este trastorno desde dos tendencias dentro de la Terapia de Conducta. Desde una perspectiva

estructural (como la Terapia Cognitivo-Conductual), la explicación del problema y su tratamiento es nomotética (basándose en la asunción de que hay unos principios universales en la explicación y en la intervención psicoterapéutica). Los diagnósticos se basan en la topografía del problema, como el sistema DSM-IV (APA, 1994). Los clínicos aplican grandes paquetes de tratamiento de forma general e inespecífica. En cambio, desde una perspectiva funcional (Análisis de Conducta Clínico como lo denominan Dougher y Hayes, 2000), la intervención es idiosincrática, partiendo de la existencia de variables únicas que son responsables del desarrollo y mantenimiento del comportamiento. Se realizan intervenciones que se adaptan a cada sujeto, y al contexto donde surgen los problemas. Ambas corrientes ven al problema de manera diferente tanto teórica como de forma aplicada.

Después de la descripción de los problemas que envuelven al trastorno, parece claro que se requiere de una explicación compleja y pluricausal, como propone Biglan (1991). A continuación, se analizarán estas dos formas de abordar el problema de la depresión.

UNA INTERVENCIÓN DESDE LA PERSPECTIVA ESTRUCTURAL: LA TERAPIA COGNITIVA DE BECK

Desde la Terapia de Conducta y dentro de esta perspectiva estructural, un tratamiento de elección para un trastorno depresivo, sería la Terapia Cognitiva de Beck (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979). Esta terapia es considerada como uno de los procedimientos terapéuticos más efectivos para el tratamiento de la depresión. Una revisión sobre los estudios de la eficacia de esta terapia se puede ver en Pérez Álvarez (1996a, págs: 848-851).

La Terapia Cognitiva de Beck parte de la asunción general dentro del Cognitivismo de que: **A**→**B**→**C** (**ABC**), en la que (**A**) son los sucesos ambientales antecedentes e influyen en (**B**), que son las cogniciones, y éstas afectan a (**C**), que representa la acción y/o la emoción. Desde este punto de vista, todos los síntomas que hemos descrito anteriormente son el resultado de patrones cognitivos negativos, es decir, de ideas, cogniciones, pensamientos, atribuciones, etc. Estos patrones están evocados por el ambiente y hacen que

el cliente sienta y actúe de ese modo. Beck propone su conocida *triada cognitiva* para explicar la depresión (Beck et al., 1979, pág.: 19), que consiste en la visión negativa que el paciente depresivo tiene de su yo, del mundo y de su futuro. Por lo tanto, la intervención debe ir encaminada hacia la modificación de estas cogniciones negativas.

Desde el punto de vista del Análisis de Conducta Clínico o del Conductismo Radical, se han realizado varios análisis e interpretaciones de la Terapia Cognitiva (Bolling, Kohlenberg y Parker, 2000; Forsyth, Chase y Hackbert, 1997; Kohlenberg y Tsai, 1991, 1994; Kohlenberg, Tsai y Kohlenberg, 1996). Analizaremos desde este punto de vista, la visión teórica y aplicada de esta terapia.

A nivel teórico, según Kohlenberg y Tsai (1991) y Kohlenberg, Tsai y Kohlenberg (1996), presenta una serie de problemas. Primero, ésta asunción ABC, excluye otras formas de relación entre las cogniciones y las conductas. Otras alternativas como cuando los sucesos ambientales pueden evocar pensamientos, acciones y sentimientos, pero que no están relacionados entre ellos ($A \rightarrow B$; $A \rightarrow C$). Por ejemplo, cuando alguien nos dice que: "comprendo que yo no puedo ser querido por todas las personas, pero me siento fatal cuando me rechazan". Otra situación alternativa podría ser que la persona tenga los sentimientos depresivos y luego, tenga cogniciones negativas ($A \rightarrow C \rightarrow B$). Segundo, otro problema que presenta esta formulación, es cuando un cliente no admite la explicación ABC. Esto es tomado como que necesita más terapia cognitiva, ya que no acepta la teoría a nivel emocional. Al fin y al cabo, el problema es que no se tiene en cuenta la función de la conducta. Pongamos un ejemplo, en el caso de que nuestro cliente necesite ser más asertivo o expresar sus opiniones como un componente más de la depresión, esto debería ser tomado como una mejoría del cliente en la propia sesión terapéutica que debería de ser reforzada. Tercero, cuando mantienen que existe una evidencia de que los sentimientos y las acciones disfuncionales son causados por cogniciones patológicas o irracionales. Pero también hay evidencia de lo contrario (ver Kohlenberg y Tsai, 1991, pág.: 100). Y cuarto, no está clara la relación entre la teoría y la terapia, es decir cómo se relacionan las hipótesis cognitivas con bastantes de los procedimientos tera-

péuticos que se aplican. Por ejemplo, ¿dónde explica la teoría la aproximación socrática en la cual el cliente debe descubrir por sí mismo sus propias suposiciones o creencias?, o ¿cómo explica que lo que el cliente dice sobre sus cogniciones y su relación con los síntomas, ayuda a cambiar las estructuras o esquemas cognitivos?

En cuanto a esto último, también se ha hecho un análisis por parte del Conductismo Radical. Para Beck et al. (1979, págs.: 20-21) los *esquemas cognitivos* son la base para transformar los datos en cogniciones y son unos patrones cognitivos estables que constituyen la base para localizar, diferenciar y codificar el estímulo con que se enfrenta el individuo. Pues bien, según Kohlenberg y Tsai (1991) y Kohlenberg, Tsai y Kohlenberg (1996), el concepto de cognición se puede explicar a través del Análisis de la Conducta Verbal del cliente y con la distinción entre conducta moldeada por las contingencias y la conducta gobernada por la regla. En cuanto a la primera idea, hay dos tipos fundamentales de conducta verbal, los *Tactos* o descripciones y los *Mandos* o demandas (para un análisis más detallado de la Conducta Verbal, ver Skinner, 1957). Los Tactos y los Mandos ocurren también cuando una persona se describe y se demanda a sí misma, lo que Kohlenberg y Tsai (1991) denominan *Auto-tactos* y *Auto-mandos*. Pues bien, la triada cognitiva de Beck podría ser entendida en estos términos, es decir auto-descripciones negativas sobre uno mismo, sobre el mundo, y sobre el futuro (Bolling, Kohlenberg y Parker, 2000). En fin, que para Kohlenberg y Tsai (1991) las estructuras o esquemas cognitivos no son más que conductas que han sido moldeadas por las propias contingencias. Y por lo tanto, no hay ninguna necesidad de interpretar esto de manera diferente a como se haría con la conducta, y no como una variable de naturaleza bien diferente.

Resumiendo, las cogniciones pueden jugar un papel mayor, menor o ninguno en los problemas del cliente. Por lo tanto, la efectividad de esta terapia cognitiva dependería de la relación que existiera entre las cogniciones y los problemas del paciente. Esto sería así según la explicación teórica de la terapia. Pero la realidad es otra. Esta terapia no sólo trabaja con las cogniciones sino que también se proponen actividades, se moldea socráticamente, etc., lo que

hace que sea efectiva también en otros casos. Aunque la explicación teórica no se ajuste a la realidad aplicada, como se mencionó antes.

A nivel aplicado, el estudio de Jacobson, Dobson, Truax, Addis, Koerner, Gollan, Gortner y Prince (1996) hace un análisis de la efectividad de la Terapia de Beck. Parten de que se distinguen dos componentes en la terapia. Lo que llaman la hipótesis alternativa de la *Activación Conductual* (donde el tratamiento se centra exclusivamente en la propia activación conductual) y la hipótesis alternativa de modificar los Pensamientos Disfuncionales Automáticos. Ambos componentes son comparados experimentalmente con la terapia de forma completa en una muestra de 150 sujetos asignados al azar a estos tres grupos de tratamiento. Los tratamientos se llevaron a cabo por terapeutas experimentados en esta terapia. Pues bien, los autores concluyen que no hay evidencia de que el tratamiento completo produjera mejores resultados que sus componentes por separado. Y no hubo diferencias significativas a los 6 meses de seguimiento. En un trabajo posterior, Gortner, Gollan, Dobson y Jacobson (1998), analizando los datos a largo plazo, demuestran que la Terapia Cognitiva completa tampoco es más efectiva que sus componentes en cuanto a la prevención de recaídas durante un seguimiento de 2 años. En otro trabajo, Addis y Jacobson (1996) examinaron la relación existente entre las explicaciones de los clientes de su depresión y los resultados de la Terapia Cognitiva. Llamaban a estas explicaciones "*dar razones*", y las definen como la tendencia por parte de los pacientes para ofrecer explicaciones a los problemas. Con la misma muestra anterior, concluyen que la descripción de una percepción de que el tratamiento va a ser útil, estaba asociado con resultados positivos en el componente de Activación Conductual. Por otro lado, "dar razones" en general, predecía resultados negativos en un tratamiento de Activación Conductual. Y al contrario, aquellos clientes que no ofrecían muchas razones por estar deprimidos mejoraban más en un tratamiento orientado hacia la activación. Las razones específicas también predecían resultados de forma diferencial. Los clientes que usaban razones existenciales para la depresión tenían mejores resultados en la Terapia Cognitiva completa y peores

resultados en el componente de Activación Conductual. Los que usaban explicaciones o razones orientadas hacia las relaciones sociales, mostraron procesos terapéuticos y resultados negativos en la Terapia Cognitiva completa. Los que sus razones se centraban en la infancia no mostraron patrones respuesta fiables para ningún tratamiento.

Recientemente, Jacobson y Gortner (2000), analizan y contestan las críticas recibidas a sus publicaciones y además, describen un estudio que se está realizando en la actualidad, donde se pretende ver la efectividad de la Terapia de Beck y de estos componentes, frente a la farmacoterapia en pacientes depresivos.

El resultado de que la Activación Conductual es igual de efectiva que el tratamiento completo de Beck es importante tanto para la teoría como para el tratamiento de la depresión. Es contrario al Modelo Cognitivo de depresión en el que se propone la necesidad de modificar los esquemas negativos para obtener mejores resultados en el tratamiento y en la prevención de recaídas (Jacobson et al., 1996).

Algo que se olvida, como mantiene Biglan (1991), es que dos personas con depresión pueden o no comportarse de manera similar. Por ejemplo, la baja actividad puede tener una función muy distinta de un paciente a otro o en el mismo cliente durante el proceso terapéutico (ver Ferro, Valero y Vives, 2000). Por otro lado, Kohlenberg y Tsai (1995) declaran que la misma conducta en un paciente puede ser considerada como un problema para alguien y ser una mejoría para otra persona. Pongamos otro ejemplo, las quejas de un cliente sobre la vida y sobre los demás, pueden ser una conducta a eliminar si esto le está impidiendo tener relaciones sociales (como en Ferro et al., 2000); o bien, ser una conducta objetivo a incrementar, si es incapaz de decir lo que piensa o lo que siente a los demás.

Este tipo de análisis descrito de la sintomatología del paciente depresivo no es realizado desde la Terapia Cognitiva y creemos que es necesario para el tratamiento. Coincidimos con Pérez Álvarez (1996a) cuando mantiene que el Análisis Funcional de la Conducta ofrece una explicación pluricausal, contextual y dinámica del funcionamiento psicológico.

EL ANÁLISIS FUNCIONAL DEL COMPORTAMIENTO DEPRESIVO

Desde una perspectiva funcional, se propone al Análisis Funcional como una alternativa a las intervenciones de corte estructural. Se caracteriza por ser *Iterativo*, es decir que se repite en el tiempo y ser *auto-correctivo*, que debe corregirse si los resultados no son los deseados (Follette, Naugle y Linnerooth, 2000), ya que las variables de control varían a través de los individuos y del tiempo (Naugle y Follette, 1998). Es decir, no sólo puede cambiar la función a lo largo del tratamiento en un mismo paciente, sino que puede ser diferente de una persona a otra. Tiene los siguientes *objetivos*: identificar las conductas objetivo y las condiciones que las mantienen; seleccionar una intervención apropiada, y ayudar a evaluar y a controlar la efectividad de la intervención (Follette, Naugle y Linnerooth, 2000).

El Análisis Funcional del comportamiento depresivo debe establecerse en relación con el contexto específico donde ocurre, teniendo en cuenta unas variables que han sido propuestas de forma separada en diferentes trabajos (Dougher y Hackbert, 1994; Follette, Naugle y Linnerooth, 2000; Naugle y Follette, 1998):

1) Las *Funciones Consecuenciales* afectan de un modo importante al paciente depresivo. Estos pacientes muestran pocas conductas efectivas que obtengan reforzamiento, es decir, presentan una *baja densidad de reforzamiento*. Hay autores que parten que este tipo de sujetos tienen serios déficit en sus habilidades para establecer relaciones íntimas que les llevan directos al fracaso social (Biglan, 1991; Kohlenberg, Tsai y Kohlenberg, 1996). Por otro lado, la *extinción* y el *castigo* pueden ser otras variables consecuenciales que expliquen este problema, ya que muchos de estos pacientes tienen historias de castigo prolongado e inescapable. Otra función podría ser el *reforzamiento positivo* de las conductas disfóricas (llantos, irritabilidad, quejas, lamentos, y/o declaraciones autodenigrantes). Hay personas que por lástima o compasión suelen prestar atención, intentar convencer al paciente, ofrecerle actividades, reforzadores, etc. También, estas conductas pueden estar mantenidas por *reforzamiento negativo*, evitando y escapando de situaciones que para ellos son aversivas.

2) *Funciones Antecedentes*. Es obvio que las funciones de control de estímulo afectan a las conductas depresivas como a cualquier otra. Los eventos que están relacionados con la extinción o el castigo llegan a evocar conductas de escape y/o evitación, las cuales están mantenidas por reforzamiento negativo. Por ejemplo, una paciente evitaba relacionarse con gente de otro sexo porque anteriormente había sido fuente de castigo (Ferro et al., 2000).

3) Las *Funciones Respondientes* que estos estímulos evocan son uno de los principales síntomas de estos trastornos. Nos referimos a toda esa serie de sentimientos y reacciones emocionales que denominamos: tristeza, aflicción, pena, angustia, etc. En virtud de su asociación con esas estimulaciones aversivas, los estímulos discriminativos pueden funcionar como estímulos elicítadores de respondientes condicionadas.

4) Las *Operaciones de Establecimiento* o Establishing Operations (Michael, 1993). Esa falta de motivación, su abulia, su inhabilidad para obtener "placer en la vida" se debe a estas operaciones de establecimiento. Michael (1993) las define como un evento, una operación o un estímulo que afecta al organismo, alterando la efectividad reforzante de otros eventos y también, la frecuencia del repertorio de ese organismo para esos eventos que funcionan como consecuencias. No sólo pierden efectividad de ser reforzadores los estímulos (la comida que le gustaba antes), sino que además, bajan de frecuencia todas las conductas que son reforzadas por estos estímulos (cocinar, ir al frigorífico, ir a restaurantes, comprar en pastelerías, etc.). Para muchos pacientes y sus familiares lo que resulta más inexplicable, es precisamente esto, ese cambio en la motivación, la abulia.

5) La *Conducta Verbal* es una de las variables más importantes en este tipo de trastornos. En estos pacientes, la conducta verbal es una clase de respuesta que está evocada por funciones de castigo y/o reforzamiento insuficiente (Dougher y Hackbert, 1994). Las relaciones funcionales que más interesan en estos casos son: los *Mandos* y los *Tactos*. Los *Mandos Disfrazados* (Kohlenberg y Tsai, 1991) son peticiones en forma de quejas, declaraciones auto-denigrantes, conductas disfóricas (suspiros, llantos, posturas corporales que indican malestar). Según Biglan (1991), suelen ser refor-

zados positivamente y/o reducen la probabilidad de ataque o agresión por parte de los demás. Por otro lado, las personas tendemos a identificar las razones y las causas de nuestro malestar y a buscar sus posibles soluciones (“*dar razones*”). Este tipo de explicaciones y descripciones de lo que ocurre, es lo que se denomina *Tactos*. Cuando las explicaciones son incorrectas se denominan *Tactos Distorsionados*. Estas descripciones están influidas por las creencias dadas culturalmente, y están mantenidas por reforzamiento positivo y negativo. Además, estas creencias pueden llegar a funcionar como Operaciones de Establecimiento condicionadas (Dougher y Hackbert, 1994), añadiendo más contingencias aversivas. Los pacientes suelen interpretar erróneamente la realidad. Por ejemplo, atribuir a la familia de su pareja la explicación de su separación en vez de a sus problemas de relación (Ferro et al., 2000).

6) Las *Influencias Culturales* afectan al paciente depresivo como a cualquier otro. Hay que considerar la influencia que tienen los valores culturales en la identificación de los problemas clínicos. La cultura manifiesta sus creencias sobre el comportamiento humano a sus miembros. Estas creencias afectan a la adquisición, al mantenimiento y al tratamiento de la depresión. De todas ellas resaltaríamos dos: la creencia de que los eventos privados son la causa de la conducta (un análisis más exhaustivo puede verse en Hayes, Strosahl y Wilson, 1999); y el concepto de bienestar o salud psicológica (o el concepto de la buena vida, como lo denomina Dougher, 1994). Estas creencias dan lugar a un *conflicto de normas irresuelto personalmente* (Fuentes Ortega, 1994; Pérez Álvarez, 1996a) entre lo que es posible y lo que resulta de hecho probable, entre lo que la cultura nos vende como la felicidad prometida o el bienestar (en ausencia de sufrimiento) y la situación actual (llena de dolor). La misma cultura nos enseña que la presencia de estos pensamientos y sentimientos “negativos” son un síntoma de desorden y hay que luchar contra ellos e intentar eliminarlos.

7) Algunos *Procesos Verbales* hacen que la conducta verbal influya en otras conductas, como en el caso de la asunción ABC. La *Equivalencia de estímulos y la Transferencia de funciones* a través de clases de equivalencia de estímulos se ha demostrado que son las responsables de que se responda literalmente a las palabras

como si de los hechos fueran (para más información ver: Ferro y Valero, 1998; Hayes, Strosahl y Wilson, 1999). Por ejemplo, una paciente respondía a la descripción de la llamada telefónica de su pareja como si realmente estuviera ocurriendo, reaccionando de manera agresiva a pesar de que ésta llamada no ocurrió (Ferro et al., 2000).

Una aproximación a la explicación y al tratamiento de la depresión debe tener en cuenta estas variables, ya que ofrecería una explicación más global del problema, en el sentido pluricausal antes expuesto.

LA PSICOTERAPIA ANALÍTICA FUNCIONAL COMO UNA ALTERNATIVA AL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN

Después de lo visto hasta aquí, una psicoterapia dedicada a este tipo de problemas debe ser fundamentalmente verbal, y como señalan Kohlenberg, Tsai y Kohlenberg (1996), debe analizar las acciones y la conducta verbal tanto del cliente como del propio terapeuta. Se propone la *Psicoterapia Analítica Funcional* (Kohlenberg y Tsai, 1991) como una alternativa que utiliza lo descrito hasta ahora y que se basa en el análisis funcional para establecer sus objetivos terapéuticos.

Esta psicoterapia pone el énfasis en las contingencias que ocurren dentro de la sesión terapéutica, en el propio contexto terapéutico, en la equivalencia funcional, en el reforzamiento natural y en el moldeamiento. Se resalta la importancia de lo que el paciente hace y dice directamente ante el terapeuta y a esto se denomina *Conductas Clínicamente Relevantes*. Esto no significa que se desprecie el contenido de lo que cuenta el cliente sino todo lo contrario. Se parte de que la relación terapéutica es la mejor estrategia de cambio en psicoterapia. Por lo tanto, se proponen unas *Reglas Terapéuticas* que el terapeuta debe seguir para tener éxito. No sólo se tiene en cuenta lo que el paciente dice y hace dentro de la sesión terapéutica, sino también lo que el terapeuta dice y hace en esa misma sesión. Esta forma de terapia, entre otras cosas, da la oportunidad de establecer una relación íntima con el paciente, y a partir de aquí,

permite recomponer esa intimidad cuando está deteriorada, a través de experiencias de relaciones personales positivas dentro de la propia consulta. Como una solución a ese déficit propuesto anteriormente.

Pérez Álvarez (2001) señala que hay una afinidad entre esta psicoterapia y el Psicoanálisis. En un sentido apuntado en el que la afinidad es entendida más como semejanza que como atracción. Viene dada por el uso de dos conceptos básicos de la terapia psicoanalítica: la *transferencia* y la *interpretación*. La transferencia como un fenómeno interpersonal, como conducta operante que ocurre debido a la similitud entre la situación presente en consulta y las pasadas por el cliente, y que la propia psicoterapia está en condiciones de manejar con conocimiento de causa, como dice el autor. La interpretación como una técnica y como objetivo. En el sentido en el que se da una explicación al cliente de la causa de su problema y que además, el propio cliente debe dar. Por esta razón, esta psicoterapia tiene en cuenta el análisis de las propias explicaciones verbales, como tautos algunas veces distorsionados, y también, de las influencias culturales. Dos variables mencionadas anteriormente como necesarias en el análisis funcional propuesto. Esta afinidad propuesta no es extraña, recordemos que uno de los capítulos del manual, se titula: "la Psicoterapia Analítica Funcional un puente entre el Psicoanálisis y la Terapia de Conducta".

Aún no existe un amplio estudio sobre la efectividad de esta psicoterapia y reconocemos su necesidad. Aunque sí que existen aplicaciones en casos concretos. En problemas de depresión (Dougher y Hackbert, 1994; Ferro et al., 2000; Kohlenberg y Tsai, 1994), en trastornos de personalidad (Koerner, Kohlenberg y Parker, 1996; Kohlenberg y Tsai, 1991), en ansiedad (Kohlenberg y Tsai, 1995; Calvillo y López Bermúdez, 2000); en pacientes que han sufrido abusos sexuales (Kohlenberg y Tsai, 1998); en exhibicionismo junto con la Terapia de Aceptación y Compromiso (Paul, Marx y Orsillo, 1999) y en problemas de pareja (Kohlenberg y Tsai, 1995).

En la actualidad hay suficiente bibliografía en castellano como para conocer esta terapia. Se recomiendan dos libros de Pérez Álvarez (1996a, 1996b). Existen revisiones, análisis e interpretacio-

nes de esta forma de tratamiento. Las dejamos en las manos del lector y en su capacidad de crítica: Ferro y Valero (1998), Luciano (1999), Pérez Álvarez (2001), y Rodríguez-Naranjo (1998).

CONCLUSIONES

El objetivo de este trabajo ha sido discutir y analizar un problema clínico frecuente y su tratamiento típico desde la Terapia de Conducta. Se han ofrecido un conjunto de variables necesarias para una explicación compleja y pluricausal desde el Análisis Funcional. También se ha aportado una alternativa psicoterapéutica que intenta solucionar los problemas antes señalados.

La depresión como problema psicológico, social y cultural debe ser analizado de una forma global. Añadimos que parte de la complejidad del problema, viene dada por el afán de clasificar los trastornos de forma topográfica. Esto hace que se pierda la visión funcional de las conductas, considerando como diferentes algunos problemas que son equivalentes. Por ejemplo, dejar de comer y comer de forma compulsiva pueden ser más parecidos de lo que aparentan, si ambas formas de comer pretenden escapar de una situación personal. Recomendamos la lectura de un monográfico del año 1996 de la revista *Journal of Consulting and Clinical Psychology* sobre formas alternativas al sistema DSM-IV. Y específicamente, la lectura de los trabajos de Hayes, Wilson, Gifford, Follette y Strosahl (1996); Koerner, Kohlenberg y Parker (1996) y Wulfert, Greenway y Dougher (1996). Por otro lado, la visión trágica de la depresión por parte de la cultura afecta a los pacientes, a sus familiares y amigos en cuanto a sus creencias sobre la "enfermedad", complicando su evolución.

Se ha intentado aportar una visión complementaria y diferente de la depresión que ayude a mejorar su comprensión y su tratamiento. Estamos de acuerdo con Beck et al. (1979) cuando dicen que lo que diferencia a la Terapia Cognitiva de la Terapia de Conducta es su mayor énfasis sobre las experiencias internas (mentales) del paciente, tales como pensamientos, sentimientos, deseos, aspiraciones y actitudes. Pero lo que diferencia a la Psicoterapia Analítica Funcional, de la Terapia de Beck y de la Terapia de Conducta, es la

importancia que se le da a la función de la conducta y a la relación terapéutica. Aunque en el manual de la Terapia Cognitiva de Beck se tiene en cuenta la relación terapéutica, hay una gran diferencia con la Psicoterapia Analítica Funcional. Para Kohlenberg y Tsai (1991) hay una equivalencia entre lo que ocurre dentro de la sesión terapéutica y lo que ocurre fuera, en la vida diaria del paciente. Esa similitud es funcional y por tanto idiosincrática. Mientras que Beck et al. (1979) hacen una interpretación de la relación terapéutica en términos nomotéticos, como en los casos de las conductas antiterapéuticas. Por definición cualquier conducta es terapéutica y ahí está la diferencia. Volvamos a esos ejemplos, el paciente que no habla, que habla demasiado, que llega tarde, que intenta prolongar la sesión, etc. Para cada uno de estos casos, los autores proponen una solución sin tener en cuenta la función que esas conductas relevantes tienen. De nuevo coincidimos con Pérez Álvarez (1996a) cuando mantiene que la diferencia entre la Psicoterapia Analítica funcional y la Terapia de Conducta está en la distinta consideración de la propia relación terapéutica.

A nivel teórico las diferencias ya han sido expuestas. La triada cognitiva de Beck se puede explicar de forma alternativa sin recurrir a variables mentalistas. E incluso, su relación con las conductas que le siguen. Estamos convencidos que hay formas alternativas a la asunción ABC, donde la cognición afecta a las conductas y a los sentimientos siguientes. Y es en esos casos donde no respondería la explicación cognitivista. Es justo decir que en cuanto al procedimiento de intervención hay unas ciertas semejanzas entre ambas. Por ejemplo, las dos resaltan la importancia de expresar y experimentar las emociones durante la sesión terapéutica, usan un discurso socrático, ponen énfasis en la autoexploración, y proponen como características del terapeuta la autenticidad.

La importancia de los resultados del grupo de Jacobson es clave en el análisis de la Terapia de Beck y en general de la depresión. Demuestran que el tratamiento completo es inespecífico, ya que con los componentes de forma aislada es igualmente efectivo, tanto en sus efectos como en el mantenimiento de los resultados. Y además, permiten seleccionar el tipo de

tratamiento dependiendo del tipo de razones que el cliente da previamente. Esperamos que la investigación en curso aporte información tan interesante como esta.

Creemos que es el Análisis Funcional y más específicamente, la Psicoterapia Analítica Funcional la que da una explicación y una intervención compleja y pluricausal. La mayor aportación de esta psicoterapia es su propia visión de la psicoterapia. Es decir, la relación terapéutica o la transferencia en el sentido expuesto y el análisis de la función de la conducta en cada momento del tratamiento. La sencillez de sus principios (tipos de conductas y reglas terapéuticas) no hacen de ella algo simple, sino todo lo contrario. Su aplicación, desde nuestra experiencia, es más difícil que otras formas de intervención más barrocas en su forma.

Por último, en la elaboración de este trabajo se ha intentado seguir las reglas propuestas por Pérez Álvarez (1998), para llegar a ser un psicólogo clínico crítico que pensamos que cualquier clínico debería conocer. Preguntarse por la generalidad de un trastorno y su tratamiento, considerar las circunstancias sociales y culturales que inciden en el problema y en la intervención, ver las funciones sociales que tienen los síntomas, plantearse las circunstancias de la vida que comparten los pacientes, etc.

BIBLIOGRAFÍA

- Addis, M.E. y Jacobson, N.S.** (1996). Reasons for depression and the process and outcome of Cognitive-Behavioral Psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1417-1424.
- American Psychiatric Association** (1994/1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.
- Beck, A.T.; Rush, A.J.; Shaw, B.F. y Emery, G.** (1979/1983). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Biglan, A.** (1991). Distressed behavior and its context. *The Behavior Analyst*, 13, 157- 169.
- Bolling, M.Y.; Kohlenberg, R.J. y Parker, C.R.** (2000). Behavior Analysis and Depression. En M.J. Dougher (ed.). *Clinical Behavior Analysis*. Reno: Context Press. (Págs.: 127-152).

- Calvillo, M. y López Bermúdez, M.A.** (2000). Los trastornos de ansiedad desde una perspectiva funcional: estudio de dos casos. Ponencia presentada en el simposium sobre "el papel de la función de la conducta en su tratamiento", en el *XXX Congreso de la Asociación Europea de Terapias Cognitivas y Conductuales*, celebrado en Granada.
- Dougher, M.J.** (1994). The act of acceptance. 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. (Págs.: 37-45).
- 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.
- Dougher, M.J. y Hayes, S.C.** (2000). Clinical Behavior Analysis. En M.J. Dougher (ed.) *Clinical Behavior Analysis*. Reno: Context Press. (Págs.: 11-25).
- 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, 106*, 291-317.
- Follette, W.C.; Naugle, A.E. y Linnerooth, P.J.N.** (2000). Functional Alternatives to traditional assessment and diagnosis. En M.J. Dougher (Eds.). *Clinical Behavior Analysis*. Reno: Context Press. (Págs.: 99-125.).
- Forsyth, J.P.; Chase, P.N. y Hackbert, L.** (1997). A Behavior analytic interpretation of attributions in the context of behavior therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 28*, 17-29.
- Fuentes Ortega, J.B.** (1994). Introducción al concepto de "conflicto de normas irresuelto personalmente" como figura antropológica (específica) del campo psicológico. *Psicothema, 6*, 421-446.
- Gortner, E.T.; Gollan, J.K.; Dobson, K.S. y Jacobson, N.S.** (1998). Cognitive-Behavioral Treatment for Depression: Relapse Prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 377-384.
- Hayes, S.C.; Strosahl, K.D. y Wilson, K.G.** (1999). *Acceptance and Commitment Therapy. An experiential approach to behavior therapy*. New York: Guilford.
- Hayes, S.C.; Wilson, K.G.; Gifford, E.V.; Follette, V.M. y Strosahl, K.** (1996). Experiential Avoidance and Behavioral Disorders: A Functional Dimensional Approach to Diagnosis and Treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 1152-1168.
- Jacobson, N.S.; Dobson, K.S.; Truax, P.A.; Addis, M.E.; Koerner, K. Gollan, J.K.; Gortner, E. y Prince, S.E.** (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting*

- and Clinical Psychology*, 64, 295-304. Reimpreso en la revista electrónica: *Prevention & Treatment*, 3, artículo 23, de 2.000.
- Jacobson, N.S. y Gortner, E.T.** (2000). Can Depression be de-medicalized in the 21st century: scientific revolutions, counter-revolutions and the magnetic field of normal science. *Behaviour, Research and Therapy*, 38, 103-117.
- 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. y Tsai, M.** (1991). *Functional analytic psychotherapy. Creating intense and curative therapeutic relationships*. New York: Plenum Press.
- Kohlenberg, R.J. y Tsai, M.** (1994). Improving cognitive therapy for depresión 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*. Washington: American Psychological Association. (Págs.: 637-658).
- 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. (Págs.: 305-320).
- 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. (Págs.: 1-24).
- Luciano, M.C.** (1999). Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y Psicoterapia Analítica Funcional (FAP). Fundamentos, características y preocupaciones. *Análisis y Modificación de Conducta*, 102, 497-584.
- 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. (Págs.: 48-73).
- 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). *Tratamientos Psicológicos*. Madrid: Ed. Universitas, S.A.

- Pérez Álvarez, M.** (1996b). *La Psicoterapia desde el punto de vista conductista*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Pérez Álvarez, M.** (1998). La Psicología clínica desde un punto de vista contextual. *Papeles del Psicólogo*, 69, 25-40.
- Pérez Álvarez, M.** (2001). Afinidades entre las nuevas terapias de conducta y las terapias tradicionales con otras orientaciones. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 1, 15-33
- Rodríguez-Naranjo, C.** (1998). Principios terapéuticos y posibilidades clínicas de la Psicoterapia Analítica Funcional. *Psicothema*, 10, 85-96.
- Skinner, B.F.** (1957/1981). *Conducta verbal*. México: Trillas.
- Wulfert, E.; Greenway, D.E. y Dougher, M.J.** (1996). A Logical Functional Analysis of reinforcement-based disorders: Alcoholism and Pedophilia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1140-1151.