

FAP  
PSICOTERAPIA ANALÍTICA FUNCIONAL  
(Creación de relaciones terapéuticas intensas y curativas)  
Robert J. Kohlenberg  
Mavis Tsai

**Aviso:**

El texto que sigue a continuación es un resumen por Artús Alcácer de Kohlenberg, R. J. & Tsai, M. (2007). FAP: Creación de relaciones terapéuticas intensas y curativas. Ciencia Biomédica.

Universidad de Málaga. Ha sido elaborado para la difusión, el estudio y el rápido acceso a algunos de sus contenidos, y en ningún caso pretende ni puede sustituir la obra original.

La mejor forma de aprovecharlo sería su empleo como complemento y apoyo a la lectura del libro o como introducción. Por último, espero que les pueda ser de utilidad tanto a terapeutas como a todos aquellos que pretendan conocer y/o estudiar la FAP.

-Puntos 2 y 3 dedicados a la técnica terapéutica y a las formas de aumentar la consciencia del terapeuta

-Puntos 4 y 5 reconceptualización del papel y la importancia de los recuerdos, las emociones y las cogniciones en el cambio de conducta.

-Punto 6 teoría del desarrollo del yo y sus implicaciones clínicas.

-Punto 7 comparación y contraste de la FAP con el psicoanálisis y con las terapias de conducta (cómo la FAP aprovecha lo mejor de ambas aproximaciones)

-Punto 8 Cuestiones éticas

## Índice de contenido

Aviso: .....	1
1. Introducción .....	3
1.1. Principios filosóficos del conductismo radical.....	3
1.1.1. Naturaleza contextual del conocimiento y la realidad.....	4
1.1.2. Visión no mentalista de la conducta: focalización en las variables ambientales que controlan la conducta:.....	4
1.1.3. Interés central en la conducta verbal controlada por eventos directamente observados. .	5
1.2. Bases teóricas de la FAP .....	5
1.2.1. Reforzamiento .....	6
1.2.1.1. El momento y el lugar del reforzamiento .....	6
1.2.1.2. Reforzamiento natural vs arbitrario .....	7
1.2.2. Especificación de la Conducta Clínicamente Relevante (CCR).....	8
1.2.3. Planificación de la generalización .....	8
2. Aplicación clínica de la PAF .....	9
2.1. Problemas del cliente y Conductas Clínicamente Relevantes (CCR) .....	9
2.1.1. CCR1: los problemas del cliente que ocurren en la sesión.....	9
2.1.2. CCR2: Las mejorías del cliente que ocurren en la sesión .....	10
2.1.3. CCR3: Las interpretaciones del cliente acerca de su conducta .....	10
2.1.4. Evaluación .....	10
2.2. Técnica terapéuticas- Las cinco reglas .....	11

2.2.1: REGLA 1: Busque las CCR .....	11
2.2.2. REGLA 2: Evoque CCR.....	11
2.2.3. REGLA 3: Refuerce las CCR2 .....	12
Enfoques directos:.....	12
Enfoques indirectos: .....	14
2.2.4. REGLA 4: Observe los efectos potencialmente reforzantes de la conducta del terapeuta en relación a las CCR del cliente.....	15
2.2.5. REGLA 5: Ofrezca interpretaciones sobre las variables que afectan a la conducta del cliente.....	15
2.2.5.1. Descripción de relaciones funcionales.....	16
2.2.5.2. Énfasis en los procesos conductuales .....	17
3. Suplementación: Mejorando la atención del terapeuta sobre la CCR. Análisis de la conducta verbal del cliente .....	17
3.1. Clasificación de la conducta verbal.....	17
3.2 El sistema de FAP de clasificación de las respuestas del cliente.....	18
3.3 Implicaciones del sistema de clasificación de respuesta al hacer FAP .....	18
3.4 Clasificación de la conducta verbal.....	20
Tacto .....	20
Mando.....	21
Intraverbal.....	22
Causación múltiple y estimulación suplementaria .....	22
3.5 Clasificación y observación de CCR.....	23
4. El papel de las emociones y los recuerdos en el cambio de conducta .....	24
4.1. Emociones.....	24
4.1.1. Los sentimientos como causas de la conducta.....	26
4.1.2. La expresión (comunicación y muestra) de los sentimientos.....	26
4.1.3 La evitación de sentimientos .....	28
4.2 Recuerdos .....	29
4.2.1. Implicaciones clínicas y directrices de esta concepción teórica de las emociones .....	30
4.2.1.1. Proporcionar una base conductual para tomar contacto con los sentimientos.....	30
4.2.1.2. Incrementar el control privado de los sentimientos .....	30
4.2.1.3. Aumentar la expresión de sentimientos por parte del terapeuta .....	31
4.2.1.4. Mejorar el contacto del cliente con las variables de control.....	32
4.2.1.5. Presentar reiteradamente el estímulo aversivo.....	32
4.2.1.6. Centrarse en el modo en que el cliente evita el afecto.....	32
4.2.1.7. Centrarse en el afecto del cliente relacionado con las equivalencias funcionales entre la terapia y la vida diaria .....	33
5. Cogniciones y creencias.....	33
5.1. Terapia Cognitiva .....	34
5.1.1. Problemas de la terapia cognitiva y del paradigma ABC .....	34
5.1.2. Formulación revisada de la terapia cognitiva .....	35
5.2. Revisión del modelo ABC desde la FAP .....	35
5.2.1. Conducta moldeada por contingencias .....	36
5.2.2. Conducta verbal.....	36
5.2.2.1. Tactos y mandos generalizados que no influyen sobre la conducta subsiguiente vs tactos y mandos generalizados que influyen sobre la conducta subsiguiente. ....	37
5.2.1. Conducta gobernada por reglas .....	38
5.3 Implicaciones clínicas del punto de vista de la FAP sobre las creencias .....	40
5.3.1. Centrarse en el pensamiento aquí y ahora .....	40
5.3.2. Tener en cuenta los diversos papeles que pueden desempeñar los pensamientos .....	41
5.3.3. Ofrecer explicaciones relevantes a los problemas de los clientes y Usar la manipulación cognitiva directa con precaución .....	42

6. El yo .....	43
5.1. Definiciones comunes del Yo (externas a la FAP y no conductistas).....	43
5.1. Formulación conductual del Yo.....	44
5.1.1. Emergencia del yo .....	45
5.1.2. Cualidades del “yo” .....	45
5.2. Desarrollo desadaptativo del Yo .....	46
5.3 Trastornos menos graves del yo .....	46
5.3.1. El yo inseguro o inestable.....	47
5.3.2. Dificultad para la espontaneidad, la creatividad y para acceder al verdadero yo.....	48
5.3.3. Trastorno narcisista de la personalidad.....	48
5.4. Trastornos graves del yo.....	49
5.4.1 Trastorno límite de personalidad .....	49
5.5. Implicaciones clínicas .....	49
5.5.1 Reforzar el habla en ausencia de indicaciones externas específicas .....	50
5.5.2. Ajustar las tareas terapéuticas la nivel del control privado del repertorio del cliente ....	50
5.5.3. Reforzar tantas expresiones “yoX” del cliente como sea posible .....	52
7. FAP: Un puente entre el psicoanálisis y la terapia de conducta.....	53
7.1. La FAP en contraste con los enfoques psicodinámicos.....	54
7.1.1. Transferencia .....	54
7.1.2. La alianza terapéutica .....	55

## 1. Introducción

### 1.1. Principios filosóficos del conductismo radical

-El conocimiento es contextual

-La conducta se entiende de un modo no mentalista

-Incluso la conducta verbal privada (pensamiento) tiene origen en el ambiente

Se deriva, de un análisis funcional skinneriano sobre la típica situación psicoterapéutica. Sus fundamentos están en el conductismo radical, el marco conceptual descrito en los escritos de B.F. Skinner.

Es un tipo de terapia de conducta, distinta a otras terapias de conducta tradicionales (como el entrenamiento en habilidades sociales, la reestructuración cognitiva, la desensibilización o la terapia sexual), pues sus técnicas concuerdan con las expectativas de los clientes que buscan una **experiencia terapéutica intensa, emotiva y profunda.**

FAP orienta al terapeuta **hacia una relación afectuosa, genuina, confidencial, comprometida y emotiva con su cliente, al tiempo que saca provecho de la claridad, la lógica y las definiciones precisas del conductismo radical.**

El conductismo radical se confunde frecuentemente con el más ampliamente conocido conductismo metodológico o convencional. El metodológico, requiere un consenso público para las observaciones. Al centrarse en lo que es públicamente observable excluye el estudio directo de la conciencia, los sentimientos y el pensamiento. Skinner diferenció su planteamiento del resto de la psicología al afirmar que **“mi dolor de muelas es tan físico como mi máquina de escribir”.**

La palabra *radical*, procede del latín *radix*, que significa “raíz”. “El radical auténtico es el que trata de llegar a la raíz de las cosas, no se distrae con superficialidades, el que ve el bosque tras los árboles. Cualquiera que piense profundamente será uno de ellos” (Peck, 1987). Así el conductismo

radical, es una teoría rica y profunda que trata de llegar a la raíz de la conducta humana. Trata temas como: el lapsus linguae, el inconsciente, la poesía, los sentimientos...

### 1.1.1. Naturaleza contextual del conocimiento y la realidad

Punto de vista contextualista vs empirista.

Constructivista o kantiano o contextualista	Vs	Locke o empirismo británico
<p>-Conocimiento es la invención de un organismo activo interactuando con un ambiente.</p> <p>- Imágenes mentales son invenciones del organismo, producidas como un sub-producto del transcurso de la vida.</p>		<p>-Conocimiento como resultado del mundo exterior realizando una copia en el interior de mentes inicialmente “en blanco” (tábula rasa).</p> <p>-Considera las imágenes mentales como “representaciones” o “descubrimientos” de algo que hay fuera del organismo</p>
<p>Creencia constructivista:</p> <p>Una buena intervención genera sus propias verdades.</p> <p>Terapeutas constructivistas, están más interesados en la “historia” como una clave de la narrativa desplegada que da su significado a los acontecimientos actuales; es decir, la historia y el bagaje de la persona que percibe influyen en la percepción de la experiencia original y en su recuerdo.</p>		<p>En la clínica encontramos:</p> <p>Psicoanálisis clásico: se construye sobre la creencia de que es posible descubrir la verdad objetiva, y cuando ésta se revele se producirá mejoría en la salud psíquica.</p> <p>Terapeuta objetivista: quiere saber qué es lo que ocurrió realmente en el pasado.</p>
<p>El proceso de recordar y descubrir significados se considera que puede ser una intervención que conduzca a la mejoría del cliente.</p>		
<p>Si algo se saca de su contexto pierde su significado y cobra otro nuevo.</p> <p>Problemas mentales no se dan aisladamente. Son atribuciones de significado que surgen dentro de una tradición particular, y tienen significado solo dentro de ella.</p>		

### 1.1.2 Visión no mentalista de la conducta: focalización en las variables ambientales que controlan la conducta:

Explica la acción humana en términos de conducta, en vez de basarse en entidades u objetos dentro del cerebro. Así, en lugar de “memoria” y “pensamiento”, el análisis se basa en “recordar” y

“pensar”.

Echar una moneda en una tragaperras, se ve como una conducta, no como una señal que indique la presencia de alguna otra entidad no conductual como un deseo, un impulso, una expectativa, una actitud o un fallo de las funciones del ego.

Mentalismo: otorga a procesos psicológicos internos (como fuerza de voluntad o miedo al fracaso), un poder humuncular para causar otros acontecimientos más conductuales.

**Los acontecimientos privados no tienen ningún estatus único más allá de su privacidad. Están cortados con el mismo patrón que la conducta pública. Así, la respuesta privada de la persona, puede tener tanto o tan poco efecto causal sobre la conducta subsiguiente como una respuesta pública.**

**Se buscan variables de control.** Es decir, los acontecimientos que se perciben que están relacionados de algún modo con la conducta.

Descripción de **relación funcional**: Conducta verbal que describe una relación entre la conducta y las variables de control.

**Análisis funcional de la conducta**: intento sistemático de describir relaciones funcionales. Es decir, el cómo funciona.

### **1.1.3. Interés central en la conducta verbal controlada por eventos directamente observados.**

Toda conducta verbal (privada o pública) tiene sus orígenes en el ambiente, moldeado por una comunidad verbal.

La observación directa es muy valorada como método para recoger datos relevantes. Lo observado no tiene por qué ser necesariamente público, sino que la persona es la única capaz de observar sus eventos privados.

Se anima a los observadores a interpretar lo que han visto, reconociendo que su interpretación particular estará en función de su propia y especial historia.

## **1.2. Bases teóricas de la FAP**

-Análisis de conducta aplicado: usa analogías de los procedimientos de condicionamiento operante desarrollados en el laboratorio, para solucionar problemas clínicos de la vida real (analogías puesto que hay diferencias entre la aplicación clínica y el trabajo en laboratorio).

Los intereses principales del análisis aplicado son:

- Reforzamiento
- Especificación de las conductas clínicamente relevantes
- La generalización

\* Dentro de las restricciones que impone el ambiente típico de despacho donde se suele aplicar el tratamiento.

## 1.2.1 Reforzamiento

Se emplea para el Moldeamiento directo y el Fortalecimiento de repertorios de conducta más adaptativos.

Reforzamiento: todas las consecuencias o contingencias que afectan (aumentando o disminuyendo) a la fuerza de una conducta.

Se emplea una definición de reforzamiento de tipo funcional; es decir, solo se puede definir algo como reforzamiento después de haber demostrado un efecto para aumentar o disminuir la fuerza de una conducta.

**Un objeto se convierte en reforzador sólo en el contexto del proceso** (ej: un helado puede reforzar la conducta de una persona determinada, pero no la de otra que esté a dieta).

**El reforzamiento puede ser algo que no nos guste.** Por ejemplo, el hecho de que el dentista nos espere en su consulta a una hora determinada fortalece nuestra conducta de acudir a la cita, aunque la operación odontológica por sí misma sea una experiencia desagradable.

El reforzamiento es un proceso inconsciente; la mayor parte de nuestra conducta fue moldeada por un proceso de reforzamiento antes incluso de que aprendiésemos a hablar. Cuando se produce el reforzamiento, se da en el cerebro un cambio físico que somos incapaces de percibir.

El proceso de reforzamientos, es resultado de la evolución, sólo aquellas criaturas cuya conducta fue fortalecida por sus consecuencias pudieron adaptarse a los cambios ambientales y sobrevivir.

Genera la conciencia, el pensamiento, el yo y la esencia de la experiencia humana.

### 1.2.1.1. El momento y el lugar del reforzamiento

A mayor cercanía espacial y temporal entre la conducta y sus consecuencias, mayor será el efecto (ej: es fácil que los clientes se relajen cuando se les pide que lo hagan en consulta, puesto que está allí el terapeuta que refuerza directamente dicha conducta, pero es más difícil conseguirlo entre sesiones).

Los efectos del tratamiento serán más potentes si los problemas de los clientes y sus mejorías ocurrieran durante la sesión (que es donde están más cercanos espacial y temporalmente con el reforzamiento).

Las mejorías en la conducta del cliente que tienen lugar en la sesión de terapia han de ser reforzadas inmediatamente. Lo cual resulta problemático, puesto que cuando el terapeuta está muy atento a proporcionar reforzamiento contingente e inmediato, inadvertidamente también puede hacerlo inefectivo y, quizás incluso contraproducente (porque se convierte en un refuerzo arbitrario, como dar comida, fichas o elogios tras la conducta deseada).

### 1.2.1.2. Reforzamiento natural vs arbitrario

En FAP se intenta dar reforzamiento natural, dado los problemas del arbitrario.

El reforzamiento natural se diferencia del arbitrario en que este:

- fortalece una amplia clase de respuestas
- tiene en cuenta el nivel de habilidad de la persona
- beneficia fundamentalmente a la persona que recibe el reforzamiento en lugar de a quien lo administra
- es habitual y normal en el ambiente natural

<b>Reforzamiento natural (Ref nat)</b>	<b>VS</b>	<b>Reforzamiento arbitrario(Ref arb)</b>
<b><i>Amplitud de la clase de respuesta:</i></b>		
Contingente con una clase de respuesta más amplia. Ej: un ref. nat. inherente a la lectura refuerza una amplia clase de respuestas que incluye leer cómics, folletos, revistas y demás.		Especifica una ejecución muy concreta. Ej: Al usar Ref. arbit. con propósitos educativos, hay que decidir qué conductas reforzar y cuáles castigar. Entonces, se castiga a un niño por leer un cómic en vez de un libro de texto. Se está exigiendo una respuesta muy específica, que es uno de los problemas del ref. arbit., y pierde de vista la clase de respuesta más amplia que es leer en general. Puede interferir inadvertidamente con el ref. nat. y el logro de la conducta objetivo
<b><i>¿Existe en el repertorio del individuo la conducta requerida?</i></b>		
El Ref. nat. empieza con una ejecución que ya existía previamente en el repertorio del individuo. Ej: Madre aprecia la prenda cosida por la niña sin importar su aspecto.		No tiene en cuenta el repertorio. Ej: Madre critica a la niña porque están torcidas las costuras, sin tener en cuenta su habilidad para coser. Está usando la crítica como reforzamiento arbitrario. El error es no reconocer que su hija lo está haciendo bien para el nivel de habilidad que tiene.
<b><i>¿A quién beneficia principalmente el reforzamiento?</i></b>		
		Produce cambios de conducta destinados a beneficiar a quien administra el refuerzo. Ej: Los adultos que abusan sexualmente de los niños utilizan reforzamiento arbitrario (amenazas, elogios, abuso físico).
<b><i>¿Hasta qué punto es habitual y fiable el reforzador en el ambiente natural para la conducta que está teniendo lugar? O ¿Qué probabilidad tiene de ocurrir ese reforzador en el ambiente natural del individuo para esa conducta específica?</i></b>		

Son parte del ambiente de una forma más fija y estable que los arbitrarios.

Ej: Es ref. nat. el pasar frío por no ponerse el abrigo. Es ref. arbit. el dar caramelos cuando se pone el abrigo.

Ej: Sancionar a un cliente con 25 céntimos por no mirar a los ojos es arbitrario, mientras que dejar vagar tu atención es natural.

Ej: Pagar a tu hija por practicar con el piano es arbitrario; mientras que tocar por la misma música creada en sí misma es natural (en términos no conductuales que usan algunos investigadores como Deci, sería: **motivación intrínseca vs extrínseca**)

## 1.2.2. Especificación de la Conducta Clínicamente Relevante (CCR)

Pueden ser:

**-Conductas problema**

o

**-Conductas objetivo**

La observación y la definición de las conductas problema y las conductas objetivo, sólo puede llevarse a cabo si:

- la conducta relacionada con el problema aparece durante la sesión y puede ser directamente observada

y

- el terapeuta tiene en su repertorio las conductas objetivo del cliente

## 1.2.3 Planificación de la generalización

La terapia no es efectiva si el cliente mejora en el ambiente psicoterapéutico, pero las mejorías no se transfieren a su vida diaria.

La mejor manera de planificar la generalización es hacer la terapia en el mismo ambiente en que se dan los problemas. Sino en un ambiente similar. La comparación se puede basar en un análisis funcional. Más que por las características físicas, los ambientes se comparan en virtud de las conductas que evocan. Si evocan la misma conducta, entonces son parecidos funcionalmente.

Es decir, dos ambientes son similares si las CCR aparecen en ambos.



## 2. Aplicación clínica de la FAP (psicoterapia analítica funcional)

### 2.1 Problemas del cliente y las Conductas Clínicamente Relevantes (CCR)

-El terapeuta puede: evocar, identificar, reforzar e interpretar las CCR.

-Las acciones del terapeuta afectan al cliente por medio de tres funciones estimulares: **(1) discriminativa, (2) evocadora y (3) reforzante**

**-Estímulo discriminativo:** circunstancias externas bajo las que se reforzaron ciertas conductas (y por lo tanto, más probables que ocurran en el futuro).

<b>Conducta voluntaria (conducta operante):</b> Es la mayor parte de nuestra conducta y se encuentra bajo control discriminativo.	<b>Conducta evocada (conducta respondiente):</b> Se produce de modo reflejo y normalmente se conoce como involuntaria.
---	--

a) El único modo en que el terapeuta puede ayudar al cliente es a través de las funciones:

**-reforzantes**

**-discriminativas**

**-evocadoras**

Ej: terapeuta dice: “¿qué sientes en este momento?”

El efecto discriminativo podría ser: ahora es apropiado decir cómo te sientes

El efecto reforzante podría ser: por ser aversiva, castigar la conducta inmediata anterior a la pregunta del terapeuta.

El efecto evocador podría ser: hacer sonrojar y sudar al cliente, o inducirle cualquier otro estado corporal privado.

b) Estas funciones estimulares (reforzar, discriminar, evocar) producirán su mayor efecto sobre las conductas del cliente cuando aparezcan en la sesión. **Entonces la característica de un problema, que lo hace adecuado para la FAP, es que ocurra dentro de la sesión.**

#### 2.1.1. **CCR1:** Los problemas del cliente que ocurren en la sesión

-Deberían disminuir en frecuencia durante el curso de la terapia.

-Suelen estar bajo control de estímulos aversivos y consisten en evitaciones.

Ejemplo:

- Un hombre que tiene ansiedad al hablar y es incapaz de hablar con el terapeuta durante las sesiones.

### 2.1.2. **CCR2**: Las mejorías del cliente que ocurren en la sesión

No suelen observarse durante las primeras fases del tratamiento o tienen poca fuerza.

(Mirar ejemplos Joanne pg 33. Algunas de las CCR2 que se le fortalecieron: Recordar y responder emocionalmente, aprender a pedir lo que quería, confiar, aceptar el amor)

### 2.1.3. **CCR3**: Las interpretaciones del cliente acerca de su conducta

Lo que dice sobre su conducta y lo que parece causarla (“interpretaciones” y el “dar razones”)

-Observación y descripción de la propia conducta

-De sus estímulos:

Reforzadores

Discriminativos

Evocadores

### 2.1.4. Evaluación

Pasos:

1) **Definir problema** (No se diferencia de los métodos usados habitualmente en la práctica clínica: preguntar sobre sus problemas y circunstancias, entrevistas, auto-informes...)

2) **Generar hipótesis sobre las variables de control**

3) **Comprobar el progreso clínico**

-Una vez definido el problema y sus variables de control:

Evaluación para comprobar si tales problemas aparecen también en la sesión (Formular hipótesis sobre si está ocurriendo CCR1)

**Pregunta clave del terapeuta en la FAP: “¿está ocurriendo eso ahora?”** (Eso se refiere a las CCR1). Otras variaciones de la misma pregunta:

-¿Cómo te estás sintiendo ahora mismo?

-¿Estás retraído en este momento?

-¿Lo que acaba de ocurrir es similar al problema que te trajo a terapia?

-¿La dificultad que sientes ahora para expresar tus sentimientos es lo mismo que experimentas con tu madre?

-¿Lo que estás sintiendo ahora, se parece a la ansiedad que te trajo a terapia?

## 2.2 *Técnica terapéuticas. Las cinco reglas*

## 2.2.1: REGLA 1: Busque las CCR

Cuanto más competente sea el terapeuta en la observación de las CCR mejor será el resultado.

Seguir la regla 1 lleva al incremento de intensidad de la relación.

En terapia, la principal consecuencia de la conducta del cliente es la reacción del terapeuta. Si el terapeuta no observa claramente la conducta del cliente, sus reacciones pueden ser:

Inconsistentes o anti-terapéuticas (por no reforzar adecuadamente)

La observación de las CCR es teóricamente todo lo que se necesita para un tratamiento exitoso. Porque el terapeuta (independientemente de su orientación teórica), que las identifique habilidosamente cuando ocurren, es muy probable que las refuerce naturalmente (reforzamiento natural), la reacción del terapeuta a los progresos del cliente en la sesión. Esto, a su vez, reforzará naturalmente la conducta Regla 1 del terapeuta, aunque no se percate de ello.

Cuanto más a menudo se observan las CCR, mayores serán las mejorías de los clientes.

## 2.2.2. REGLA 2: Evoque CCR

La relación terapeuta-cliente ideal evoca CCR1 y facilita el desarrollo de CCR2.

El cliente aprende por el hecho de estar inmerso en una relación auténtica. El terapeuta que ama, lucha y se implica completamente con un cliente, proporciona un ambiente terapéutico que evoca las CCR1. “La terapia va sobre la construcción de una relación afectiva. Si puedes vencer tus miedos y tus bloqueos con una persona, puedes también conseguirlo con otras (generalización)”.

-También sería posible que un estilo terapéutico frío y distante sea apropiado para algunos clientes. Cierta grado de pasividad puede dar al cliente una oportunidad para desarrollar independencia.

Pero en general, la mayoría de los clientes necesitan aprender a mantener relaciones íntimas.

¿Cómo evocar?

Pueden ser efectivas técnicas que no han sido desarrolladas para ello, como:

- 1) La asociación libre: presentación de una tarea no estructurada que requiere introspección y puede evocar CCR.
- 2) La hipnosis: CCR relacionadas con la pérdida de control.
- 3) Las tareas para casa: CCR relacionadas con la obediencia excesiva o el contra-control.
- 4) Ejercicios de imaginación: pueden evocar CCR relativas a ser emocional o creativo. Por ejemplo, ejercicios como: la reestructuración cognitiva, hablar a una silla vacía, contando sueños o gritando
- 5) Pedir al cónyuge que asista si solo aparecen las CCR en su presencia.
- 6) Empezar la sesión con un bulímico almorzando con él (si las CCR sólo aparecen después de comer).
- 7) Evitar durante un tiempo los comentarios de aceptación y aprobación del cliente si sus CCR consisten en dificultad para relacionarse con gente poco explícita sobre su aceptación y aprobación.

\*\*\*Puede ser un problema la pérdida de credibilidad del terapeuta, cuando este, lleva demasiado lejos el crear condiciones evocadoras de CCR, por la naturaleza del reforzamiento arbitrario.

Ej: cliente al que le surgen sus dificultades cuando la gente se enfada. El terapeuta puede fingir enfado para evocar una CCR1. Puede que el cliente reconozca que la ira no es real y el terapeuta podría ser visto como un falso y luego llegar también a desconfiar de las frases afectivas del terapeuta; lo cual sería un gran peligro para el progreso terapéutico.

Una precaución para ayudar a prevenir la desconfianza sería advertir de antemano al cliente por qué el terapeuta va a cambiar de conducta antes de llevarla a cabo.

### 2.2.3. REGLA 3: Refuerce las CCR2

Esta es difícil de poner en práctica. Los únicos reforzadores naturales disponibles en la psicoterapia de adultos son las acciones y reacciones interpersonales entre el terapeuta y el cliente.

Hay aproximaciones directas e indirectas a la hora de proporcionar reforzamiento natural:

#### ***Enfoques directos:***

- Consiste en lo que un terapeuta puede hacer en el momento en que se necesita el refuerzo

-Alto riesgo de producir un reforzamiento arbitrario.

(Ej: planear decir “muy bien” o mostrar reacciones exageradas cada vez que se necesita un reforzador corre el riesgo de ser arbitrario).

-Es aconsejable evitar los procedimientos que intenten especificar de antemano la forma en que debe reaccionar el terapeuta (para no resultar arbitrario).

-A continuación, ¿cómo podemos incrementar el reforzamiento natural de la conducta del cliente mediante el enfoque directo?

#### **1) Refuerce una amplia clase de respuestas del cliente.**

(Ej: Cliente con TOC al que terapeuta anima a relajarse en el trato con su familia y amigos. Progresivamente el cliente empieza a llegar tarde a las sesiones. Se puede considerar su nueva conducta menos responsable como un progreso (CCR2). Se refuerza, como clase amplia de respuestas.)

#### **2) Adapte sus expectativas a los repertorios de conducta del cliente.**

Atender al nivel de habilidad para observar cualquier cambio y no crearse expectativas demasiado elevadas. **Moldeamiento.**

(Ej: Cliente con Trastorno “límite”, malhumorada, explosiva y verbalmente agresiva, daba bruscamente por concluida la sesión. Agnes volvió a concluir bruscamente, amenazó con suicidarse y afirmó que lo hacía porque el terapeuta atendía poco a sus necesidades, tal como indicaba el poco tiempo que le dedicaba. El concepto de Moldeamiento, ayuda a ver esto como una CCR2 potencial que debe ser reforzada. Porque Agnes está describiendo por primera vez variables externas como las causas de su malhumor. Se refuerza hablando con ella sobre el modo

en que podría ayudarla en sus necesidades, y negociando la duración y la frecuencia de las sesiones.)

3) Amplifique sus sentimientos a fin de aumentar su relevancia.

Añadir otras conductas verbales a la reacción básica que se tiene ante el cliente. En este proceso no se altera la naturaleza básica del reforzador, solo se amplifica para incrementar la eficacia. Sería ser especialmente cuidadoso al explicar y describir al cliente las reacciones que tiene el terapeuta ante él, tanto las directamente observables como las privadas.

Ej: Cliente con pocos amigos y dificultades para las relaciones íntimas. Si el cliente produce en el terapeuta reacciones como predisposición a actuar de modo íntimo y afectuoso, puesto que probablemente el cliente no sea capaz de discriminar esta reacción, tendría escaso efecto reforzante. El terapeuta podría decir “ahora me siento especialmente cerca de ti”. Mediante la amplificación, podría tener mayores efectos reforzantes.

4) La razón de ser de la relación es el beneficio del cliente.

El afecto de **Rogers**, manifestaba en sí mismo tanto interés, atención, preocupación e implicación que de forma natural castigaba las CCR1, reforzaba las CCR2 y las CCR3.

El afecto y la autenticidad de Rogers es un método indirecto para conseguir la ocurrencia de contingencias de reforzamiento naturales.

Es decir, un terapeuta cuidadoso es aquél que refuerza con naturalidad y se rige por lo que es mejor para su cliente.

La tarea de un padre o un terapeuta es ser de utilidad para el niño, no usarlo para su satisfacción personal. Apoyar al niño en su camino hacia la independencia.

5) Si se usan reforzadores arbitrarios debe ser sólo transitoriamente.

Solo usarlos hasta dar con los reforzadores naturales. Pero debe hacerse con gran cautela, incluso podría ser de utilidad explicar al cliente por qué se hace de este modo, y que en fases posteriores será reemplazado por reforzamiento más natural. **Fester afirmó que algunos de los éxitos de los reforzadores arbitrarios, se debe a que hacen que la conducta de cliente sea más visible tanto para el terapeuta como para el propio cliente. Una vez esta observación ya ha ocurrido, las reacciones naturales reforzantes por parte del terapeuta ayudarían a promover repertorios relevantes del cliente que acompañan a esos reforzadores arbitrarios.**

6) Evite el uso del castigo.

Estímulos aversivos deberían usarse sólo cuando los intentos con reforzamiento positivo hayan fracasado. Oposición al estímulo aversivo porque:

- Puede provocar evitación de la terapia
- Puede producir ansiedad generalizada
- Sustituye la conducta productiva por evitación y escape

Fester: “La mayor parte del control aversivo que se da entre la gente es arbitrario por naturaleza, por lo que debe ser evitado en el tratamiento en adultos.”

\*Si la CCR1 consiste en conductas de escape o evitación que impiden la aparición y desarrollo de CCR2, el terapeuta debe bloquear la evitación volviendo a presentar el estímulo aversivo que provocó originalmente el escape o la evitación (Como en la DS) (Ej. Terapeuta: ¿qué tal la práctica de la relajación esta semana? Si se permite que cambie de tema, se estaría reforzando la CCR1 de evitación, obstaculizando el desarrollo de repertorios útiles, no se desarrolla el “ser directo en general”. Entonces, la técnica principal para debilitar las CCR1 de evitación consiste en volver a presentar el estímulo aversivo (¿qué tal la práctica de la relajación esta semana?). La CCR1 de evitación son muy frecuentes (aparecen en cada sesión). El terapeuta debe preguntarse “¿qué evita esa respuesta?”.

No conviene bloquear todas las respuestas de evitación, porque el bloqueo es un control aversivo que lleva asociados todos sus efectos adversos.

Se debe administrar en función de la tolerancia del cliente al control aversivo.

La tolerancia se aumenta mediante el reforzamiento positivo dado a la nueva conducta que se desarrolla tras la aversividad inicial.

**También se puede incrementar la tolerancia con un repertorio verbal que se refiera a las variables de control implicadas en la evitación** (Ej. “Te voy a preguntar de nuevo por la relajación porque antes no me respondiste. **Y lo hago porque me parece que tu falta de respuesta es lo mismo que cuando tu mujer te pregunta que cómo te ha ido el día y al final acabáis los dos enfadados. Ésta puede ser una buena ocasión para hacer algo con ese problema**”).

7) Sea usted mismo tanto como le sea posible, dentro de las restricciones de la relación terapéutica.

Observar la reacción privada tras la conducta del cliente. No es un reforzamiento en sí, pero va acompañada de una disposición a actuar abiertamente de formas que produzcan reforzamiento natural. Otro método es preguntarse “¿Cómo respondería la comunidad ante esta conducta?”

### ***Enfoques indirectos:***

-Aumenta las posibilidades del reforzamiento natural al manipular variables distintas de las que uno manipula de modo inmediato tras advertir la presencia de CCR.

-Menos riesgo de ser arbitrario, que con el directo, en el cual se sigue una regla relativa a qué hacer en el momento del reforzamiento, porque la regla no es parte del proceso cuando éste ocurre en el ambiente natural.

1) Incremente la atención sobre lo que ha de reforzar.

(es la regla 1) Las oportunidades de que las reacciones espontáneas del terapeuta sean reforzantes de forma natural se ven aumentadas si la conducta del cliente se discrimina como una mejora clínica.

2) Evalúe su impacto.

Revisar detalladamente las interacciones terapéuticas (útil grabación). Puede ayudar a cambiar las reacciones del terapeuta de una forma más favorable.

3) Adquiera el repertorio de ayudar a los demás en general

Implicar al terapeuta en comportamientos cuyo único reforzador sea el beneficio de los demás. (ej: aumento de buenas acciones a desconocidos, trabajo de voluntariado, ayudar a los pobres...).

Hágalo diariamente. Esto aumenta el repertorio de ayudar a los demás, que es la característica definitoria del reforzamiento natural.

4) Elija a cliente adecuados para la FAP

-Tengan problemas susceptibles de darse en sesión

-Puedan ser afectados por las reacciones del terapeuta

## **2.2.4. REGLA 4: Observe los efectos potencialmente reforzantes de la**

## **conducta del terapeuta en relación a las CCR del cliente**

La consecuencia de la conducta del cliente, es la conducta del terapeuta, lo cual influye sobre la probabilidad de aparición futura de la conducta en el cliente.

Esta regla sugiere que el terapeuta observe sus conductas, no que las cambie, aunque es obvio que solo observarlas puede cambiarlas.

Ej: Terapeuta observa que sus reacciones castigan las conductas deseables del cliente (CCR2), puede cambiar su conducta para que sea positivamente reforzante.

A veces es imposible. Ej: el cliente te recuerda una persona amada que te fue infiel, tras lo cual te sentiste profundamente traicionado, entonces se generaron intensos sentimientos aversivos hacia su ser. En tal caso, sería aconsejable evitar comenzar un tratamiento si parece poco probable que las contingencias naturales puedan favorecer la mejoría de determinado cliente.

La observación por parte del terapeuta de los efectos reforzantes de sus reacciones sobre la conducta del cliente, puede ayudar a seguir la regla 5 y a desarrollar conductas similares en el cliente (CCR3). Ej: cuando el terapeuta habla al cliente de su auto-observación “Me he dado cuenta de que cada vez que empiezas a hablar de tus creencias espirituales yo cambio de tema, y tú no vuelves a tratarlo”

### **2.2.5. REGLA 5: Ofrezca interpretaciones sobre las variables que afectan a la conducta del cliente**

Al preguntar: “¿por qué lo hiciste?”

**La respuesta suele contener:**

**-Una descripción de lo que hicimos (pensamos, sentimos o dijimos)**

**-Alguna referencia a su causa**

Las causas que dará el cliente, así como el terapeuta pueden ser distintas, puesto que responden a la historia personal. Sin embargo, una razón no es más que una porción de conducta verbal.

Todas las formas de terapia incluyen el enseñar al cliente a dar razones plausibles para el terapeuta - El terapeuta cognitivo enseña al cliente a dar razones de sus problemas y mejorías en términos de creencias y supuestos.

-El de la FAP, da razones en términos de historia de reforzamiento y variables de control actuales.

-El psicoanalítico: conflictos infantiles y recuerdos reprimidos (Woolfolk y Messer (1988) sobre el psicoanálisis: El análisis termina cuando el cliente da las mismas razones que el analista.)

Las razones pueden afectar al cliente por:

-1) Porque pueden convertirse en prescripción, instrucción o regla. (ej: te comportas con tu mujer como si fuera tu madre=prescribir: no te comportes así con ella, con otro trato mejoraría tu relación).

Que la regla ayude depende de que se adecue o no al ambiente natural.

Ej: Niña roba galleta.

Razón A: “el demonio me hizo cogerla”. No sirve por no corresponderse con las condiciones ambientales que afectaron al coger una galleta.

Razón B: “la cogí porque hace una semana que no como una”. Se corresponde con condiciones ambientales. Sugiere formas de intervención (ej: permitir comer galletas más a menudo) para así evitar el robo.

-2) Porque puede aumentar la relevancia de (aumentar el contacto con) las variables de control e incrementar la densidad del reforzamiento positivo y negativo.

Ej:

Compartimento A: Ratas en laboratorio recibían shocks eléctricos no contingentes a intervalos aleatorios.

Compartimiento B: Reciben el mismo número de shocks no contingentes, pero cada descarga iba precedida de una luz de aviso.

Las ratas preferían invariablemente el compartimiento en que se avisaba del shock.

Ocurría lo mismo si en lugar de descargas se administra alimento.

**Conclusión: Una señal ayuda a mejorar la experiencia. Del mismo modo, para los humanos una interpretación podría “señalar” eventos.**

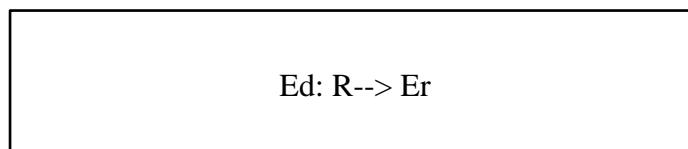
Ej: Una clienta aprende con la FAP que la razón por la que a veces se siente rechazada durante la sesión, depende de la atención del terapeuta y además esta atención está relacionada con lo acelerado que parece el terapeuta a principio de la sesión. Entonces, aumenta la atención del cliente sobre el estado de humor del terapeuta al principio de cada sesión, y afectar de manera significativa el grado en que le afecta un lapus de atención del terapeuta. Como resultado, la cliente tiene mejor contacto (advierde cuán preocupado puede estar el terapeuta) y experimenta menos aversividad cuando el terapeuta no está atento.

### **2.2.5.1. Descripción de relaciones funcionales**

Ed: estímulo discriminativo o situación previa cuya influencia sobre la ocurrencia de la respuesta varía según la historia de reforzamiento.

R: respuesta o conducta operante influida por el Ed.

Er: reforzamiento o efecto de la respuesta sobre el ambiente.



La fórmula del cuadro simboliza la relación que el repertorio verbal de los terapeutas debe emplear sobre los acontecimientos que ocurren en sesión.

Ej: “cuando te pregunté cómo te sentías hacia mí (Ed), empezaste a hablar de tu experiencia en la



cárcel (R), que sabes que es otro tema que me interesa. Yo reforcé tu evitación al tratar contigo ese tema y no el de tus sentimientos hacia mí (Er).

**Se pueden hacer estas afirmaciones en lenguaje cotidiano, pero es preferible enseñar al cliente el lenguaje conductual.**

### **2.2.5.2. Énfasis en los procesos conductuales**

Reinterpretar las afirmaciones del cliente en términos de relaciones funcionales, historia de aprendizaje y conducta.

Las interpretaciones conductuales enfatizan la historia y restan importancia al mentalismo y a las entidades no conductuales. Esto es útil para el cliente porque dirige su atención hacia los factores externos.

Mira ej. pg 52.

## **3. Suplementación: Mejorando la atención del terapeuta sobre la CCR. Análisis de la conducta verbal del cliente**

### **3.1. Clasificación de la conducta verbal**

Para incrementar la competencia del terapeuta para observar las CCR. (ej Karen pg 60).

El conductismo radical se basa en la teoría contextual del significado de Skinner para especular sobre el significado oculto del lenguaje.

El terapeuta se encuentra en buena posición para la especulación porque:

- Puede hacerlas inmediatamente después de que ocurra la afirmación
- Está en estrecho contacto con las circunstancias que rodean esa afirmación
- Continúa interactuando con el cliente y puede recabar más información para validar su interpretación

Algunas consideraciones que marcan diferencias con lo que hace un psicoanalista:

- El terapeuta conductual debe ser modesto y no perder de vista que las interpretaciones no son más que hipótesis.
- La validez de las interpretaciones es difícil de evaluar, puesto que las variables de control no pueden aislarse en un contexto de laboratorio.
- Los significados ocultos, no son necesariamente relevantes desde el punto de vista clínico (no son resultado de algo que haya dentro de la persona y que lucha por salir y manifestarse).
- Las interpretaciones psicoanalíticas son útiles cuando facilitan que el analista observe las CCR,

pero la FAP logra este objetivo con otras técnicas más eficientes.

### **3.2 el sistema de FAP de clasificación de las respuestas del cliente**

El sistema de clasificación de la FAP, se basa en los conceptos de la obra: Conducta verbal de Skinner (1957).

Dirigido a descubrir las posibles causas de su conducta y detectar CCR

### **3.3 Implicaciones del sistema de clasificación de respuesta al hacer FAP**

Sugerencias para promover el desarrollo de la relación terapeuta-cliente y la ocurrencia de las CCR (ambas son el centro de atención de la interacción terapéutica):

#### **1) PROMUEVA Y REFUERCE LOS COMENTARIOS DEL CLIENTE RELACIONADOS CON LOS ESTÍMULOS PRESENTES EN LA SITUACIÓN TERAPÉUTICA**

Serían comentarios del cliente sobre:

- el terapeuta
- la relación terapéutica
- sentimientos hacia el terapeuta (efectividad, honorarios, características, defectos...)
- acontecimientos ocurridos en sesiones anteriores
- cómo se siente respecto al hecho de acudir a la sesión
- sentimientos ocurridos durante la sesión
- comodidad de las sillas, iluminación o cualquier otra cosa

Ejemplos de preguntas:

¿Cómo te sentías hoy al venir aquí?

¿Cómo se sintió después de la última sesión?

¿Qué te parece la terapia?

¿Qué cree que siento hacia usted?

¿En qué piensas?

Me disgusta tu hostilidad hacia mi

Me pregunto si crees que estamos progresando suficientemente

Estoy pensando en lo que pasó en la sesión de la semana pasada

## 2) FOMENTE COMPARACIONES CONTROLADAS POR ACONTECIMIENTOS QUE SE DAN TANTO EN TERAPIA COMO EN LA VIDA DIARIA

Ej. de comparaciones por el cliente:

- la ansiedad que siento ahora es parecido a lo que siento cuando hablo a la junta directiva
- me recuerdas a mi padre
- eres como todo el mundo, no se puede confiar en ti
- este es el único lugar donde me siento seguro

Ej. de preguntas del terapeuta:

- esto que acaba de ocurrir, ¿es lo mismo que te ocurre cuando miras a tu madre?
- ¿en qué grado se parece cómo te sientes ahora comparado con cómo te sientes en el trabajo?
- ¿puedes comparar lo que sientes hacia mí con lo que has sentido con otras personas con las que has tenido una estrecha relación?
- esa manera de cerrarte cuando te dije que me preocupaba por ti, es muy similar a lo que describes que te pasa cuando otra gente se muestra cariñosa contigo

## 3) PROMUEVA LA EXPRESIÓN DIRECTA DE DESEOS, PETICIONES Y SUGERENCIAS

Ej:

- por favor, ayúdame a superar esta ansiedad
- no quiero tratar de recordar mi infancia
- ¿me puede rebajar los honorarios?

El terapeuta puede estimular esas peticiones así:

- es posible y deseable que quieras y me pidas cosas. Tomaré todas tus peticiones en serio, aunque quizá no te las pueda dar como tú quieres”

También puede servir el modelamiento directo (hacer de modelo):

- me gustaría que fueses puntual
- quisiera hablar sobre el dinero que me debes

## 4) USE LAS DESCRIPCIONES QUE HACE EL CLIENTE DE ACONTECIMIENTOS SOBRE SU VIDA COMO METÁFORAS DE HECHOS QUE OCURREN EN LA SESIÓN.

(Usar las descripciones del cliente de acontecimientos sobre su vida como metáforas de lo que ocurre en sesión)

Cualquier respuesta del cliente puede estar sujeta a causación múltiple podría haber variables de control menos obvias (motivos ocultos), de los que el cliente no es consciente.

Ej:

Paciente habla de la incompetencia de su dentista

T: me pregunto si te preocupa que yo sepa lo que estoy haciendo

También puede tratarse de una petición disfrazada

Ej:

Paciente habla de lo miserable e infeliz que se sentía la semana pasada, podría considerarse una petición disfrazada cuyos reforzadores ocultos fueran la compasión y que el terapeuta no le

exigiera demasiado durante esa sesión.

También puede tratarse de motivos ocultos a las peticiones directas

Ej:

Solicitud de terminar la terapia podría estar reforzada por la evitación del conflicto que le supone sentirse sexualmente atraído por su terapeuta.

### 3.4 Clasificación de la conducta verbal

Las causas a las que nos referimos (asumiendo que hay otras causas desde el punto de vista conductual) de la conducta verbal, son:

-Estímulos discriminatorios que ocurren antes de la respuesta (TACTO)

y

-Estímulos contingentes que aparecen tras ella (MANDO)

Clasificamos (es una introducción de los principios de la conducta verbal de Skinner en el marco de la psicoterapia) las respuestas del cliente como:

Tactos

Mandos

Intraverbal

<b>TACTO</b>	
T: ¿qué es esto? “Se muestra a la vez una bola roja”	El estímulo discriminatorio es específico (la bola roja).
P: <b>una bola roja</b>	Es un tacto, porque está controlado por un estímulo discriminatorio muy específico (la bola roja)
T: aja, muy bien, gracias ...	La contingencia de reforzamiento se hace mediante reforzadores condicionados amplios y generales. (Es indistinto usar aja, gracias...)
Sería similar a nombrar o etiquetar.	
El Estímulo discriminatorio puede ser:	
-EdTe: Los que se dan en la sesión de terapia (Se muestra la bola roja en terapia/ desacuerdo con terapeuta)	
-EdVd: Los que se dan en la vida diaria (Cuenta una pelea con su marido)	

-EdTeVd: en sesión y en vida diaria (Si la clienta dice que el desacuerdo con el terapeuta se parece a la pelea con el marido)

\*La FAP se centra en las respuestas controladas por estímulos presentes en la sesión, por ello se está pendiente de EdTe y EdTeVd.

## Mando

Expresiones empleadas para:

- Demandas
- Ordenes
- Peticiones
- Preguntas

Características:

- 1.Ocurre porque fue seguido de un reforzador particular (ej. con Mando “quiero agua”: seguido de que alguien proporcione el agua. No podría ser un reforzador generalizado como, aja, entiendo lo que dices...)
- 2.Su fuerza depende del grado de privación o de estimulación aversiva (ej. es más intenso cuando más privación de agua, es decir, cuanto más intensa es la sed)
- 3.Aparece ante un rango muy amplio de estímulos discriminativos (puede aparecer en cualquier situación en la que se tenga sed)

**Mando Disfrazado:** Parece un Tacto por su forma, pero es un mando por la función.

Ej: Me voy a suicidar, si se está manteniendo por la atención que le dan los demás.

Ej: “soy inútil y despreciable”, si está mantenido por que en la experiencia pasada del cliente incrementaba la probabilidad de que el amor y el afecto aparecieran tras la auto-depreciación.

Los no conductistas, podrían atribuir que un mando disfrazado tiene una intención o propósito. Sería similar, pero estos términos proporcionan dificultades. Como el pensar si la intención o propósito implica o no consciencia. Con la clasificación Mando Disfrazado, es indistinto si la persona que dice “me voy a suicidar” es consciente o no de qué mantiene esa conducta.

Un Mando y un Tacto se diferencian por su función. Ej: “fuego” puede ser un Mando en boca de un coronel o ser un Tacto controlado por el estímulo discriminativo del elemento. “Me voy a suicidar”, es un Tacto si responde al anuncio de los preparativos que la persona está llevando a cabo, o un Mando Disfrazado si está mantenida por la preocupación que produce en los demás.

## Intraverbal

Evocada por estímulos verbales

Abarca aquellas que no pueden clasificarse ni Tactos ni como mandos

Son respuestas apropiadas a la serie de palabras

Ej: a la pregunta “¿cómo estás?”, la respuesta “bien” sería una intraverbal. Solo si no estuviera hablando de los sentimientos de la persona, que entonces sería un tacto.

Las respuestas del cliente de preguntas como “¿de dónde son tus padres?” serían intra-verbales.

## Causación múltiple y estimulación suplementaria

La mayor parte de la conducta verbal está multi-determinada. Hay **estímulos de control primario y estímulos de control suplementarios** (que también influyen en la respuesta).

Ej: en el Lapsus linguae, múltiples causas producen una respuesta distorsionada.

Estimulación suplementaria:

Ej: debido a un enfado con el terapeuta, puede sacar el tema del incidente en que perdió los nervios con su pareja.

Explican lo que tradicionalmente se ha llamado significados ocultos, latentes o inconscientes:

- La causación múltiple
- Los mandos disfrazados
- Los reforzadores especiales

**Variabes Sutiles:** son las que explican estos fenómenos (no nos referimos a mecanismos internos (voluntad o inconsciente)

**Variabes Evidentes:** son las que determinan de modo más directo la forma de la respuesta.

Ej: cliente dice “el dentista me hizo daño”.

La Variable Evidente: una mala experiencia con el dentista

La variable Sutil: la experiencia dolorosa que está teniendo con el terapeuta.

\*Entonces, “el dentista me hizo daño”, es una **Metáfora**, porque es una respuesta multi-causada.

(Lo más probable es que el cliente no se dé cuenta de las causas sutiles)

<p>Paso 1: clasificar en: -Tacto -Mando -Intraverbal</p>	<p>Paso 2: Encontrar Estímulos que controlen la conducta (discriminativos y reforzadores)</p>	<p>Paso 3: Encontrar variables sutiles</p>
<p>Ej: Cliente habla de la situación con un amigo  Consideramos que es un: Tacto</p>	<p>Está controlada por una EdVd como Variable evidente</p>	<p>¿Qué variables sutiles se dan? Es decir, ¿qué elementos en común se pueden dar entre la relación terapéutica y la relación de amistad?</p>
<p>(Una vez formulada la hipótesis, podemos ir acumulando información adicional para confirmarla o rechazarla)</p>		

### **3.5 Clasificación y observación de CCR**

1) Aquí y ahora

Raramente los clientes se observan en el aquí y ahora

Esta ausencia podría ser una CCR1 (que interfiriese en las relaciones íntimas)

La observación del aquí y ahora de uno mismo y de otros es un tacto (TaEdTe)

Para identificar CCR1: pedir al cliente que compare su conducta en la sesión con la de su vida diaria

Ej: “Miró usted a otro sitio y no dijo nada cuando le pedí que me hablara de sus sentimientos hacia mí. ¿Es esto lo que ocurre con su pareja?”

La respuesta de comparación del cliente sería una TaEdTeVd

2) Las TaEdTeVd fortalecen las CCR3

Es decir, que el cliente haga la comparación entre Terapia y Vida diaria, favorece que el cliente describa la conducta problema y sus causas.

La CCR3 es un tacto controlado por estímulos que ocurren en la sesión.

TaEdTeVd son CCR3 pueden ayudar a la generalización de las mejorías terapéuticas en la vida cotidiana

3) Las respuestas sutiles a menudo son CCR1.

El cliente no suele ser consciente de ellas

Cuando aparece la respuesta sutil es una oportunidad terapéutica para aumentar esa conciencia

mediante la promoción y reforzamiento de la CCR3 apropiada.

Hacer consciente lo inconsciente (en lenguaje psicoanalista): Procurar hacer que el cliente se dé cuenta de las variables que afecta a su conducta (Regla 5)

**Los mandos disfrazados pueden ser CCR1, porque al pedir algo suele ser más efectivo hacerlo de forma directa.**

Clasificar las respuestas del cliente, sirve para encontrar más CCR. Deben evaluarse continuamente todas las conductas del cliente como posibles CCR.

\*\*\*\*\*Pg 71 ejemplos de clasificación de respuestas del cliente.

Situaciones terapéuticas que suelen evocar CCR: pg 72,73,74,75,76,77.

## 4. El papel de las emociones y los recuerdos en el cambio de conducta

### 4.1. Emociones

“Lo que la gente siente a menudo es tan importante como lo que hace” (Skinner, 1989, p.3)

Recordemos, que son los conductistas metodológicos los que mantiene la teoría de la caja negra, que postula que carecen de interés al ocurrir las emociones dentro de la persona.

Utilizaremos Sentir como verbo, que es un tipo de acción sensorial, como ver u oír.

Como nombre (sinónimo de afecto y emoción), es confuso, no se puede tocar ni preguntar a otro a qué sabe.

La actividad que hacemos es sentir o notar la emoción. Y lo que sentimos, es nuestro cuerpo.

El estado del cuerpo es “un efecto colateral de causas ambientales” (Skinner, 1974)

Hay tres sistemas nerviosos sensoriales:		
Exteroceptivo	Interoceptivo	Propioceptivo
	Estos dos son los implicados en el proceso de sentir	
Vista, oído, olfato y tacto.	Transmite desde: -Vísceras (como vejiga, estómago, glándulas, vasos sanguíneos y sistema vascular)	Transmite desde los músculos, tendones y articulaciones.  Movimiento y postura
	Estos dos sistemas, son estimulados por aquellas partes del cuerpo involucradas por la ira, la depresión, la ansiedad, el miedo, la alegría, el placer...	



Cuando estamos implicados en las conductas respondientes y operantes que llamamos conducta emocional, también hay estados corporales correlacionados con esas respuestas (ej: secreciones glandulares, vasoconstricción, contracciones musculares...)

Ej: Hombre es criticado en el trabajo. Responde con:

-Conductas respondientes: se ruboriza, le sudan las manos, se le corta la digestión, su cara adopta la expresión típica de ira (ceño fruncido, ventanas de la nariz abiertas, labios apretados)

-Conductas operantes: habla secamente a la gente, da un portazo, patea a un gato, mira una pelea callejera

\*Hay un estado corporal correlacionado con ese patrón de conductas operantes y respondientes.

Cuando un paciente se lamenta de que siente de un modo y actúa de otro:

Es porque tiene dos estados corporales que puede sentir, pero sólo identifica como sentimiento a uno de ellos. Es porque el estado corporal asociado a las respondientes se experimenta más intensamente que el asociado a las operantes.

(A menudo la conducta operante afecta a la conducta respondiente, pero cuando no lo hace, el resultado es sentirse de un modo y comportarse de otro.)

Ej: retomando el hombre criticado de antes, pongamos que siente las mismas respondientes, pero como operantes acaricia al gato, sonríe falsamente a un compañero...Puede darse cuenta de que las operantes son resultado de las contingencias sociales que le hacen ser "tranquilo y civilizado", pero no los considera relevantes para sus verdaderos sentimientos.

Si el caso fuera al contrario, es decir que el cliente considerara como sentimientos verdaderos únicamente a los asociados con las respuestas públicas bajo control de contingencias y no se percatara de las respuestas privadas. Podríamos decir al cliente que no tiene contacto con sus sentimientos, y la labor del terapeuta consistiría en transferir el control a esos estados corporales que son más privados.

#### **4.1.1. Los sentimientos como causas de la conducta**

Son estados del cuerpo y **No** necesariamente causas de la conducta.

Ej:

Al correr sentimos un estado del cuerpo

-Hay causas externas que identificamos claramente como causa: correr para coger el autobús

-Hay causas externas que no identificamos: por ejemplo, corres porque tus amigos lo hacen, porque se fortalece tu cuerpo y recibes cumplidos... En estas condiciones tendemos a atribuir la

causa a ese estado corporal colateral que sentimos, y podríamos decir: “corro porque me gusta”. Dándole al sentimiento erróneamente un estatus causal.

También podemos erróneamente atribuirle al sentimiento un estatus causal, porque a menudo el sentimiento se nota antes de emitir la conducta.

El problema al atribuir un estatus causal a un estado corporal colateral es que puede dirigir la atención lejos de los factores que causan tanto la conducta (o tendencia a actuar) como el sentimiento colateral.

### Ejemplo Jan pg 86

Se puede emplear la ACT (Terapia de Aceptación y Compromiso) cuando los clientes atribuyen los sentimientos como causa y se empeñan en la eliminación de pensamientos y sentimientos como forma de cambiar su conducta. El problema no es el sentimiento en sí, sino los esfuerzos del cliente por cambiar ese sentimiento.

## 4.1.2. La expresión (comunicación y muestra) de los sentimientos

A pesar de que los sentimientos no causan la conducta, su expresión juega un papel muy importante en la FAP, como indicador del contacto con variables importantes.

**-Comunicación de sentimientos:** Son conductas **operantes** verbales cuyo propósito es informar a otros sobre los sentimientos del hablante (ej: estoy enfadado)

**-Muestra de sentimientos:** Son conductas **respondientes** no verbales que son evocadas automáticamente (ej: rubor, risa...)

También hay respuestas **parcialmente respondientes** que han sido moldeadas por las contingencias (ej: la exclamación “!ay!” evocada por un estímulo doloroso).

Comunicación de sentimientos:	Muestra de sentimientos:
Son conductas operantes verbales cuyo propósito es informar a otros sobre los sentimientos del hablante (ej: estoy enfadado)	Son conductas respondientes no verbales que son evocadas automáticamente (ej: rubor, risa...)
Muy útil en el desarrollo y mantenimiento de relaciones íntimas.  Las relaciones íntimas suponen una sensibilidad	Ventajas:  Están menos sujetos a las contingencias, y por tanto son más espontáneos y es menos probable

<p>a los efectos de la conducta de una persona sobre otra.</p> <p>Independientemente de que uno tenga una alta sensibilidad a los efectos de su conducta, la intimidad sólo es posible si el otro expresa sentimientos.</p>	<p>el engaño.</p>
<p>-La expresión de sentimientos aumenta la probabilidad de que se satisfagan las necesidades propias. Porque una expresión de sentimientos efectiva evoca en el oyente alguno de los mismos estados corporales que ha expresado el hablante. Así el oyente puede preguntarse:</p> <p>-A) cómo se comportaría él si tuviese esos mismos sentimientos expresados</p> <p>-B) qué tipo de conducta acompañó a la expresión de esos sentimientos en el pasado</p>	
<p>Conocer a otra persona implica ser capaz de predecir lo que esa otra persona hará (incluso predecir qué podría ser reforzante para ella). Las relaciones íntimas requieren saber qué se espera de la otra persona.</p>	
<p>La descripción del estado corporal o los táctos (“estoy feliz”) como el uso de:</p> <p>-Metáforas</p> <p>-Analogías</p> <p>-Descripción de situaciones externas que pueden provocar ese sentimiento</p> <p><b>(Ej pg 87)</b></p>	
<p>Desventajas:</p> <p>- Se podrían tactar del mismo modo sentimientos muy distintos</p> <p>-Es fácil engañar con la conducta verbal (ej: “te quiero” para conseguir sexo)</p> <p>-Se puede decir lo socialmente adecuado más que lo que se siente en realidad.</p>	

### 4.1.3 La evitación de sentimientos

La evitación en un área aparentemente pequeña puede tener importantes ramificaciones.

Ej: Explorar la evitación afectiva del cliente hacia el terapeuta, puede mostrar que emplea la misma evitación cuando se acerca al orgasmo.

Causas por las que los clientes pueden tener dificultad para expresar sentimientos:

-No saben cómo se sienten porque nunca aprendieron a estar bajo control privado de sus estados corporales.

-Castigo reiterado en numerosos contextos en los que se expresaron sentimientos (Ej.: cuando era niño, le castigaban los padres por parecerles molesta la expresión de los sentimientos)

Expresar sentimientos permite que los demás nos conozcan y puedan predecir nuestra conducta, es decir, facilita el reforzamiento positivo en una relación íntima, pero también se puede usar contra nosotros.

Si se castigan las expresiones de sentimientos, también se vuelven aversivas las condiciones que evocan esas respuestas emocionales, y por tanto también son evitadas (Ej: al castigar por mostrarse cariñoso, pueden volverse aversivas las situaciones que suscitan afecto).

Se puede evitar de forma selectiva:

-evitar las condiciones que provocan el estado corporal (ej.: no tener sexo)

-evitar sentir el estado corporal (ej.: “evadirse” durante el sexo)

Objetivo de la terapia (disminuir la evitación generalizada y aumentar el contacto generalizado con el mundo), para ello:

-Limitar la evitación

-Incrementar contacto con las variables de control

Ej: si alguien evita llorar, también puede evitar la demostración de afecto en general, y podría tener dificultades para experimentar sentimientos intensos de cualquier tipo, incluidos el entusiasmo y la alegría.

## 4.2 Recuerdos

El conductismo radical no cree que exista tal cosa llamada “recuerdo”, sino **el acto de recordar**.

El recordar es una respuesta condicionada, consistente en ver, tocar, etc... Estímulos que no están presentes.

Hay dos modos de recordar experiencias tempranas en terapia y dos modalidades de recordar:

<b>Recordar como respuesta condicionada respondiente</b>	<b>Recordar como respuesta condicionada operante</b>
Espontáneo en el curso de una conversación (respuesta condicionada respondiente). Es un efecto automático del contacto con las variables relevantes, es decir, se da cuando en la situación actual, hay estímulos parecidos a los que había presentes cuando sucedió el episodio recordado. Ej.: pasamos por una calle que evoca el recordar	-Provocado por el terapeuta (respuesta condicionada operante) (ej.: recuerda vagamente un episodio y se le anima a recordar más). Cuando se le pide a un cliente que recuerde un acontecimiento, decimos que es una operante en ausencia del estímulo.  Afectado por estímulos discriminativos verbales,

<p>una cena en un restaurante Ej: ver condicionado respondiente: el cliente ve X porque X ha sido asociado con otros estímulos en el pasado. (Ej. Evocas la imagen del número 7, al leer la palabra <i>siete</i>)</p> <p>Trauma: La rememoración espontánea de acontecimientos traumáticos es un efecto automático del contacto con las variables relevantes. Sirve como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-indicador de la presencia de esas variables de control relevantes.</li> <li>-aprender nuevas conductas más adaptativas una vez ha ocurrido el contacto.</li> </ul>	<p>estados de deprivación (más probabilidad a más deprivación) y reforzamiento (en el pasado se ha reforzado. No ocurrirá si es castigada o no es reforzada positivamente).</p> <p>Trauma: para recordar operantemente, se puede pedir primero que empiece recordando las características físicas del lugar donde ocurrió. El terapeuta iría moldeando y reforzando el recuerdo del cliente (ej.: si es demasiado aversivo el recuerdo de la habitación, se puede pedir que recuerde el pasillo). Sirve como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-aprender una regla nueva más productiva. (ej: de pensar que los problemas sexuales con su marido, son debidos a la ineptitud sexual de este, a “estoy reaccionando negativamente ante mi marido como consecuencia de experiencias aversivas pasadas”)</li> <li>- Ayuda a reducir la aversividad de los estímulos evitados actuales, y así ayuda a incrementar el contacto y permitir el aprendizaje de nuevas y más efectivas formas de conducta. Es decir, cuando se recuerdan operantemente los episodios traumáticos, la aversividad se reduce por extinción (afrontamiento).</li> </ul>
--	---

El problema principal producido por el trauma es que evitamos los estímulos actuales que nos recuerdan ese trauma.

## **4.2.1. Implicaciones clínicas y directrices de esta concepción teórica de las emociones**

### **4.2.1.1. Proporcionar una base conductual para tomar contacto con los sentimientos**

No se explica al cliente que tomar contacto con las emociones es importante porque “ es bueno sacarlos”, o “si los mantienes escondidos se manifestarán de otra forma”.

Se explica que la emoción no es más que un producto incidental al experimentar todo tipo de acontecimientos, o al tomar contacto con estímulos importantes.

La ausencia de emoción es un problema, que indica evitación, lo cual infiere con la terapia y con otras áreas de la vida.

Es importante, no porque la expresión emocional sea curativa en sí misma (como la idea de catarsis),

si no que señala:

-Que el cliente está en contacto con las variables de control importantes

-Esto permite aprender otras conductas

Ej: “Es importante que te permitas llorar la pérdida. Si evitas pensar, sentir o hablar sobre él, acabarás evitando un montón de cosas, como actividades que hicisteis juntos o conocer a otros hombres, porque todo te recordará a él”.

El reforzamiento del terapeuta de la manifestación de sentimientos del cliente tiene que ser natural.

#### **4.2.1.2. Incrementar el control privado de los sentimientos**

Es frecuente en terapia esta interacción:

T: ¿Qué sientes ahora mismo?

P: (silencio, parece perplejo) No lo sé.

El ambiente típico de terapia carece de **estímulos públicos** (luces tenues, decoración neutra...), que indiquen al cliente cómo se está sintiendo. Por ello, para responder a la pregunta, el cliente debe expresar sus **estímulos privados**.

Puede que no sepa responder, porque su historia personal no le haya proporcionado suficiente control a sus estímulos privados.

Objetivo para las CCR1 que están asociadas al inadvertido control público, es animar a que los estímulos privados asociados con los sentimientos tomasen un mayor control.

Para ello el terapeuta debe:

- 1) Estar seguro de que los estados corporales relevantes estuvieran presentes
- 2) Utilizar los principios del entrenamiento en discriminación para que los estímulos privados del cliente (estados corporales) aumentaran su control sobre la descripción de sentimientos.

Ej.: El cliente está contando con un déficit para expresar sentimientos, que le traicionó un compañero.

1º le animaríamos a que al volver a contarle, esos detalles le evocaran los estados corporales de ira.

2º observar cualquier signo de ira

3º Se ayuda al cliente a tomar contacto con la ira. T: “ si eso me hubiera pasado a mí estaría muy enfadado, y puede ser que tú estés experimentando ahora mismo algo de ira”. Se hacen varios ensayos para luego ir retirando la ayuda.

**\*\*Objetivo:** que los estados corporales privados del cliente adquieran control sobre la información que da sobre su ira.

En el paso 3 se emplea el **entrenamiento en discriminación:** consiste en proporcionar estímulos públicos para ayudar al cliente a identificar los sentimientos que está teniendo. Para ello podemos:

-Decir cómo nos sentiríamos nosotros en determinada situación y contrastándolo con los estímulos privados que suponemos que siente el cliente.

Ej: T: “ Pareces dolido y decepcionado (serían conjuntos de estímulos privados), y así es como yo me sentiría si me encontrase en tu lugar”

Después de varios ensayos vamos reduciendo gradualmente el apoyo externo. Para ello podemos:

-Dejar de referirnos a estímulos específicos.

Ej: T: “ Esta situación me recuerda a otras anteriores donde has tenido fuertes sentimientos”

Para que finalmente en la terapia fuera suficiente el preguntar cómo te sientes, para que el cliente se refiriera a estímulos internos.

Hay una gran coincidencia entre el escaso control privado de los sentimientos y los trastornos del yo (en el capítulo 6 se retoma el procedimiento)

### **4.2.1.3. Aumentar la expresión de sentimientos por parte del terapeuta**

Con los clientes que tienen dificultades para aceptar el cariño de otros y que necesitan ayuda para tomar contacto con , y expresar, sus sentimientos.

Ej pg 97,98.

### **4.2.1.4. Mejorar el contacto del cliente con las variables de control**

(Regla 2: evoque CCR)

Las CCR aparecen cuando el cliente entra en contacto con las variables de control. Si no aparecen es porque el cliente no está en contacto con las variables de control.

Variable de control: aquello (comentario, foto, sensación...) que recuerde algún acontecimiento emocional o algún trauma ocurrido en el pasado.

Tarea del terapeuta:

-Aumentar el contacto del cliente con las variables de control (cuando este contacto ocurre, aparecen más expresiones afectivas que evocan aún más conductas de evitación. El afecto sirve de señal de que hemos dado con una variable de control).

-Limitar la evitación del cliente de situaciones que ocurren durante la terapia y que evocan afecto.

Líneas de actuación para poner en contacto al cliente con las variables de control:

1) Presentar reiteradamente el estímulo aversivo.

- 2) Centrarse en el modo en que el cliente evita el afecto.
- 3) Centrarse en el afecto del cliente relacionado con las equivalencias funcionales entre la terapia y la vida diaria.

#### **4.2.1.5. Presentar reiteradamente el estímulo aversivo**

Si cuando el cliente intenta evitar el afecto y el terapeuta vuelve a presentar el estímulo aversivo o variable de control relevante, bloqueará con frecuencia la evitación de afecto por parte del cliente.

**Ej pg 100**

#### **4.2.1.6. Centrarse en el modo en que el cliente evita el afecto**

Es otro modo de mejorar el contacto con las variables de control, y/o de bloquear la evitación.

Para ello podemos:

Preguntar al cliente que preste atención a qué es lo que hace para no sentir

Formas principales de evitación del afecto:

1) Actividades cognitivas distractivas	Ej: Contar de 1000 hacia atrás/ concentrarse en una imagen/ repetirse “no voy a llorar”
2) Estrechar el campo visual	Ej: Mirar fijamente algo por la ventana o un objeto
3) Actividades motoras distractivas	Ej: tensar los músculos/ quedarse muy quieto/ aguantar la respiración

Pregunta:

“¿Hay algo sobre lo que estás intentando no pensar o no hablar en este preciso momento?”

Cuando está identificado qué hace el cliente para evitar el afecto, se le pide que deje de hacerlo o una tarea incompatible, como:

“Respira profunda y pausadamente y mirame fijamente a los ojos”

#### **4.2.1.7. Centrarse en el afecto del cliente relacionado con las equivalencias funcionales entre la terapia y la vida diaria**

Cualquier cosa que evoque sentimientos o acciones parecidas en Te y Vd

### **5. Cogniciones y creencias**



Ejemplo de Harriet:

Acepta cambiar la hora de terapia a pesar de que le supone una gran dificultad añadida a su vida. Cuando se le pregunta por qué lo hizo, responde: “ El ser atenta contigo muestra el afecto que te tengo, y además, no quería que te enfadaras conmigo. No soporto la preocupación de que la gente pueda enfadarse conmigo”.

Los clientes se describen y/o actúan de tal forma que sugiere una relación causal entre sus pensamientos, sentimientos y conducta.

El punto de vista del terapeuta sobre la relación causal entre los pensamientos, sentimientos y conducta afecta a lo que se hace a lo largo de la terapia.

## **5.1. Terapia Cognitiva**

Hay diferentes planteamientos de esta relación causal en diversas orientaciones dentro de la terapia cognitiva

El de Ellis:

A---->B----->C

A (acontecimientos ambientales externos)

B (cognición)

C (acción y/o emoción resultante)

El tratamiento consiste en dar a los clientes el planteamiento ABC de sus problemas, e intentar cambiar directamente B para que deje de ser disfuncional.

### **5.1.1. Problemas de la terapia cognitiva y del paradigma ABC**

1) Exclusión de otras formas alternativas de la relación entre cognición, emoción y conducta.

Ej: es posible que primero nos sintamos deprimidos y después tengamos las cogniciones negativas.

Ej: tras numerosas repeticiones del proceso ABC, es posible que se obvie la ocurrencia de B mediante condicionamiento clásico. Es decir, el antecedente A se convierte en un estímulo condicionado de segundo orden que produce directamente la emoción C.

Ej: cuando los clientes hacen comentarios como “ Acepto racionalmente que no necesito que me quieran , pero sin embargo me siento desolado cuando me rechazan”. Es decir, un pensamiento B que es inconsistente con una emoción C.

2) Procedimientos clínicos cuestionables por la no aceptación de paradigmas alternativos.

En caso de que el cliente no crea la hipótesis ABC, se le trata de convencer cuestionando su lógica, o sinceridad, o se propone que hay cogniciones adicionales (inconscientes y por descubrir).

Ej: Beck sugiere que los clientes que dicen que racionalmente “saben” que no son inútiles, pero que no lo aceptan a un nivel emocional, necesitan más terapia cognitiva porque los sentimientos disfuncionales sólo pueden ocurrir cuando no “creen verdaderamente” en el pensamiento racional.

\*Parece poco razonable excluir explicaciones alternativas no mediadas cognitivamente, como exige el modelo ABC.

-Puede darse un efecto antiterapéutico cuando se intenta cambiar a un cliente que no acepta la teoría ABC. Ej: Cliente que busca ayuda para ser más asertivo o para tener más confianza en sus propias opiniones. Si pone pegos al modelo ABC, sería conducta deseable (CCR2). Lo ideal sería que el terapeuta reforzara esta conducta, en vez de castigarla.

3) Creencia de que los sentimientos y conductas disfuncionales están causados por B patológicos, irracionales o desviados.

Ej: Hay datos que indican que los sujetos deprimidos valoran la realidad de un modo más exacto que los normales (Krantz, 1985)

4) Falta de fundamento lógico convincente sobre los efectos clínicos resultantes de la terapia cognitiva.

### 5.1.2. Formulación revisada de la terapia cognitiva

Hollon y Kriss, revisando qué era la B (cognición), la dividieron en:

<b>-Productos cognitivos:</b>	<b>-Estructuras cognitivas (esquemas):</b>
directamente accesibles, conscientes, conductas privadas, tales como pensamientos, autoafirmaciones y pensamientos automáticos.	entidades organizativas subyacentes que desempeñan un papel activo en el procesamiento de información.
Estructura superficial: se refiere a lo dicho (verbalizaciones abiertas) o pensado (autoafirmaciones encubiertas)	Operan a nivel inconsciente. Estructura profunda, es decir, se refiere a lo que significa.
Son signos o indicios de la naturaleza de la mente.	Son el factor causal
La intervención clínica sobre estos, será meramente un tratamiento sintomático	Donde se debería dirigir la intervención, pero es poco frecuente que se haga desde los mismos tratamientos cognitivos. Pues son entidades no conductuales, que el terapeuta no puede contactar (La intervención está siempre limitada al ámbito conductual- pensar, sentir, hablar, teorizar, asociar...) Por ello, es difícil imaginar intervenciones

	dirigidas a las estructuras, que sean diferentes de las dirigidas a los productos.
--	--

\*El terapeuta cognitivo está en una posición insostenible, está dirigido por la teoría para cambiar una entidad no conductual (la estructura subyacente) y al mismo tiempo se ve restringido a trabajar sólo con la conducta del cliente (los productos)

**5.2. Revisión del modelo ABC desde la FAP**

La cognición puede o no tener un papel en los problemas del cliente.

La cognición abarca los siguientes tipos de conducta:

- Conducta moldeada por contingencias
- Conducta gobernada por reglas
- Conducta verbal: tactos, autotactos, mandos y automandos

\*\*Esquema pag 114.

**5.2.1. Conducta moldeada por contingencias**

Son las conductas que han sido moldeadas por las contingencias.

Toda conducta está en última instancia moldeada por las contingencias.

Hay conductas que no han sido directamente reforzadas. Ej: las instrucciones son un estímulo previo que puede evocar conductas complejas que nunca han sido directamente reforzadas. Las contingencias han moldeado una conducta global (seguir instrucciones), y no aquella conducta referida dentro de la instrucción.

**5.2.2. Conducta verbal**

El tacto y el mando independientemente de que se digan en voz alta o para uno mismo, también aparecen cuando la única persona que oye la descripción o la demanda el propio hablante.

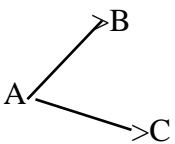
Pensar = Autotactos y Automandos. Por lo tanto, lo que en terapia cognitiva se denomina como B.

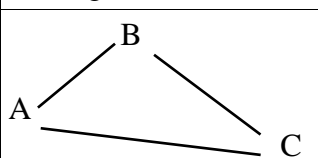
Ej:

	Terapeutas racional/emotivos	Terapeutas cognitivos	Perspectiva conductual
--	------------------------------	-----------------------	------------------------

“debería/ he de”	-Estas palabras son causa de neurosis. - Intervenciones dirigidas a eliminar tales palabras del pensamiento (Ellis,1970)		Estas palabras se encuentran típicamente en automandos. Ej: “Nunca debo cometer errores”, “Debería ser feliz”
“Soy un indeseable”		Pensamiento irracional o una hipótesis disfuncional que causa los problemas del cliente	Autotacto

**5.2.2.1. Tactos y mandos generalizados que no influyen sobre la conducta subsiguiente vs tactos y mandos generalizados que influyen sobre la conducta subsiguiente.**

Tactos y mandos generalizados que NO influyen sobre la conducta subsiguiente	Tactos y mandos generalizados que SI influyen sobre la conducta subsiguiente	
<p>El pensamiento No entra en la cadena causal ABC. Es decir, ausencia de relación entre B y C (aunque B puede predecir a C en el tiempo).</p> 	<p>A-----&gt;B-----&gt;C</p>	
	Aclaración concepto causa	
	<p><b>Cognitivistas</b></p> <p>-Se considera que los pensamientos producen un cambio en la conducta</p>	<p><b>Conductistas radicales</b></p> <p>-El término causa se limita al efecto de las contingencias</p> <p>-Un pensamiento se considera causa si este es una conducta que “influye” sobre otra conducta</p> <p>Ej: Skinner dijo que los acontecimientos privados son “útiles”, “aceleran la</p>

	adquisición”. Generar autotactos puede servir para comportarse de forma más efectiva
Los autotactos y automandos, se dan como consecuencia de la generalización, cuando la forma pública es muy intensa.  Ej: “¡Arranca!” a un coche/ hablare al árbitro desde el sofá de casa... No tienen efectos sobre los objetos.	-El autotacto puede ser provechosos cuando ayuda a aclarar o identificar una situación que, podría ser confusa. Ej: Las interacciones humanas suelen ser compleja y la forma en que uno tacta la situación puede ayudar a determinar una reacción afectiva.
Ej <b>Niña ensayando con el piano</b> en que los automandos no tienen relación con la conducta siguiente: decirle al metrónomo: “vas muy deprisa”. Suponemos que no tiene efecto sobre la conducta de tocar.	-El automando puede incrementar la efectividad de la tarea que una persona se trae entre manos  Ej <b>Niña ensayando con el piano:</b> “no, espera”, “un minuto”, “¿está bien?” Le pueden ayudar a fortalecer las conductas subsiguientes de detenerse y oírse. Al principio los decida por la generalización a partir de habérselos oído en los demás y de habérselos dicho a otros. Luego las contingencias relativas a un mayor dominio del piano (su utilidad) influirían en que se los siguiera, o no, emitiendo a ella misma.  Si tienen efecto contribuyen a mantener la generalización
	Con el tiempo, después de que una persona haga el proceso del paradigma ABC, termina por prescindir de B. Es decir, una reacción inicialmente causada por el autotacto o el automando, acabará siendo moldeado por las contingencias.
	 <p>Se pueden dar todos los paradigmas (figuras 2 pg 110) de relación entre ABC</p>

### 5.2.1. Conducta gobernada por reglas

**Regla:** Un tacto o un mando que especifica una contingencia.

Ej:

-“si fueses más amable, tendrías amigos”.

Es un tacto que, además, es una regla porque es una descripción que especifica una conducta (ser amable) y una contingencia (tener amigos).

Tacto (ser más amable)+Contingencia (tener amigos)=Regla

- “Deberás hacer las tareas asignadas o dejar la terapia”

Es un mando, que a su vez, es una regla porque es una demanda que especifica una conducta (hacer las tareas) y una contingencia (dejar la terapia)

Mando (hacer la tarea)+ Contingencia (dejar la terapia)= Regla

- “Si no te levantas ahora mismo, llegarás tarde a la escuela”

Mando (levantarse ahora mismo)+Contingencia (llegar tarde)= Regla

(leyes, principios lógicos, manuales de instrucciones, mandatos, máximas, amenazas, son tactos y mandos que, al mismo tiempo son reglas)

<b>Skinner diferencia entre:</b>	<b>Conducta gobernada por reglas</b>	<b>Conducta gobernada por contingencias</b>
(deliberación vs impulso, artificial vs natural, intelecto vs emoción, lógica vs intuición conciencia vs inconciencia, superficial vs profundo, verdad vs creencia)	<p>- “Si no te levantas ahora mismo, llegarás tarde a la escuela”</p> <p>Mando (levantarse ahora mismo)+Contingencia (llegar tarde)= Regla</p> <p>Si el niño se levantara sería una conducta gobernada por reglas.</p> <p>*Ocurrirá si el individuo ha sido reforzado por actuar siguiendo reglas.</p> <p>Acorta el largo camino del moldeamiento por contingencias.</p> <p>Las reglas se extraen de la propia experiencia directa o de los demás.</p> <p>A--&gt;B---&gt;C</p>	<p>A---&gt;C</p> <p>Jugador de póquer que actúa por intuición</p>

	Jugador de póquer que actúa pensando qué hacer antes de hacerlo	
La efectividad de cualquier intervención dirigida al cambio de conducta dependerá de si la conducta que se quiere cambiar es del tipo A-->C o A-->B-->C		
<b>Terapia cognitiva. Similar a la distinción que hace entre:</b>	<b>Productos cognitivos</b>	<b>Estructuras cognitivas</b>
		<p><b>Estructuras cognitivas y conducta moldeada por contingencias</b></p> <p>-Los efectos del reforzamiento ocurren a nivel inconsciente.</p> <p>-Los efectos del reforzamiento se definen funcionalmente (conductas diferentes pueden conseguir el mismo efecto)</p> <p>-Las conductas reforzadas se cambian a través de la experiencia con las contingencias y no “hablando sobre las contingencias”</p> <p>Es decir: Las conductas moldeadas por contingencias y las estructuras cognitivas a las que se refieren los terapeutas cognitivos, son una misma cosa.</p> <p>Para cambiar las conductas centrales, los cognitivos deberían prestar más atención a las contingencias.</p>

### **5.3 Implicaciones clínicas del punto de vista de la FAP sobre las creencias**

Consideramos la relación pensamiento conducta, como una relación conducta conducta, pues el pensamiento se entiende como conducta. Y este, puede o no preceder determinada actuación.

Prestamos atención a los orígenes implicados en la conducta de pensar y a los reforzamientos, en cuanto a su desarrollo y su modificación.

#### **5.3.1. Centrarse en el pensamiento aquí y ahora**

-El pensamiento será más susceptible de cambio si ocurre cercano a las contingencias y estímulos de control relevantes. Por eso hay que fijarnos en lo que ocurre en la sesión.

-Cuando aparecen pensamientos disfuncionales en la sesión, hay que moldear hacia B más adaptativos.

Ej:	Clienta argumenta que el terapeuta está más interesado en hacer investigación que en ayudarla.	
	<b>Cognitivismo</b>	<b>FAP</b>
	<p>-Es un problema técnico del que había que deshacerse</p> <p>-Asume que la clienta está distorsionando la realidad</p> <p>-Se podría argumentar para tratar de deshacer lo que consideraría un “ pensamiento distorsionado”. Incluso tratar de prevenir la aparición, preguntando si existe esa duda y tranquilizar así al cliente.</p>	<p>-Es una situación que proporciona una oportunidad terapéutica</p> <p>-No asume distorsión de realidad, sino que la relación terapéutica está evocando la conducta.</p> <p>-Se centra en las conductas tal y como ocurren</p> <p>-El que una clienta deprimida se sienta poco importante para el terapeuta refleja el hecho de que la situación terapéutica podría estar evocando el problema que la clienta experimenta en sus relaciones cotidianas.</p>

### 5.3.2. Tener en cuenta los diversos papeles que pueden desempeñar los pensamientos

Los pensamientos (B) son conducta y pueden o no desempeñar algún papel en los problemas del cliente.

El grado de control de los pensamientos sobre los síntomas clínicos es un continuo. En uno de sus extremos se encuentra el tipo puro A-->B-->C y en el otro A-->C

<b>A--&gt;B--&gt;C</b>	<b>A--&gt;C</b>
En este caso, el problema clínico está controlado por los pensamientos.	El síntoma ha sido moldeado únicamente por las contingencias
-El tratamiento iría dirigido a cambiar B	-Tratamiento dirigido a cambiar únicamente C
Están indicados los procedimientos expuestos en la Regla 5:	Procedimiento: -Exponer al cliente al reforzamiento positivo,



<ul style="list-style-type: none"> <li>-ofrecer interpretaciones,</li> <li>-técnicas cognitivas de la argumentación lógica,</li> <li>-interrogar sobre las evidencias,</li> <li>-instrucciones directas para el cambio de creencias</li> </ul>	<p>tanto en la sesión como en el ambiente natural, para que moldeara y mantuviera nuevas conductas C.</p> <p>-(Las interpretaciones también se corresponden a este modelo)</p> <p>Ej: pg 127</p>
--	--

### 5.3.3. Ofrecer explicaciones relevantes a los problemas de los clientes y Usar la manipulación cognitiva directa con precaución

**Manipulación cognitiva directa:** conductas del terapeuta que implican apelar a la razón, la argumentación lógica, o decirle al cliente que una creencia particular no encaja con las observaciones del terapeuta. Es decir, consiste en dar **reglas**.

El cliente con el problema responde a una B, que es una regla (productos cognitivos, tales como creencias o pensamiento automáticos). Entonces, la manipulación cognitiva sería cambiar B.

Tratar un problema A-->C como si fuera un problema A-->B-->C, puede producir tanto la mejora como el empeoramiento.

#### **Ejemplo de Empeoramiento:**

Pacientes que han crecido en familias disfuncionales y con adultos insensibles a sus sentimientos. Niños a los que se les ha dicho repetidamente (tanto directa como indirectamente) “no tienes razón para pensar o sentirte así”.

Tratarlos con técnicas de terapia cognitiva, es decir, darles explicaciones que sugieren que sus supuestos, creencias o actitudes son disfuncionales y/o irracionales, conlleva el riesgo de reproducir las mismas contingencias asociadas a la invalidación y alienación que experimentaron mientras crecían.

Si se les dice que sus problemas están controlados por sus pensamientos y no por una historia de reforzamiento, puede que este, se emplee en sus pensamientos para excluir las experiencias del mundo real. Ejemplo: Puede que lo importante para la cura sea exponerse a una variedad de experiencias interpersonales que no vayan seguidas por las extremas consecuencias que experimentó con su padre, que estar ocupada en argumentaciones lógicas para que acabe renunciando a la idea irracional “necesito que alguien me quiera todo el rato”

#### **Ejemplo de mejora**

Las creencias contribuyen a muchos problemas de los clientes, incluso si el factor inicial fuese resultado de las contingencias, siempre y cuando luego el cliente fuese, además expuesto a contingencias por mejorar su conducta.

1) Beneficiosos para clientes que tienen un pensamiento lógico y que ya interpretan su problema como un ABC. Puesto que aprendieron a ser coherentes al crecer en ambientes en los que se valoraba “practicar lo predicado”

2) Puede ayudar a través de las contingencias y reglas encubiertas que genera la manipulación cognitiva.

Un efecto no intencionado de convencer a los clientes para que mantengan una nueva creencia, implica una petición encubierta, que da a entender que los clientes mejorarán si se comportan como se les dice (una regla). Si entonces los clientes cambian su conducta, y este nuevo comportamiento es reforzado de modo natural, los clientes mejoraran.

Beck afirmaba a los clientes para que actuaran en contra de sus ideas porque “éste es el modo más potente de cambiarlas”. Es la emisión de una regla por parte del terapeuta y el seguimiento de la misma por parte del cliente, que resulta en exposición de la conducta del cliente a contingencias que fortalecen directamente la conducta nueva. El cliente está intentando complacer al terapeuta, pero puede ser perjudicial en el caso de que no se de generalización por no tener reforzamiento natural.

## 6. El yo

Beatriz: Es tan duro, tan jodido, ser real, ser yo

T: Si no eres tú, ¿quién eres?

B: Soy la que los demás quieren que sea. Ni siquiera sé cuándo soy yo misma

Creencias implícitas de Beatriz:

- El yo no es su cuerpo físico

- Hay una experiencia interna del yo que cambia según lo quieren los demás y ese no es el real

- Hay un yo real invariable no controlado por los demás

### **5.1. Definiciones comunes del Yo (externas a la FAP y no conductistas)**

1) La experiencia de sí mismo como el “Yo”

Una experiencia de algo permanente, base de la conciencia, invariable y sin rasgos característicos, testigo de todos los acontecimientos (internos y externos). Algo idéntico a la conciencia.

2) El Yo como origen de las acciones

“Yo quiero un coche” La fuerza organizadora que obliga al individuo a actuar

3) El Yo como el origen de los gestos espontáneos y las ideas personales.

La creatividad sería la expresión del yo real. El falso yo no tiene ideas originales, sino que proceden de los demás

#### 4) Como identidad personal

Continuidad de la propia existencia en el tiempo y espacio y la percepción del hecho de que los demás reconocen la identidad y la continuidad de uno mismo.

### 5.1. Formulación conductual del Yo

Vamos a dar una explicación dirigida a entender la experiencia del Yo mediante la identificación del estímulo y de la historia. Sería la misma para “yo”, “mi”, “niño”, “David” o “atontando”.... Ya que puede servir para dar explicación a un amplio rango de experiencias relacionadas con el yo.

El yo es una conducta verbal. Comprender el yo es especificar los estímulos que controlan la respuesta verbal “yo”.

<b>Conceptos relativos a la conducta verbal:</b>
<p><b>Control estimular:</b> ¿Cómo el estímulo se convierte en Ed (llega a ser lo suficientemente relevante para controlar la respuestas) y se discrimina de todos los demás estímulos presentes? Siendo el único que siempre está presente cuando se administra el reforzamiento.</p> <p>Ed, sería la luz. El picoteo de la paloma sería la unidad funcional o (tacto en el caso de que fuera conducta verbal).</p> <p>Ej: Niño aprendiendo “grande” Los padres señalan una manzana de las que hay en una cesta. Dicen “manzanagrande”. Después de varias experiencias el niño tactará “manzanagrande” “grande” todavía no es una unidad funcional, “manzanagrande” es por ahora una unidad simple (no una combinación de “manzana” y “grande”). Luego le ayudarán a decir “camión grande”, igual con “naranjas”, “muñecos, etc.” después de varias experiencias emerge como una pequeña unidad controlada por el estímulo del tamaño relativo del objeto (tamaño relativo se ha convertido en un Ed). En contraste con el proceso anterior en el cual aprende “grande” a partir de unidades mayores, también podría haber aprendido “grande” por separada. Para ello los padres señalarían la manzana grande y le ayudarían a decir “grande”.</p>
<p><b>El tacto:</b> No decimos que el tacto “manzana” represente al objeto, de la misma manera que no decimos que el picoteo de la paloma representa la luz. El objeto manzana, se ha convertido en Ed, puesto que es el único que siempre estaba presente cuando se reforzaba el tacto “manzana”. De la misma forma sucederá con el tacto “yo”. Que los padres sepan que el Ed está presente es un aspecto fundamental cuando el niño aprendió la palabra “yo”.</p>
<p><b>Unidades funcionales:</b> Es la conducta que ocurre entre el Ed (estimulo discriminativo) y el reforzador.</p> <p><b>Ed-----Unidad funcional-----Reforzador</b></p> <p>La palabra no es la unidad funcional (aunque resulta tentador). Puede ser más o menos largo, como por ej. el abecedario puede ser una unidad funcional (lo aprendemos de carrerilla, como muestra la</p>

dificultad al tratar de decirlo a partir de cualquier letra que no sea por la que empieza). O más corto como por ejemplo cuando un niño aprende a decir “bebe” en dos unidades cortas (primero dice “be” los padres le refuerzan y le dicen “ahora di otra vez be”).

La unidad funcional puede emerger a partir de una unidad funcional más corta y más larga. En el ejemplo de bebé, la unidad funcional bebé aparece a partir de dos unidades más cortas. El Yo aparecerá a partir de unidades funcionales más largas.

### 5.1.1. Emergencia del yo

El yo emerge de unidades funcionales, que cada vez son más pequeñas. El niño aprende numerosas unidades grandes como “yo tengo hambre”, luego “yo tengo”, luego “yo”.

Es un tacto que está bajo el control de un estímulo privado complejo y parece aprenderse casi exclusivamente al emerger a partir de unidades mayores. A medida que las unidades funcionales evolucionan en “yo”, hay un cambio paralelo en los estímulos de control y un mayor énfasis en los componentes privados.

<b>Etapa 1</b> <b>Unidades funcionales más grandes</b>	<b>Etapa 2</b>	<b>Etapa 3</b> <b>Unidades funcionales más pequeñas</b>
Yo tengo calor	Yo tengo	Yo

### 5.1.2. Cualidades del “yo”

#### 1) Ausencia de atributos

Los atributos son la característica de los estímulos públicos, el yo no tiene. Es una perspectiva que permanece constante aunque las características físicas de la persona y su localización puedan cambiar.

#### 2) Localización interna

Es la localización habitual de los estímulos privados

#### 3) Se experimenta como algo que está siempre en el mismo lugar

El yo no puede desaparecer. Está controlado por la perspectiva y no cambia nunca, por lo que es atemporal, inamovible, continuo...

#### 4) ¿Originador de la acción?

Quizás un a manifestación moderna del animismo primitivo. El animismo es una teoría sobre las causas de la conducta. Su asunción fundamental es que el origen de toda acción puede atribuirse al deseo de un actor. Para el animista una fuente aceptable de la acción sería el “yo”. Esto desde el conductismo no tiene sentido, pues sería como decir que “el originador de la acción es una posición (locus)”.

## 5) ¿Conciencia?

Conciencia como observación de nuestra propia conducta (“me veo viéndome a mí mismo ver a una mariposa”)

Desde el conductismo la conciencia sería una actividad no una cosa. Woodworth, ya trató la naturaleza errónea de igualar verbos y nombres:

En lugar de “memoria” deberíamos decir “recordar”. En lugar de “pensamiento” deberíamos decir “pensar”...Pero, al igual que en otros ámbitos, la psicología tiende a transformar sus verbos en nombres. ¿Qué ocurre entonces? Olvidamos que nuestros nombres no son más que sustitutos de verbos, e intentamos atrapar las cosas denominadas por esos nombres; pero no hay tales cosas, sólo existen las actividades.

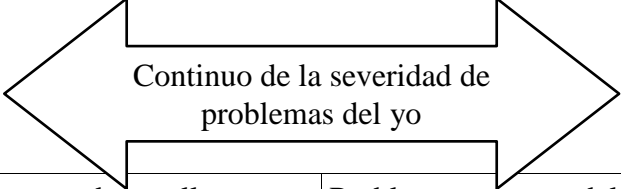
### 5.2. Desarrollo desadaptativo del Yo

-Hay un continuo de la severidad de problemas del yo, basado en el grado de control privado de la unidad funcional “yo”.

-Desarrollo normal del yo: alto grado de control de la respuesta “yo” por estímulos privados

-Desarrollo desadaptativo del yo: pequeño grado de control del “yo” por estímulos privados

-Cuanto más amplio sea el rango de respuestas “yo X” que los padres no hubieran sido capaces de poner bajo control privado del niño, mayor número de problemas del yo experimentará éste.

	
Problemas <b>leves</b> del yo, que se desarrollan a partir de un control privado insuficiente sobre un número pequeño de respuestas “yo X”	Problemas <b>severos</b> del yo, que se desarrollan a partir de un control privado insuficiente sobre numerosas respuestas “yo X”
Problemas menos graves del yo: -El yo inseguro o inestable -Dificultad para la espontaneidad, la creatividad y para acceder al verdadero yo -Trastorno narcisista de la personalidad	Problemas más graves del yo: -Trastorno límite de la personalidad -Trastorno de personalidad múltiple

Los problemas no son mutuamente excluyentes, y es probable que las personas con graves trastornos del yo experimenten también de forma más intensa los problemas descritos en la categoría de “menos graves”

A continuación pasamos a examinar desde enfoque conductual los problemas del yo descritos en la literatura psicoanalítica.

### 5.3 Trastornos menos graves del yo

Las personas con trastornos graves del yo tienen:

- Número sustancial de respuestas “yo X” evocadas por estímulos privados, y también,
- Número significativo de ellas bajo control público total o parcial.

Su sentido del yo puede verse bastante afectado por la presencia de otras personas y sus opiniones, sus estados de ánimo o sus deseos. Lo que la persona siente o quiere está bajo control de otros.

### 5.3.1. El yo inseguro o inestable

- Falta de “yo X” bajo control privado, se ve afectado el surgimiento del yo.
- Se experimenta el yo inseguro porque varía según quién esté presente.
- Varía más en las relaciones íntimas (en la formación del yo, los padres son un Ed, en la vida adulta el yo puede variar de la misma forma con personas significativas)
- Relaciones íntimas son una importante fuente de conflicto para el sujeto con yo inestable.
- Evitación de la intimidad para eliminar la fuente de inestabilidad.
- El cliente puede sentirse bien consigo mismo cuando está solo, pero se lamenta de que “pierde su identidad” cuando se implica en una relación.

Hay dos subtipos:

<b>Dificultad para saber lo que uno siente o quiere</b>	<b>Extrema sensibilidad ante las opiniones de los demás</b>
<p>Causa: Padres que solo refuerzan “yo X” cuando las necesidades del niño coinciden con las suyas.</p> <p>Ej: Madre que se quiere comprar un algodón de azúcar. En vez de comprarse uno, instiga al niño para que diga “nene quiere un algodón de azúcar”. Otra vía: Si fuera el niño quien lo quisiera y digiera “nene quiere un algodón de azúcar”, la madre que no lo quiere respondiera “no, el nene no quiere algodón ahora”.</p> <p>Entonces, para este niño querer o no un algodón de azúcar no queda bajo control privado exclusivamente, sino también bajo control público.</p> <p>Consecuencia: Dificultad para producir la respuesta “yo quiero X” en ausencia de estímulos públicos evidentes. La persona se pregunta continuamente que quiere o que debería querer.</p> <p>El problema se experimenta como: “no saber si lo que quiero es realmente lo que yo</p>	<p>Experimenta como devastadora cualquier crítica real o percibida, porque significa que cualquiera de los “yo X” criticados estaban equivocados o eran nocivos, y por tanto cebarían adoptarse “yo X” de quien critica.</p>

quiero, o si se trata más bien de lo que otros esperan que yo quiera”	
---	--

### **5.3.2. Dificultad para la espontaneidad, la creatividad y para acceder al verdadero yo**

Cuando la conducta se ha desarrollado bajo el control de estímulos aversivos (castigo, retirada de refuerzo positivo y amenazas de daño o privación), se experimenta que la fuente de control procede del exterior y la persona no se siente libre (Skinner,1971).

El niño que crece intentando complacer a sus padres porque si no estos le retirarán su amor, se sentirá como si estuviese controlado por otros. El uso de estímulos aversivos es casi siempre arbitrario, y el niño que crece bajo control de reforzamiento arbitrario también se sentirá controlado y manipulado.

La ausencia de actos espontáneos (aquellos que se experimentan como surgidos desde dentro) se correspondería con una historia dominada por el control aversivo.

Las acciones espontáneas y creativas pertenecen a una clase de respuestas mayor que contiene a lo fantástico, lo inusual, lo grosero, lo obscuro y otras respuestas normalmente rechazadas por los demás.

### **5.3.3. Trastorno narcisista de la personalidad**

-La persona experimenta a los demás como indiferenciados del individuo que sirve a las necesidades del yo.

-Fantasea con tener un control sobre los demás, parecido al que tiene sobre su cuerpo.

-Son incapaces de confiar en sus propios recursos, y por tanto han desarrollado un fuerte apego a los demás

Causa:

Los sujetos con el trastorno han crecido bajo condiciones típicas para el desarrollo de un yo inestable, pero sin embargo fueron reforzados de modo superficial o limitado por mostrarse encantadores, exigentes, bellos (normalmente en mujeres), poderosos (normalmente en hombres).

Resultado:

-Ha perdido el control privado sobre el “yo” (dificultad para diferenciar sus necesidades de las de otro)

-Confía excesivamente en los reforzadores externos (Ej: admiración, elogio, regalos), para experimentar un sentido del yo

-Sabe manipular y controlar a los demás (Ej: mediante su encanto o su poder), para hacer más tolerables las relaciones.

\*Hipótesis de Miller: la sensibilidad hacia las necesidades de los demás y el deseo de ayudarlos en sus problemas, que son las cualidades de un buen psicoterapeuta, son moldeadas y reforzadas originalmente por una madre narcisista.

## 5.4. Trastornos graves del yo

Gran número de respuestas “yo X” bajo control público

Producido por padres muy inconsistentes en sus reacciones a los estímulos públicos evidentes (ej. padres esquizofrénicos o límites)

### 5.4.1 Trastorno límite de personalidad

La afirmación “me siento vacío”, característica de los límite, podría ser un efecto de la relativa ausencia de Ed privados que controlen “yo”.

La localización externa de los estímulos que evocan “yo” se experimenta como despersonalización (que se puede tectar como “vacío”) cuando están ausentes.

Para el desarrollo del trastorno, es probable que los padres:

- Invaliden los informes del niño sobre sus experiencias emocionales, especialmente las negativas.
- Sobresimplifican la facilidad que pueda tener uno para controlar las experiencias emocionales, el pensamiento o la acción. Invalidando así las dificultades o la necesidad de ayuda experimentadas por el niño
- Critican excesivamente o responde castigando cuando el niño muestra preferencias, valores y creencias que no se corresponden con los suyos

Las personas con escaso o nulo sentido del yo pueden anhelar tanto la soledad como la compañía. La soledad, puede ser el único momento donde se sienten “relajados” porque es el único momento en el que el “yo” no está siendo controlado por otros. También les puede aterrar la soledad, por sentir un enorme vacío ante la despersonalización.

## 5.5. Implicaciones clínicas

Los clientes con problemas del yo comienzan el tratamiento con: -conductas de alguien cauteloso, -demasiado cortés, -preocupado por la opinión del terapeuta acerca de ellos,	Estas conductas pueden ser CCR1. Indican la falta de control privado sobre los estímulos internos	CCR2 Conductas más intimas y confiadas, consistentes en la libre comunicación de pensamientos sentimientos, deseos y
--	---	---



-no cuentan confidencialmente sus sentimientos, creencias, deseos, gustos o aversiones.		creencias.
---	--	------------

El tratamiento por parte de un terapeuta que sea acogedor, interesado y que estimule la “expresión o descarga de sentimientos”, para proporcionar las contingencias naturales para fortalecer el control privado. Como antídoto para un ambiente parental invalidante que falló al reforzar los estímulos privados.

A continuación algunas sugerencias que pueden mejorar la psicoterapia.

### **5.5.1 Reforzar el habla en ausencia de indicaciones externas específicas**

Casi todo lo que dicen los clientes con bajo control interno sobre sí mismos, está bajo el control discriminativo del terapeuta (se fijan en cualquier matiz de su expresión).

Procedimiento para eliminar este control:

-Estimular y reforzar el habla del cliente en ausencia de indicaciones externas específicas, es decir, fortalecer las CCR2 de los “yoX” bajo control privado

Para aumentar las CCR2:

- Adoptar la actitud psicoanalítica de pasividad
- No estructurar cada momento de la sesión con preguntas

Estos dos procedimientos pueden ser problemáticos al principio de la terapia por que:

- puede evocar una fuerte CCR1 de evitación, que hagan que el cliente abandone el tratamiento.
- La terapia ideal sería estructurada al principio y gradualmente pasaría a ser cada vez más desestructurada

Un ejemplo sería tectar al principio las emociones que siente el cliente mediante indicaciones externas (que es como los padres enseñan a tectar las emociones a los niños), para luego dar varias emociones candidatas para que el cliente elija entre ellas.

### **5.5.2. Ajustar las tareas terapéuticas la nivel del control privado del repertorio del cliente**

Se puede usar:

**Técnica de la asociación libre**

De más a menos estructurada (gradualmente)

El propósito no será descubrir significados ocultos, sino la propia conducta de asociar libremente.

Instrucción en su variante más desestructurada:

“Diga cualquier cosa que se le venga a la mente -todos los pensamientos, sentimientos e imágenes. Es importante no censurar nada. Cuente lo que se le ocurra, aunque le parezca que no es importante, que no tiene sentido, que es trivial, embarazoso o lo que sea.”

El terapeuta se sienta fuera de su campo visual, para evitar el control externo (se le pide al cliente que siga sin recibir el feedback del terapeuta)

La tarea exige hablar al cliente sin claves externas.

Los clientes con problemas graves del yo se pueden poner muy ansiosos e incluso ser incapaces de realizar esta tarea dada la ausencia de estimulación pública ( pueden experimentar una “pérdida del yo”) (puede pasar lo mismo con meditación o hipnosis). Para evitarlo, hay que usar variantes más estructuradas

Variantes más estructuradas:
-Asociación de palabras
-Completar frases
-Técnicas de hipnoterapia
-El cine de tu mente: se pide que con los ojos cerrados, imaginen que están sentados en un cine. En primer lugar, se le instruye para que vea mentalmente la pantalla en negro. Entonces, cuando empieza la película, se conviene en que la primera escena consista en el cliente y el terapeuta sentados en el despacho tal como están en ese preciso momento. A continuación, la película va retrocediendo con el cliente andando hacia atrás, saliendo del despacho y metiéndose en su coche. Es entonces cuando se hace que la película vaya retrocediendo cada vez más rápido y más rápido, hasta desdibujarse. Se pide ahora al cliente que contemple esas imágenes borrosas, detenga repentinamente la película y describa la escena que aparece. Hay que reforzar cualquier respuesta “yoX”.
-Escritura en ordenador: se le pide que escriba todo lo que le venga a la mente, sin censurar nada. La ventaja de este método, es que permite moldear el proceso. Al principio, se le da la posibilidad de borrar todo o parte de lo escrito antes de que lo revise el terapeuta. El terapeuta revisará acriticamente el texto para reforzar el habla (o la escritura) en ausencia de estímulos públicos

Resumen:

1. Presentar al cliente que el valor de la tarea depende del proceso (p. ej. imaginar y describir en presencia del terapeuta). Decir a los clientes en términos cotidianos que lo importante de la tarea es que evoque CCR2 bajo control privado.

2. Adaptar la tarea de modo que el grado de control privado requerido se adapte al repertorio del cliente.

3. Reforzar al cliente por hacer afirmaciones “yo x”.

4. No perder de vista que pueden evocarse CCR no relacionadas con los trastornos del yo, que a su vez suponen oportunidades terapéuticas.

Ej Fred pg 168.

### 5.5.3. Reforzar tantas expresiones “yo X” del cliente como sea posible

Tratar con respeto todas las ideas, intuiciones, teorías y creencias del cliente.

Mediante las reacciones nuestras, debemos fortalecer la conducta del cliente.

La posición del terapeuta debería ser positivamente reforzante, aunque refleje un punto de vista diferente del que mantiene el cliente.

Es especialmente importante reforzar los “yo x” del cliente que difieran del terapeuta, porque más probablemente estarán bajo control privado.

#### 1) Para los cliente que **no saben como se sienten**

Es importante que en primeras fases del tratamiento el terapeuta les ayude a hacerse una idea de cómo se sienten (ayudar a construir los tactos, como lo harían los padres, es decir, a partir de los estímulos públicos que el terapeuta perciba). Ej: “pareces cansado” o “deprimido”...

#### 2) Para cliente que presentan **escasez en respuestas “yo siento”, pero dicen: “siento que no te preocupas por mí”.**

Puede ser una CCR2 (asumiendo que no es un mando disfrazado de palabras tranquilizadoras).

Se podría interpretar como un respuesta basada en lo ocurrido durante su infancia

(En vez de tomarlo como una transferencia y castigarlo, como si estuviera respondiendo a lo que ha ocurrido en sesión.)

Lo más reforzante puede ser validar las razones del cliente para sentirse así.

#### 3) Clientes que emiten respuestas **“yo X” contraproducentes, autodespreciativas, suicidas o homicidas.**

##### **-Contraproducentes:**

Las conductas que suponen evitación suelen parecer contraproducentes.

Ej: “no quiero hablar de la muerte de mi madre. Remueve viejas cosas y no me lleva a ninguna parte.”

La respuesta apropiada del terapeuta podría ser:

a) Enfatizar que no tiene porque hablar de ello, y explorar la situación más adelante.

Ej: “Parece que vas a llorar, como si estuvieses muy herida por dentro... ¿qué es lo que sientes?...¿temes que si sigues hablando te echas a llorar?¿cómo te trataba tu padre y tu madre cuando llorabas de pequeña?”

b) “Qué quieres decir con remover viejas cosas?”

“Qué sucedió en ocasiones anteriores cuando hablaste de la muerte de tu madre?”

c) “Me encuentro en un conflicto, porque en realidad quiero respetar tus deseos de no hablar de la muerte de tu madre, pero al mismo tiempo no quiero ser cómplice de la evitación de tus sentimientos de dolor, porque creo que el evitar esos sentimientos está relacionado con tu evitación de las relaciones íntimas en general... ¿Qué crees que sería más útil para ti en este momento: forzarte a ti misma a hablar y sentir tus sentimientos sobre tu madre, o respetar tus sentimientos de no hablar sobre ella, aunque sabes que eso es lo que yo quiero?... ¿Cómo podríamos satisfacer al mismo tiempo tu deseo de no querer hablar ahora, lo cual es importante para el desarrollo de tu sentido de tu yo personal, y al mismo tiempo tu deseo de progresar en la terapia, en general sintiendo tus sentimientos?”.

### **-Autodesprecio:**

Ej: “soy una puta y una guarra... me siento como una mierda... me asusta volverme esquizofrénica como mi madre”

Asegurar que no son ciertas, puede hacer que el cliente se sienta invalidado. Aun que sean tranquilizadoras las palabras del terapeuta, puede negar la oportunidad de describir los sentimientos con los que está tomando contacto.

Solución: combinar las expresiones tranquilizadoras con dar la oportunidad de analizar sus sentimientos.

Ej: “Obviamente, tú no eres una guarra, pero háblame de tus sentimientos y pensamientos al respecto, antes de que yo dijese que no creía que lo fueras”. “La investigación sobre la esquizofrenia indica que si no la has desarrollado ya, es poco probable que la desarrolles en el futuro. Pero debe ser aterrador para ti vivir con ese miedo. Háblame sobre eso.”

### **-Suicidio u homicidio**

Reforzar esta expresión de sentimientos, ayudando al cliente a contar su historia hasta que el terapeuta llegue a comprender por qué tiene sentido que el cliente se sienta así.

Es importante ayudar al cliente a separar los sentimientos de las acciones.

Si la amenaza es un mando disfrazado de tacto, el terapeuta debería enfrentarse y enseñar al cliente a pedir directamente lo que necesita, sin amenazar.

## **7. FAP: Un puente entre el psicoanálisis y la terapia de conducta**

La relación psicoterapéutica es el eje central del proceso terapéutico.

### **7.1. La FAP en contraste con los enfoques psicodinámicos**

## 7.1.1. Transferencia

Para Freud: reacción del cliente hacia el terapeuta, como si se tratara de alguna otra persona importante del pasado del cliente. Esta reacción emocional intensa entre terapeuta y cliente, aparece en todos los análisis (es imposible un análisis sin transferencia).

Se parece al concepto conductual de **Generalización de Estímulo**.

La conducta que aparece durante la hora de sesión está relacionada con el modo en que el cliente se comporta en sus relaciones significativas.

Freud consideraba esencial para el tratamiento que estas conductas se dieran durante la sesión. Esta característica podría funcionar como una REGLA que predispone al terapeuta analítico a:

1- Fijares en las reacciones emocionales del cliente hacia él, que también ocurren con otras relaciones significativas.

2- Estimular esas reacciones, puesto que son esenciales.

\*Son muy similares a las reglas de la FAP: 1 (fíjese en las CCR) y 2 (evoque CCR).

El terapeuta constituye un estímulo con propiedades evocadoras que dependerán de su similitud funcional con otras personas (lo que propicia las CCR), antes de que este haya tenido la oportunidad de reforzar al cliente por una respuesta en particular (evocar CCR).

Experimento de Diven (1936) sobre similitud funcional con condicionamiento clásico:

Utilizó como estímulo: La palabra establo y Shock eléctrico.

Luego probó la generalización con palabras no condicionadas anteriormente.

Encontró que:

Los sujetos respondían con respuestas electrodermales a la palabra “vaca”(similaridad funcional, pues las vacas y los establos se encuentran en las granjas) .

No respondían a la palabra “tablón” (similaridad fonética en inglés)

Conclusión:

La generalización se da en la dimensión funcional y no en la dimensión física.

Ejemplos de posibles dimensiones funcionales según las cuales el cliente podía anticipar la reacción del terapeuta ante su tardanza sobre la base de experiencias pasadas al haber llegado tarde a otras citas con:

-médicos (si la dimensión funcional es “alguien a quien acudes en busca de ayuda”)

-figuras de autoridad (si la dimensión funcional es “personas que tienen un cargo”)

-padres negligentes (si la dimensión funcional es “gente que no dedica el tiempo suficiente y es poco responsable)

Es más probable que se evoque CCR si el terapeuta presenta un amplio rango de estímulos interpersonales del tipo de los que suelen aparecer en las relaciones estrechas e importantes.

### **7.1.2. La alianza terapéutica**

La alianza terapéutica se corresponde con la CCR2.

La transferencia con la CCR1.

Distanciarse y observarse a sí mismo es parte de las CCR3. En la alianza terapéutica, hay implícita la colaboración en la auto-observación de la psique del cliente.

## **PARA RECORDAR**

**2.1.1. CCR1:** Los problemas del cliente que ocurren en la sesión

**2.1.2. CCR2:** Las mejoras del cliente que ocurren en la sesión

**2.1.3. CCR3:** Las interpretaciones del cliente acerca de su conducta

**2.2.1. REGLA 1:** Busque las CCR

**2.2.2. REGLA 2:** Evoque CCR

**2.2.3. REGLA 3:** Refuerce las CCR2

### ***Enfoques directos:***

**1) Refuerce una amplia clase de respuestas del cliente.**

**2) Adapte sus expectativas a los repertorios de conducta del cliente.**

**3) Amplifique sus sentimientos a fin de aumentar su relevancia.**

**4) La razón de ser de la relación es el beneficio del cliente.**

**5) Si se usan reforzadores arbitrarios debe ser sólo transitoriamente.**

**6) Evite el uso del castigo.**

**7) Sea usted mismo tanto como le sea posible, dentro de las restricciones de la relación terapéutica.**

### ***Enfoques indirectos:***

**1) Incremente la atención sobre lo que ha de reforzar.**

**2) Evalúe su impacto.**

**3) Adquiera el repertorio de ayudar a los demás en general**

**4) Elija a cliente adecuados para la FAP**

**2.2.4. REGLA 4: Observe los efectos potencialmente reforzantes de la conducta del terapeuta en relación a las CCR del cliente**

**2.2.5. REGLA 5: Ofrezca interpretaciones sobre las variables que afectan a la conducta del cliente**