

Artículo teórico

Transferencia y contratransferencia. Del Psicoanálisis a la Psicoterapia Analítica Funcional

Transference and countertransference. From psychoanalysis to the FAP

Juan José Ruiz Sánchez^{a*}

^a *Unidad de Salud Mental Comunitaria. Servicio Andaluz de Salud. Úbeda (Jaén, España)*

D A T O S A R T I C U L O

Para citar este artículo:

Ruiz, J. J. (2013). Transferencia y contratransferencia. Del Psicoanálisis a la Psicoterapia Analítica Funcional. *REALITAS, Revista de Ciencias Sociales, Humanas y Artes*, 1 (2), 52-58.

Palabras clave:

Transferencia, Contratransferencia, FAP, Conductas clínicamente relevantes

Keywords:

Transference, Countertransference
FAP, Clinically relevant behaviors

Historial:

Recibido: 10 de septiembre de 2013
Revisado: 4 de noviembre de 2013
Aceptado: 26 de noviembre de 2013

*Correspondencia: C/ Unicef nº 8. C.P. 23400. Úbeda (Jaén). España. E-mail: alfredadler77@hotmail.com

R E S U M E N

Se presenta sucintamente tres enfoques sobre la transferencia y la contratransferencia desde las perspectivas psicoanalítica, cognitiva y conductista. Se hace un recorrido por estos conceptos relacionales desde el psicoanálisis, pasando por las terapias cognitivas, hasta el conductismo de tercera generación. Frente a la moda de explicarlo todo por el cerebro se señala la importancia de lo relacional como eje central del trabajo clínico, punto ya importante en el psicoanálisis y que llega hoy a nuestros días con fuerza renovada en un enfoque reiteradamente y falsamente presentado como reduccionista y simplista: el conductista. El enfoque conductista de tercera generación, representado por la FAP defiende la relación terapéutica como vehículo esencial del cambio, y lo hace minimizando los constructos inferidos y maximizando las conductas concretas con valor clínico

A B S T R A C T

Three perspectives on transference and countertransference from psychoanalytic, cognitive, and behavioral perspectives are briefly presented. A tour of these relational concepts is made, from psychoanalysis, passing through cognitive therapies, and ending with third generation behaviorism. Opposed to the trend of explaining everything with the brain, the work shows the importance of relational states as the core of clinical work, a point already important in psychoanalysis that comes down to us today with renewed force in a field repeatedly and falsely presented as reductionist and simplistic: the behaviorist. The third generation behaviorist perspective, represented by the FAP, supports the therapeutic relationship as an essential vehicle for change, minimizing inferred constructs and maximizing the specific behaviors with clinical value.

“El orgullo divide a los hombres, la humildad los une”
Sócrates

1. Las ciencias del cerebro y la relación terapéutica

Las neurociencias están de moda en el campo de la salud mental tanto en su vertiente investigadora como en formato de teoría explicativa. El “cerebrocentrismo” (Pérez, 2011) es el nuevo modelo

epistémico desde el que se abordan “científicamente” los asuntos humanos. Desde esa óptica, todos los problemas, dificultades y eventos de la vida humana son cosas del cerebro (Damasio, 2010; Gazzaniga, 2012). ¿Pero esas aportaciones son tan relevantes para el psicólogo y su cliente concreto? ¿Acaso le orienta sobre cómo tratar los asuntos de la vida y las personas que habitan y transcurren en la misma? ¿Esas neuroimágenes cerebrales, esos datos neurofisiológicos o bioquímicos, además de su verdadera utilidad en casos con déficit orgánicos reales, y no solo inferidos, le van a decir de cómo abordar al señor Z., o a la adolescente M. más allá de que su colega psiquiatra le recete unos fármacos que pueden ser necesarios, según qué casos, y totalmente irrelevantes en muchos de ellos?

Al menos en el terreno de la atención sanitaria ambulatoria (sea médica o psicoterapéutica), aproximadamente el 50% de los pacientes abandonan el seguimiento tras una primera consulta (Jennings & Ball, 1982), independientemente del modelo usado y el contexto cultural de referencia. Además la investigación replicada sobre los factores que hacen que un tratamiento psicológico sea efectivo (y extensible quizás a muchos aspectos de la relación médico-paciente) concluyen de manera repetitiva (Lambert, 1992; Lambert & Bergin, 1992) que los ingredientes efectivos del tratamiento son: el 40% de los efectos dependen de las características del propio paciente o cliente; el 15% de los eventos que concurren en la vida del cliente durante la terapia, el 15% de las técnicas usadas y el 30% de cómo se maneja la relación terapéutica. Es decir casi 70% de la varianza del cambio pasa por conocer las características del cliente y el manejo de la relación con éste; siendo ambos componentes esenciales de cualquier tratamiento psicológico.

La tradición relacional en salud mental sin embargo no es algo nuevo, sino que se retrae a los orígenes mismos de la psicoterapia y en concreto al psicoanálisis freudiano y actualmente encuentra una acogida positiva sorprendente en la tradición cognitiva-conductual; una perspectiva presentada como puramente reduccionista y tecnológica.

De hecho, se encuentran más afinidades de las supuestamente esperadas entre la tradición psicoanalítica y las nuevas terapias conductistas radicales-contextualistas de tercera generación (Pérez, 2013): perspectiva biográfica de ambos enfoques, la referencia a lo no consciente bien como lo deseado inconscientemente o la función inadvertida de la conducta, lo esencial de la relación terapéutica como eje del cambio, la radicalidad del peso de las experiencias tempranas, la reivindicación de lo relacional frente al cerebrocentrismo, preponderancia de la epigenética frente a la genética (genética abierta a la influencia ambiental frente al código genético cerrado e inmodificable), etc.

En este condensado artículo presentamos tres perspectivas sobre unos conceptos relacionales básicos de larga tradición: la transferencia y contratransferencia. Lo hacemos conscientes de que a pesar de las diferencias reales entre los modelos psicoanalíticos, los cognitivos y los contextualistas-conductistas, su sinergia complementaria enriquecen el potencial del profesional sanitario.

2. La perspectiva psicoanalítica y sus variantes: desde el modelo pantalla neutral al modelo participante activo.

Transferencia y contratransferencia son dos conceptos de origen psicoanalítico que desde una postura restrictiva solo pueden ser aplicados y explicados desde la práctica clínica psicoanalítica, pero que para muchos autores sobrepasan el marco de referencia tradicional original.

Según Laplanche y Pontalis (1968) *la transferencia* solo tiene sentido en la cura psicoanalítica y se define como una repetición de prototipos infantiles donde los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertas relaciones objetales. Así desde la perspectiva clásica hay una *transferencia positiva débil* donde se movilizan sentimientos amistosos y afectuosos del paciente hacia el terapeuta y una *transferencia positiva erotizada* que en la práctica se muestra como negativa, ya que es sinónimo de *resistencia*, en cuanto detiene el trabajo asociativo del analizado. La transferencia propiamente negativa se caracteriza por la expresión de sentimientos hostiles y de enojo hacia el psicoanalista. Lacan (1981) sostuvo que conviene una transferencia negativa suave para el mejor fluir del tratamiento.

La según los dos autores anteriores se caracteriza por las reacciones inconscientes del analista hacia el analizado y más concretamente la transferencia de este.

En 1914 Freud y sus afines entendían la transferencia como *resistencia a la cura*, pues la repetición de modelos anteriores deviene en una resistencia a analizarlos, pudiendo conllevar la interrupción del tratamiento. Por ello hay que analizar la transferencia para llegar a la cura por el desenmascaramiento de la misma mediante el *trabajo interpretativo del análisis*. Existen muchas variantes de claves transferenciales: los signos de enamoramiento hacia el terapeuta; la tendencia a comprobar el poder de sus atractivos haciendo descender al analista al puesto de amante, la tendencia a seguir las indicaciones del terapeuta sin apenas cuestionamiento, las rápidas mejorías sin trabajo y esfuerzo paralelo, y otros signos más sutiles como llegar frecuentemente tarde a las citas, alusiones frecuentes a otros profesionales, etc. Igualmente entre las claves contratransferenciales podrían encontrarse interpretaciones del terapeuta excesivamente sarcásticas, sentir que los comentarios del analizado hacia su persona son importantes, discutir con el paciente, ayudar al paciente más allá de la sesión, impulsos de pedirle favores al paciente, soñar con el paciente, interés excesivo en el paciente, incapacidad para entender el material a analizar cuando el paciente refiere temas similares a los vividos por el analista, descuido en mantener el encuadre, reacciones emocionales intensas, maniobras de apoyo narcisista al paciente, fomentar la dependencia excesiva del paciente a través del apoyo excesivo a este, compulsión a hablar frecuentemente del paciente, etc.

Freud había llegado a plantear ambos fenómenos a través de un proceso de años de trabajo y reflexión clínica; siendo dos casos paradigmáticos en ésta formulación el caso de Ana O. atendida por Breuer (Freud & Breuer, 1895) donde la transferencia ya no es una carga de energía corporal sino unos deseos afectivos dirigidos hacia el propio médico (de hecho se enamoró de Breuer con el consiguiente enfado de la

esposa de éste, abandonando el tratamiento que continuo Freud); y por otro el caso de Dora de 1905, que es un análisis de un fracaso del tratamiento por interrupción prematura del mismo tras haber manifestado una resistencia transferencial inadecuadamente abordada. Ya en 1904 Jung había propuesto a Freud que el propio analista fuera analizado.

Así, 40 años después en la década de los años 1950-1960 la contratransferencia se veía desde dos posiciones psicoanalíticas contrapuestas; como un obstáculo a superar (Reich, Glover, Fliess) o como un instrumento valioso para entender el posicionamiento del paciente y fomentar el cambio o cura (Heimman, Rackett, Winnicott).

Otto Kernberg (2005) siguiendo los delineamientos clásicos pero con ciertas modificaciones personales que le llevan hacia la teoría de las relaciones objetales, propone interesantes implicaciones para los psicólogos y psiquiatras (y no solo los psicoanalistas) a la hora de tratar un caso: En cada sesión buscaremos dónde se concentra el afecto máximo en cada momento. Para ello nos serviremos de observar tres canales de expresión afectiva; el canal 1 de tipo verbal (lo que dice y como lo dice el paciente), el canal 2 de tipo no verbal del paciente (los gestos y movimiento corporal del paciente), y el canal 3 del terapeuta que supone las reacciones subjetivas del terapeuta hacia el paciente, que es como un radar que capta los afectos del paciente proyectados en él terapeuta en particular, sobre todo los que aquel tolera mal. El terapeuta además debe preguntarse hasta qué punto sus propios afectos provienen del problema del paciente o de sus propios conflictos irresueltos. La atención a los 3 canales determina el diagnóstico dinámico del paciente. Además para Kernberg, los pacientes graves tendrían dificultad para integrar los afectos negativos con los positivos (*escisión* entre amor y odio, entre amor y agresión). Como terapeutas debemos trabajar en la integración de esos afectos, en especial los que el paciente proyecta sobre nosotros.

Posteriores modificaciones de las terapias breves psicoanalíticas plantean que las reacciones transferenciales y contratransferenciales se pueden dar y manejar en formatos breves de terapia como eje central del proceso de cambio. Malan (1983) es quizás el autor de referencia más citado en estos enfoques de psicoterapia breve dinámica, y es paradigmático su enfoque de trabajar con los dos triángulos dinámicos en cada sesión; el *triángulo del conflicto* (con tres vértices: impulso, angustia y defensa) y el *triángulo de relaciones* (con tres vértices: otros, terapeuta y progenitores). A nivel práctico el terapeuta trabajaría con el triángulo del conflicto en la secuencia defensa-ansiedad-impulso inconsciente, proceso contrario a la formación del síntoma o sea impulso inconsciente-ansiedad-defensa; y con el triángulo de las relaciones mediante confrontaciones interpretativas en la secuencia otros-terapeuta-progenitores.

Otra propuesta deriva del enfoque psicoanalítico de la teoría del apego de J. Bowlby (Marrone, 2001) que cuestiona el enfoque proyectivo de la transferencia como un impulso o deseo inconsciente reprimido y propone que a la base de esos fenómenos están modelos de representación mental derivados de *experiencias tempranas de apego* reales (modelo muy influyente en algunas concepciones cognitivas de terapia). Además cuestiona el modelo pulsional por los potenciales peligros que

conlleva como la invalidación de percepciones acertadas del paciente por el supuesto saber del terapeuta, la invalidación de la autonomía del paciente al interpretarse como paso al acto o defensa narcisista, la frialdad afectiva de la distancia del analista ante pacientes con experiencias y carencias de apego anómalas y sobretudo la atribución de resistencias al paciente ante sus interpretaciones obviando circunstancias psicosociales externas y ambientales difíciles que dañan al paciente.

La variante más novedosa dentro del psicoanálisis actual es la llamada perspectiva relacional. El método terapéutico básico del psicoanálisis clásico se basa en tres procesos fundamentales: La asociación libre, el análisis de los fenómenos de transferencia y contratransferencia y el análisis de la resistencia. Tales análisis se acompañan de unos elementos de encuadre o reglas de trabajo para el paciente (regla básica de la asociación libre) y el terapeuta (regla de abstinencia y de la atención flotante) (Ruiz y Cano, 1999). Ahora bien, el psicoanálisis relacional de ímpetu actual viene a cuestionar todo lo anterior en mayor o menor medida.

Postula la importancia de la relación que se establece aquí y ahora en la sesión terapéutica es un producto de la historia y espontaneidad de ambos contribuyentes (Coderch, 2010). Plantean que la neutralidad absoluta del terapeuta es imposible, y que la contratransferencia debe ser considerada para la buena marcha del proceso de la terapia. La transferencia, la contratransferencia y la resistencia son fenómenos co-creados del terapeuta y paciente; y el terapeuta debe preguntarse siempre cómo ha contribuido desde su perspectiva e historia personal a los mismos. Además retoman una relectura de Freud desde la clínica frente al de la teoría, y le presentan como mucho más activo en las sesiones que como se presupone. Defienden que el psicoanálisis debe estar abierto a otras disciplinas como las neurociencias y la psicología cognitiva. Argumentan que la interpretación de la transferencia no es el factor terapéutico fundamental sino *la relación entre el psicoanalista y el paciente*, siendo este una especie de *objeto bueno*. El paciente no solo puede presentar un *problema conflictivo* sino también uno *deficitario o pragmático* que requiere de intervenciones diferentes más activas (como defendieran Ferenczi, Fairbairn o Winnicott). Así, distinguen entre la *transferencia de conflicto* (inconsciente, reprimida e interpretable) y la *transferencia de déficit* (que representan necesidades dirigidas a objetos) que requieren intervenciones y puestas en escena por parte de ambos contribuyentes (*enactment*) y que se formulan teóricamente introduciendo conceptos nuevos como el de inconsciente procedimental versus el declarativo, etc. Se cuestiona fuertemente la concepción pulsional tradicional donde los deseos inconscientes endógenos se repiten en las relaciones, minimizando el papel de la realidad que suele aparecer como limitante del deseo inconsciente. En cambio, desde el psicoanálisis relacional los deseos inconscientes derivan de relaciones reales. La realidad está presente en la relación del sujeto con su entorno, de hecho de esa relación derivan todos los fenómenos psíquicos. El self social donde lo afectivo-relacional es lo central y no lo pulsional. Es llamativa que la visión anti-cartesiana también es compartida por la tradición conductista skinneriana y post-skinneriana y por la psicología cognitiva anti-mentalista (Piaget, Vigostsky).

3. La perspectiva cognitiva relacional: Observación participante y metacomunicación.

La terapia cognitiva nace como una revisión del psicoanálisis (Ellis & Grieger, 1990; Beck, Rush, Shaw & Emery, 1983) en un momento de crisis de la teoría metapsicológica del psicoanálisis y como una alternativa heurística para comprender el sufrimiento del paciente mediante la identificación del *significado personal* que da este a su experiencia. Se propone renovar la teoría y la praxis a partir de lo que piensa y siente realmente el paciente deshaciéndose de elucubraciones metapsicológicas.

Sin embargo, en la tradición cognitiva estándar (Ellis y Beck) la relación terapéutica tiene un papel secundario a la conceptualización cognitiva e intervención técnica. Este punto es fuertemente cuestionado desde dentro de la misma tradición cognitiva por diversos motivos.

La Terapia Cognitiva de Beck y la Terapia Racional Emotiva Conductual de Ellis consideran que los fenómenos de la transferencia, contratransferencia y resistencia derivan de cogniciones disfuncionales del terapeuta o el paciente que normalmente aparecen en la aplicación de la evaluación y tareas entre sesiones. La transferencia derivaría de una percepción errónea o irracional del paciente sobre el terapeuta, lo que se puede esperar de éste, y que le lleva a experimentar una serie de sentimientos positivos o negativos y a manifestar una serie de conductas (resistencias) que impedirían el desarrollo adecuado de la terapia. La contratransferencia entraría en la misma concepción. Esos fenómenos que pueden aparecer en la terapia, sin embargo para Ellis o Beck no tienen un papel especial, y se abordan como otras distorsiones o creencias disfuncionales. Sin embargo, en honor a la realidad, ambos autores han dedicado una especial atención a estos temas refiriendo una serie de cogniciones disfuncionales que contribuyen a estos problemas y cómo manejarlas.

Desde una perspectiva cognitiva más constructivista, Guidano y Liotti (1983) plantean que la resistencia es un proceso normal que se genera al revisar los esquemas cognitivos tácitos y es un proceso que hay que *respetar más que eliminar* si se pretende que el cambio sea progresivo, en vez de regresivo. Aquí esas resistencias se contextualizan en el marco de la historia personal donde aparecieron y el papel que tuvieron en ese momento. En suma, recogiendo ambas perspectivas (preconstructivista y constructivista), o bien se plantea una estrategia de modificación o bien de respeto de la resistencia, en base a la comprensión de su significado personal. Ya en 1992 (Ruiz, 1992) y después en revisión del año 2002 (Ruiz y Cano, 2002) presentaron la importancia central de la relación terapéutica desde el modelo cognitivo: las cogniciones tienen historia que se generan en un contexto biográfico y evolutivo; tienen fuerzas y grados de accesibilidad variables; las cogniciones pueden interactuar entre sí, siendo conflictivas a veces (fenómenos de conflicto, disociación, etc) y existe un fuerte vínculo entre los significados personales más importantes y los vínculos afectivos tempranos significativos. También se plantearon en esos trabajos la importancia *del manejo de la cognición interpersonal y el cambio terapéutico en la misma sesión detectando los aspectos puestos en ella y los significados relacionados con el aquí y el ahora de*

la sesión (Ruiz y Cano, 2002; pp. 107-143). Paralelamente, Safran y Segal (1994) presentaron un modelo cognitivo relacional basado en la teoría interpersonal de Sullivan, la teoría del apego de Bowlby, los modelos cognitivos, las modernas teorías de las emociones y otros aportes psicodinámicos.

Es de notar que Jeremy Safran es un exponente relevante del psicoanálisis relacional que ha contribuido también a la terapia cognitiva en su doble condición de psicoanalista y terapeuta cognitivo al menos en esos años. Safran, más recientemente ha continuado contribuyendo al campo general de la psicoterapia con sus aportaciones sobre la alianza terapéutica como componente esencial del cambio relacional (Safran & Muran, 2005).

El manejo cognitivo relacional de Safran y Segal (1994) expone que a través de las relaciones con otras personas significativas se generan reglas inconscientes que guían el procesamiento de la información emocional y generan actitudes disfuncionales. En la terapia se suelen activar esos esquemas y es necesario trabajar con ellos de modo inmediato. La principal herramienta del terapeuta cognitivo interpersonal es la *observación participante* (concepto originario de Sullivan) que permite por parte del terapeuta sentir cómo la relación con el paciente le afecta y como se ve impulsado a participar en ella. En ese proceso de observación el terapeuta *metacomunica* sus observaciones, sobre todo aquellas que desmienten los ciclos complementarios que confirman los esquemas disfuncionales del paciente, siendo necesario que el mismo advierta sus propios sentimientos e impulsos a la acción; y expresando en sus palabras y acciones una nueva perspectiva descentrada y diferente de los esquemas relacionales del paciente. Para ello el terapeuta se debe a una *disciplina emocional* que conlleva hacerse con frecuencia una serie de preguntas básicas:

- (1) “¿Cómo me siento ahora mismo con este paciente y qué me veo impulsado a hacer? Una vez que observo esto tengo posibilidades de desengancharme y completar los esquemas disfuncionales de este paciente”,
- (2) “¿Qué marcadores interpersonales del paciente (conductas de aquel, cosas que dice o hace éste suscitan mis reacciones emocionales?” y
- (3) “¿Cómo puedo metacomunicar esta experiencia al paciente de modo que desmienta la experiencia complementaria y le descentre de sus esquemas relacionales disfuncionales? (Safran & Segal, 1994, p. 187-243).

El manejo de la relación terapéutica ha ido ganando preponderancia en las terapias cognitivas actuales, sobre todo cuando se abordan problemas complejos como los trastornos de personalidad (Young, Klosko & Wrishaar, 2013). Otros terapeutas cognitivos, como la argentina Sara Baringoltz (2005) destacan la importancia de exponer al paciente a temas que son evitados emocional y conductualmente, el uso de procedimientos que no evoquen resistencia del paciente, así como en caso de *pacientes con gran resistencia al cambio*, usar procedimientos provenientes de otras tradiciones como la estratégica, mediante la prescripción de la continuidad del síntoma apuntando sus ventajas, los peligros de cambiarlo, etc.

4. La perspectiva conductista radical-contextualista: Funciones de la conducta verbal, relaciones de equivalencia y conducta clínicamente relevante.

Supuestamente el conductismo murió sobre finales de los años 60 con el nacimiento de la revolución cognitiva, debido a argumentos que lo describían como simplista y reduccionista en extremo; especialmente por haber dejado de lado temas importantes como los fenómenos cognitivos subjetivos, el análisis de los aspectos inconscientes, los aspectos relacionales, el lenguaje, los problemas existenciales, la psicosis y los trastornos de personalidad. En palabras del español Marino Pérez (2004, 2011 y 2013), el caso es que no solo sigue vivo, sino que además ha crecido y se ha multiplicado. La psicología cognitiva se hizo el paradigma predominante en muchas universidades a nivel mundial; pero treinta años después ni esta desterró al conductismo; ni este último desterró al psicoanálisis; estando vigentes todas estas corrientes en la actualidad.

De hecho, asistimos a una puesta en escena desde finales de los 90 de toda una revolución de las llamadas terapias de tercera generación (terapia de aceptación y compromiso, psicoterapia analítica funcional, terapia dialéctica conductual, terapia de activación conductual, terapia integral de pareja, terapia cognitiva basada en mindfulness, etc); en su gran mayoría en la estela del conductismo radical skinneriano y postskinneriano. Las nuevas contribuciones tienen varias señas de identidad: nuevas formas de hacer psicoterapias alejadas del modelo médico de lucha contra el síntoma o trastorno, papel del contexto socio-verbal en la creación y mantenimiento de los problemas psicológicos, importancia de un cuerpo de investigación que respalde la terapia y sus fundamentos teóricos, papel del lenguaje en la conformación de la subjetividad y un fuerte énfasis en el análisis funcional de la conducta verbal y no verbal desde nuevas teorías contextuales-conductuales (p.e teoría del marco relacional de Hayes y cols. 2001).

Las terapias conductistas-contextualistas de tercera generación se caracterizan por la importancia del análisis funcional, es decir conocer al servicio de qué propósito está la conducta en cuestión; la explicación conductual de los fenómenos cognitivos y emocionales sin requerir constructos mentalistas, computacionales o neurobiológicos de complicada réplica; la importancia de la regulación conductual para llevar una vida significativa; es decir orientada a valores y no a la evitación del malestar a toda costa (evitación experiencial); análisis del lenguaje y sus funciones de manera funcional (teoría del marco relacional), e importancia de la relación terapéutica en muchos casos, incluso más que las técnicas conductuales.

Dentro de estas nuevas psicoterapias, la psicoterapia analítica funcional (FAP) de Kohlenberg y Tsai (2007) basada en el conductismo radical de Skinner, sus autores se centran en la importancia de la relación terapeuta-cliente dentro del contexto de la sesión y en la importancia de replicar en investigación clínica los resultados de esta terapia que ha sido aplicada a multitud de problemas, desde trastornos de ansiedad, depresivos, de alimentación, trastornos de personalidad; etc.; y especialmente combinada a otros enfoques de tercera generación, en especial a la terapia

de aceptación y compromiso. Para la FAP la conducta relevante es la que ocurre en la misma sesión, y no tanto la referida o relatada fuera de ella (salvo que esta se relacione con lo presentado en la sesión aquí y ahora). Todas las conductas que ocurren en la sesión están sujetas a las condiciones de refuerzo, y el terapeuta trata de identificar aquellas que son relevantes para el caso en cuestión a fin de moldear y modificar esas conductas en la misma sesión a fin de que esos cambios se generalicen a la vida de paciente; contando en especial con el análisis de las funciones de la conducta verbal del paciente (Ferro Valero & López, 2009).

La FAP no expone la transferencia y la contratransferencia en términos mentalistas como un proceso inconsciente que ocurre en la mente del paciente y el terapeuta sino en términos de intercambio conductual que ocurre en la misma sesión y que puede ser observado en la misma a través de las *conductas clínicamente relevantes (CCRs)*.

Las CCRs son las conductas del cliente que ocurren en la sesión. Analizar las CCRs conlleva conocer las funciones de la conducta verbal y no verbal del cliente en la misma sesión. Esas CCRs son los problemas, las mejorías e interpretaciones del cliente de sus dificultades que manifiesta en la consulta. El abordaje de las CCRs no se plantea en términos mentalistas sino a través de una serie de reglas flexibles para el terapeuta para evocar, identificar-discriminar, reforzar e interpretar funcionalmente a conducta del cliente. La transferencia es la presentación de las CCRs en la sesión misma ya sean porque han sido evocadas involuntariamente (condicionamiento clásico) o voluntariamente (mediante discriminación operante antecedente o reforzamiento consecuente) por el terapeuta en esa sesión. Esas CCRs son las conductas problemáticas del cliente que aparecen en la consulta y que tienen *relaciones de equivalencia funcional* con sus dificultades en su vida diaria, es decir tienen funciones similares o se presuponen que las tiene. Esas conductas clínicamente relevantes derivan de la historia personal experiencial del cliente en gran parte relacional, y que ahora aparecen aquí en nuestra presencia en consulta. La contratransferencia deriva de las reacciones emocionales y las conductas del terapeuta ante las CCRs del cliente, es decir a la relación con éste; y deben servir para interpretar y reforzar de manera discriminada la conducta del cliente de modo que produzcas mejorías visibles en la misma sesión e interpretaciones que faciliten esos cambios. También el terapeuta FAP suele combinar los métodos tradicionales de la terapia cognitiva-conductual o de la terapia de aceptación o compromiso, según las necesidades de cada caso; e incluso con los provenientes de otros enfoques como los psicodinámicos o los estratégicos, pero no de manera aleatoria sino según el análisis funcional del caso.

Desde la FAP se conceptualiza conductistamente temas relevantes en las psicoterapias como el papel de las emociones, la cognición, la relación terapéutica, la formación del yo, los recuerdos y otros tópicos que se presuponen erróneamente ajenos a la tradición conductista.

Para los terapeutas en formación supone unas estrategias muy claras de que hay que evocar, reforzar e interpretar en cada sesión y de cómo comprobar los efectos reales de las intervenciones del terapeuta. Pero

hay que advertir que lejos de su aparente simplicidad, requiere una buena formación teórica y práctica en el análisis funcional, sobretodo del lenguaje y sus funciones (Skinner, 1984).

Skinner en su obra "Conducta verbal" de 1957 analiza las funciones del lenguaje no desde su forma o estructura fonética sino desde sus causas y efectos, es decir desde las funciones que cumple. Desde el punto de vista clínico son importantes tres funciones: (1) *Los Tactos*: Conducta verbal semejante a cuando se hace un relato o descripción de algo, y que está bajo control antecedente de diversos estímulos discriminativos concretos y reforzadores secundarios generalizados (como cuando se pregunta ante la presencia de un objeto que es tal cosa y ante la respuesta correcta se le dice al sujeto que lo ha hecho muy bien, se le sonríe, se le gratifica, etc.). (2) *Los mandos*: Conducta verbal similar a las peticiones, ordenes, demandas y preguntas que están bajo el control de un amplio rango de estímulos discriminativos, estados de privación o estimulación aversiva y de reforzadores específicos (p. e.: tener sed ante una situación de esfuerzo, ponerse a beber cuando el sujeto se encuentra ante un momento complicado, etc.; y presenta la conducta de pedir beber a alguien con funciones de evitación, distracción, etc.) y (3) *Los mandos disfrazados*: de tactos pero que cumplen funciones de mandos y que dependen de una causación múltiple y reforzadores especiales y que explican los fenómenos tradicionalmente descritos como inconscientes, ocultos, latentes, inconscientes o relacionados con alusiones indirectas a la transferencia.

El terapeuta FAP se suele guiar por 5 reglas flexibles: (1) "Observa la conducta clínicamente relevante en la hora de la consulta (no tanto la relatada sino la que se observa aquí y ahora)"; (2) "Provoca o evoca las conductas clínicamente relevantes en la hora de la consulta"; (3) "Refuerza las conductas de mejoría presentes en la hora de consulta de manera natural y no tanto de modo artificioso"; (4) "Observa los efectos potencialmente reforzantes de tus conductas como terapeuta en relación a las conductas clínicamente relevantes de tu cliente (incluida las reacciones privadas que provoca en ti esa relación)"; y (5) "Ofrece a tu cliente interpretaciones funcionales sobre las variables que suelen causar su conducta disfuncional y sus mejorías" (Kohlenberg & Tsai, 2007, pp. 36-53).

También entre las CCRs se incluyen las reacciones contratransferenciales del terapeuta a las conductas del cliente, entendidas también como problemáticas o inadecuadas (ccr1), adecuadas y pertinentes (ccr2) y sus propias reacciones subjetivas (emociones, recuerdos, cogniciones, etc.) que suponen su disposición adecuada o inadecuada a reforzar, moldear, castigar o extinguir-ignorar las conductas del paciente. De hecho, en la conceptualización FAP del caso en cuestión se incluyen tanto las CCRs del paciente como la del terapeuta (Ferro, Valero & López, 2007 y 2009).

Una cuestión también relevante en FAP es la importancia de aumentar el contacto del cliente con las variables causales de control aversivo de su conducta. Para ello se le presenta reiteradamente el estímulo aversivo, se observa cómo trata de evitar ese afecto, y se relaciona esa evitación afectiva con situaciones equivalentes de su vida diaria, a fin de llevar conductas voluntarias de cambio a las mismas.

Como reflexión personal final de esta exposición hago mención al arte de saber escuchar y respetar otras perspectivas y dejar de lado el narcisismo de escuela en el que a menudo se nos formatea. La complejidad humana posiblemente requiera de múltiples enfoques que contribuyan a enfrentar las dificultades de la vida. Cada terapeuta evidentemente tiene derecho legítimo a escoger aquella perspectiva que más le convenza y más cercana esté a su forma de entender la vida. Pero en todo caso, un ejercicio de humildad y prudencia renovado a lo largo del tiempo puede ser oportuno.

Referencias

- Baringoltz, S. (2005). La importancia del estilo personal del terapeuta y el vínculo como herramientas terapéuticas. *International Congress of Cognitive Psychotherapy, Sweden, June*.
- Beck, A., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1983). *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press; New York.
- Coderch, J. (2010). *La práctica de la psicoterapia relacional. El modelo interactivo en el campo del psicoanálisis*. Madrid: Ágora Relacional.
- Damasio, A. (2010): *Y el cerebro creó el hombre*. Editorial Planeta.
- Ellis, A. & Grieger, R. (1990). *Handbook of rationalemotive therapy*. New York: Springer Publishing Company.
- Ferro, R., Valero, L. & López, M. A. (2007). Novedades y aportaciones desde la psicoterapia analítica funcional. *Psicothema*, 19 (3), 452-458.
- Ferro, R., Valero, L. & López, M. A. (2009). La conceptualización de casos clínicos desde la psicoterapia analítica funcional. *Papeles del Psicólogo*, 30 (3), 255-263.
- Freud, S. & Breuer, J. (1895/2012). *Estudios sobre la histeria*. En: S. Freud: Obras completas. Editorial Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1914/2012). *Observaciones sobre el amor de transferencia*. En: S. Freud: Obras completas. Editorial Biblioteca Nueva.
- Guidano, V. F & Liotti, G. (1983). *Cognitive proceses and emocional disorders*. New York. Guilford Press.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (Eds.). (2001). *Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian account of human language and cognition*. New York: Plenum Press.
- Jennings, R. M. & Ball, J. D. (1982). Patient compliance with CHAMPUS mental health referrals. *Professional Psychology*, 13, 172-173.
- Kernberg, O. (2005). *Teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Kohlenberg, R. J. & Tsai, M. (2007). *Psicoterapia Analítica Funcional. Creación de relaciones terapéuticas intensas y curativas*. Colección Ciencia Biomédica. Universidad de Málaga.
- Lacan, J. (1981): *Seminario VIII. La transferencia en su disparidad subjetiva*. Versión Anónima.
- Lambert, M. J. (1992). Implications of Outcome Research for Psychotherapy Integration. In: J. C. Norcross & M. R. Goldstein. (Eds.) *Handbook of Psychotherapy integration*. (pp. 94-129). New York: Basic Books.

- Lambert, M. J. & A. E. Bergin (1992). The Effectiveness of Psychotherapy. In: J. C. Norcross & M. R. Goldstein (Eds.). (pp. 143-89). *Handbook of Psychotherapy integration*. (pp. 94-129). New York: Basic Books.
- Laplanche, J. & Pontalis, J. B. (1968). *Diccionario de psicoanálisis*. Editorial Labor.
- Malan, D. (1983). *Psicoterapia individual y ciencia de la psicodinámica*. Barcelona: Paidós.
- Marrone, M. (2001). *La teoría del apego. Un enfoque actual*. Madrid. Editorial Psimática.
- Pérez, M. (2011). El mito del cerebro creador. Cuerpo, conducta y cultura. *Madrid: Alianza Editorial*.
- Pérez, M. (2013). Entrevista a Marino Pérez Álvarez. El conductista radical. Temas de psicoanálisis. *Revista de la sociedad española de psicoanálisis*. Disponible en: <http://www.temasdepsicoanalisis.org/entrevista-a-marino-perez-alvarez-el-conductista-radical-i>
- Pérez, M. (2004). *Contingencia y drama. La psicología según el conductismo*. Madrid: Minerva Ediciones.
- Ruiz, J. J: Manual de terapia cognitiva. A Demanda, Jaén, 1992.
- Ruiz, J. J & Cano J. J. (2002). *Manual de terapia cognitiva (revisado)*. Jaén: R & C Editores.
- Ruiz, J. J & Cano J. J. (1999). *Las psicoterapias. Introducción a las orientaciones psicoterapéuticas para profesionales sanitarios. Ruiz y Cano Editores*. Jaén.
- Safran, J. D. & Segal, Z. V. (1994). *El procesos interpersonal en la terapia cognitiva*. Barcelona: Paidós.
- Safran, J. D. & J. C. Muran. (2005). *La alianza terapéutica: una guía para el tratamiento relacional*. Bilbao: Descleé de Brouwers.
- Skinner, B.F: Conducta verbal. Trillas, 1984. Obra original de 1957.
- Young, J. E., Klosko, J. E. & Weishaar, M. E. (2013). *Terapia de esquemas. Guía práctica*. Bilbao: Descleé de Brouwers.