

Intervención en un trastorno depresivo mediante la Psicoterapia Analítica Funcional

Miguel Ángel López Bermúdez, Rafael Ferro García* y Luis Valero Aguayo**
Cepsi Psicólogos, * CEDI y ** Universidad de Málaga

En este trabajo se muestra el análisis e intervención de un trastorno depresivo siguiendo la formulación de la Psicoterapia Analítica Funcional. Esta psicoterapia, basada en los principios del conductismo radical, aborda la conducta verbal de manera funcional, se estructura a partir de una relación terapéutica que cuida especialmente el reforzamiento natural y enfatiza las contingencias que ocurren en el contexto clínico relacionándolas con el contexto natural, el moldeamiento y la equivalencia funcional. Se describe el caso de una mujer de 40 años con trastorno depresivo mayor, y la conceptualización del caso de manera funcional según esta psicoterapia. Se describen las distintas fases de intervención (total de 17 sesiones), detallando ejemplos de la relación terapéutica y el mantenimiento de los resultados a largo plazo. Además de los cambios y la resolución de sus problemas en la vida diaria, la puntuación inicial en BDI-II de 29 puntos cambió a 6 tras los siete primeros meses y se mantuvo en 8 en el seguimiento a los diecisiete meses.

Treatment of a depressive disorder according to Functional Analytic Psychotherapy. This paper presents the analysis and treatment of a depressive disorder according to Functional Analytic Psychotherapy. This form of psychotherapy, which is based on the principles of radical behaviorism, makes functional use of verbal behavior, and is structured upon a therapeutic relationship that pays special attention to natural reinforcement and emphasises the events that may arise in the clinical context, and relates them to a natural context, shaping, and functional equivalence. The paper describes the case of a 40-year-old woman with major depressive disorder, and the functional conceptualization of the case according to this psychotherapy. The different phases of the treatment are described (17 sessions in total), with examples of the therapeutic relationship and of how the results were maintained in the long term. In addition to solving problems and making changes in the patient's daily life, the initial BDI-II score (29) dropped to 6 points after seven months, and remained at 8 points in the follow-up after 17 months.

La depresión es compleja terapéuticamente por varias razones. En cuanto a su diagnóstico no es un fenómeno unitario, ya que agrupa a una heterogeneidad de conductas, algunas opuestas o incompatibles (hipersomnia o insomnio, agitación o lentitud psicomotora, entre otras). También los síntomas más comunes pueden aparecer o no en un cliente, e, incluso, en un mismo paciente pueden cambiar a lo largo del tiempo (Ferro, 2001). Algunas campañas de difusión auspiciadas por compañías farmacéuticas dibujan la depresión no como una posible condición vital más, sino como una *enfermedad* terrible, e incluso muy peligrosa puesto que en algunos casos termina en el suicidio. Un estudio de revisión sobre la prevalencia de los problemas depresivos en varios países (Waraich, Goldner, Somers y Hsu, 2004), incluyendo también los datos epidemiológicos de la OMS (WHO, 2000), la sitúa en el año

inmediatamente anterior a la evaluación, en el 4,1% para el diagnóstico de depresión mayor, 2% para el de trastorno distímico y 0,72% para el trastorno bipolar. Respecto a la prevalencia total en cualquier año anterior a la evaluación, las cifras son aún mayores: 6,7, 3,8 y 0,8%, respectivamente. En España se han realizado diversos estudios epidemiológicos localizados por comunidades; en concreto en Andalucía, de todas las consultas recibidas entre 2000 y 2005 en los Equipos de Salud Mental de Distrito (SAS, 2005), un 19,82% correspondían a «trastornos del estado de humor» como categoría general, y habían aumentado un 33,57% en los últimos tres años.

Además, algunos autores afirman que entre el 3 y el 20% de la población adulta ha alcanzado los criterios de Trastorno Depresivo Mayor en algún momento de su vida (Martell, Addis y Jacobson, 2001). Todo esto ha contribuido a que sea un problema que se está sobredimensionando de manera artificial y a que la gente haya aprendido a plantear sus problemas en términos depresivos y, a su vez, la depresión en términos neuroquímicos (González Pardo y Pérez Álvarez, 2007).

La Psicoterapia Analítica Funcional (FAP, Kohlenberg y Tsai, 1991; Tsai, Kohlenberg, Kanter, Kohlenberg, Follette y Callaghan, 2009) surge desde el conductismo radical como una forma de apli-

car el análisis funcional en la relación clínica creando unas relaciones terapéuticas intensas y curativas. Es un tipo de psicoterapia por sí misma que, además, puede ser combinada con cualquier otra terapia actuando de manera sinérgica (Kohlenberg, Tsai, Ferro, Valero, Fernández Parra y Virués, 2005). Como han demostrado varios estudios, la integración de ésta con otras terapias ha dado y está dando buenos resultados (Apsche, Ward y Evile, 2003; Callaghan, Gregg, Marx, Kohlenberg y Gifford, 2004; Gaynor y Scott, 2002).

Se publica por primera vez (Kohlenberg y Tsai, 1987) junto con la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT, Hayes, 1987) con la que comparte principios filosóficos. Ambas se encuadran dentro del movimiento llamado *Análisis de la Conducta Clínica* (Dougher y Hayes, 2000; Kohlenberg, Tsai y Dougher, 1993), en lo que sería una evolución del análisis funcional de la conducta que toma en consideración las últimas novedades sobre el estudio funcional del lenguaje: las investigaciones sobre la conducta gobernada por la regla y las de relaciones de equivalencia entre estímulos. La difusión en español fue rápida gracias a los trabajos pioneros de Pérez Álvarez (1996a, 1996b) y los siguientes de Ferro y Valero (1998) y de Rodríguez Naranjo (1998). Después vendrían otros, tanto teóricos (Ferro, Valero y López Bermúdez, 2007; Kohlenberg, Tsai, Ferro et al., 2005), como aplicados (Carrascoso, 2002; Ferro, Valero y Vives, 2000; López Bermúdez, Ferro y Calvillo, 2002).

El hilo conductor de la terapia diferencia dos materias fundamentales: la conducta del cliente y la conducta del terapeuta. La **conducta del cliente** serían descripciones conductuales formuladas por el terapeuta a partir de la observación directa de dicha conducta en el contexto clínico. Son denominadas *Conductas Clínicamente Relevantes* (CCR) y se diferencian tres tipos o clases que el terapeuta debe aprender a identificar como objetivos terapéuticos (Kohlenberg y Tsai, 1991, 1994a, 1994b, 1995; Kohlenberg, Tsai y Kanter, 2009). Las CCR tipo 1 son los problemas del cliente que ocurren durante la sesión. Suelen estar bajo control de estímulos aversivos y con frecuencia son conductas de evitación. Estos problemas de los clientes pueden implicar pensamientos, percepciones, sentimientos, visiones, recuerdos, etc. Las CCR tipo 2 son las mejorías del cliente que ocurren durante la sesión. En las CCR tipo 3 se incluyen las interpretaciones del cliente de su propia conducta y lo que cree que la causa. Implican observaciones y descripciones de la conducta de uno mismo y de los estímulos reforzantes, discriminativos y elicidores que están asociados a ella.

En segundo lugar se tiene en cuenta la **conducta del terapeuta** proponiendo una serie de *Reglas terapéuticas*, a modo de guías que ayuden a evocar, identificar, reforzar e interpretar las conductas del cliente. El terapeuta debe seguir cinco reglas básicas durante la terapia (Kohlenberg y Tsai, 1991, 1994a, 1995; Tsai, Kohlenberg, Kanter y Waltz, 2009). La regla nº 1 consiste en observar las posibles CCR durante la sesión terapéutica. La regla nº 2 propone construir un ambiente terapéutico que evoque las CCR. La regla nº 3 estriba en organizar el reforzamiento positivo de las CCR tipo 2. La regla nº 4 trata de desarrollar un repertorio para observar las propiedades reforzantes de la conducta del terapeuta en relación con las CCR del cliente. Y, finalmente, la regla nº 5 consiste en generar en el cliente un repertorio de descripción de las relaciones funcionales entre las variables de control y las conductas. En general, hay que usar las propias reacciones del terapeuta como un barómetro, en el sentido de ver las propias reacciones personales a lo que dice o hace el paciente como un sensor válido de

las CCR y como representaciones de cómo los demás responden en la vida diaria a él (Tsai, Kohlenberg, Kanter y Waltz, 2009).

En este trabajo se presenta el análisis y la intervención de un trastorno depresivo mayor siguiendo la formulación de la Psicoterapia Analítica Funcional y la integración en ella de algunos ejercicios y metáforas de ACT, como se propone de forma más explícita en el nuevo manual (Tsai, Kohlenberg, Kanter y Waltz, 2009).

Método

Participante

En el momento de acudir a consulta la paciente, a quien se denominará Clara, tenía 40 años. Trabajaba realizando tareas administrativas y de contabilidad en una empresa de la que su marido era gerente. Acudió al centro después de haber consultado a varios profesionales que le sugieren que fuera a un psicólogo. Accedió debido a la insistencia de su marido. Aún así, Clara reiteraba que no entendía la razón de ir a un psicólogo porque para ella sus problemas eran físicos, aludiendo sobre todo a dolores de cabeza, mareos, vértigos, y sentenciaba: «*De ahí me viene todo lo demás*». Su padre había fallecido poco tiempo después de diagnosticarle un cáncer y, según afirmaba: «*No sé si aún lo he superado*». Cumpliría criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 1994) del *Trastorno Depresivo Mayor* F.32.2. Es decir, estado de ánimo depresivo, disminución acusada del interés por las cosas, pérdida de peso, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad inapropiados, disminución de la capacidad para concentrarse y pensamientos recurrentes de muerte.

Análisis y conceptualización del caso

Se ha utilizado una forma de conceptualización del caso clínico (Kohlenberg y Tsai, 2000; Kohlenberg, Kanter, Bolling, Parker y Tsai, 2002; Kanter, Weeks, Bonow, Landes, Callaghan y Follette, 2009) que consiste en un registro abierto donde se describen variables que se suponen claves para el análisis de un caso clínico. Para más información sobre esta forma de conceptualizar se recomienda la lectura de Ferro, Valero y López Bermúdez (en prensa). El registro consta de 6 apartados donde se describen las conductas relevantes y los hechos que ayudan a plantear hipótesis a lo largo del proceso terapéutico.

1. Problemas de la vida diaria. Son los problemas que el cliente presenta en su vida diaria, conceptualizados por el terapeuta. Clara presentó los siguientes:
 - Manifestaba distintos problemas físicos desde hacía un año, como: frecuentes dolores de cabeza, mareos, sensación de ir a perder el equilibrio, vértigos, taquicardias.
 - Lloraba con frecuencia y permanecía acostada en su habitación sin querer ver a nadie, a veces hasta días enteros.
 - Evitaba frecuentemente ir a trabajar.
 - Apenas mantenía relaciones sociales que no fueran las necesarias. Daba pretextos para evitarlas.
 - Había descuidado su aspecto físico y su manera de vestir.
 - Comía mal y había perdido peso.
 - La frecuencia de sus relaciones sexuales había disminuido.
 - Evitaba interactuar con algunos miembros de la familia (cuñados y sobrino). Si estas personas estaban en casa de

- sus suegros, que eran vecinos suyos, simulaba que ella no estaba en casa cerrando ventanas y daba a su hija explicaciones inexactas acerca de su conducta.
- Se enfadaba, mostrándose muy hostil, con frecuencia de manera poco congruente con la contingencia a la que aludía como motivo de su enfado.
2. Historia relevante. Aquí se describen los hechos relevantes en la vida de la persona que estén implicados en la etiología y el mantenimiento de los problemas.
- Era hija única.
 - Había dejado varios asuntos iniciados sin concluir. Por ejemplo, abandonó los estudios en COU sin terminarlos.
 - Su padre falleció de cáncer dos años antes de la terapia. Éste le comunicó que padecía la enfermedad solamente a ella y lo mantuvieron oculto durante meses, sólo se lo dijeron a la madre y a algunos familiares pocos meses antes de morir.
 - Los malestares físicos (dolores de cabeza, mareos, sensación de perder el equilibrio) comenzaron algún tiempo después de morir su padre y coincidiendo en el tiempo con el fallecimiento de varias personas (de la madre de una amiga suya y de que un primo sufriera un *ictus*).
 - Había sorprendido a su sobrino de 16 años intentando abusar sexualmente de su hija cuando tenía cuatro años.
3. Los problemas que aparecen en la sesión clínica. Serían los CCR tipo 1 que son equivalentes funcionalmente a los problemas que se dan en la vida diaria.
- Se quejaba con mucha frecuencia de sus malestares físicos.
 - Se quejaba de su marido, de su trabajo y de algunos compañeros.
 - A veces mostraba cierta hostilidad con el terapeuta.
 - Lloraba con frecuencia, y se quejaba y preguntaba con reiteración por qué le pasaba eso.
 - Evitaba ciertos temas y palabras concretas. Respondía con llantos y evasivas a algunas cuestiones relacionadas con éstos.
 - En ocasiones se comprometía con el terapeuta para hacer alguna actividad sencilla y no las realizaba dando razones imprecisas.
 - Respondía con frases del tipo «no puedo» o «no soy capaz» la mayoría de las veces que el terapeuta se interesaba por las razones de algunas de sus conductas de evitación.
 - En ocasiones cancelaba algunas citas a última hora. Y a veces llegaba tarde.
4. Los conceptos cognitivos del cliente que interfirieran en el tratamiento (pensamientos automáticos, código de creencias, ideas, asunciones) que deben ser objeto de la terapia.
- Afirmaba que para ella el dolor implicaba muerte.
 - Sostenía que si se «sentía mal» o «no se encontraba bien» no podía hacer cosas (trabajar, cuidar de su hija, realizar tareas...). Por ejemplo:
- «... de repente me sentí tan mal que no pude hacer las maletas».
- «... me dio una cosa muy rara en el cuerpo y me tuve que acostar».
- «... de repente me pareció que me iba a morir y tuve que irme a urgencias».
- «... si yo quiero jugar con mi hija pero estoy tan mala».
- «... si yo sé que tengo que ir al trabajo pero me pongo tan mal».
- Establecía relaciones causales o funcionales de manera incorrecta; sobre todo, entre sus emociones y pensamientos y su conducta, y entre éstos y lo que pensaba que podría sucederle en el futuro.
5. Los objetivos en la vida diaria, es decir, lo que se pretende conseguir y generalizar a la vida de esa persona, y los cambios progresivos que se propone alcanzar el cliente, conceptualizados por el terapeuta.
- Aceptar su malestar, sus dolores como tales.
 - Mejorar su conducta alimentaria.
 - Asumir sus responsabilidades independientemente de su estado de ánimo o físico.
 - Terminar tareas que empezaba y que solía abandonar.
 - Mantener la frecuencia y el tipo de relaciones sociales que ella tenía antes.
6. Los objetivos en sesión, es decir, los CCR 2, los cambios que se quieren conseguir en la sesión clínica.
- Hablar de su malestar y sus dolores de manera descriptiva. Distinguir *estar mala* de *sentirse mal*.
 - Establecer relaciones funcionales correctamente. Cambiar la función de *estar mala* como causa de casi todo lo que evitaba.
 - Hablar de experiencias pasadas dolorosas para ella: la muerte de su padre, el intento de abuso sobre su hija..., hacerlo con naturalidad y de manera congruente.

Intervención

La intervención se ha dividido en tres fases, tal y como proponen Kohlenberg y Tsai (1995), y Tsai, Kanter, Landes, Bewring y Kohlenberg (2009), y como se expusieron para otros casos en: Ferrero, Valero y Vives (2000) y López Bermúdez, Ferro y Calvillo (2002).

A. Fase inicial

Ésta se refiere al período comprendido entre las sesiones 1 a la 5. En ella, además de la entrevista y evaluación inicial, se procuró establecer una relación terapéutica óptima como una audiencia no punitiva (Skinner, 1953; Kohlenberg y Tsai, 1991). En aras de este objetivo se prestó atención de manera genuina incluso a las manifestaciones verbales con forma de queja con una función de evitación. La observación, identificación y selección de las CCR constituyeron el núcleo esencial de esta fase (Regla 1). En la segunda consulta se aplicó el BDI-II (*Beck Depression Inventory II*; Beck, Steery y Brown, 1996) y se pidió a Clara que explicitara por escrito en qué notaría ella la mejoría en caso de producirse y en qué la notarían los demás (Regla 2). No realizó un listado hasta la

sexta consulta, ya que daba pretextos aún habiéndose comprometido a ello (CCR 1 y CCR 3). Además se le planteó a la cliente la *metáfora del autobús* (para una descripción véase, entre otros, Ferrero, 2000) y se usó de manera transversal durante la terapia. Se recurrió a ésta y a otras metáforas con frecuencia con el fin de construir un ambiente terapéutico que evoque CCR (Regla 2).

En esta fase se constató que las quejas eran muy frecuentes, refiriéndose a su estado físico (dolores de cabeza, mareos, vértigos, náuseas, taquicardias...), la conducta de su marido y de sus suegros («no me ayudan, no me entienden»), su propia capacidad («no puedo», «no soy capaz», «no tengo fuerzas», «me da igual», «y para qué...»), y la idoneidad de un psicólogo para tratar sus problemas («no se qué pinto aquí si mi problema es físico»). Todas estas quejas se analizaron funcionalmente como una conducta de evitación, como Mandos disfrazados o Tact impuros (Skinner, 1957; Kohlenberg y Tsai, 1991). Se trabajó, pues, con la premisa de que su función sería la de hacer menos probable la ocurrencia de contingencias aversivas por parte de los demás, tal y como las analiza Biglan (1991). Esta clase de conducta aparecía en terapia cuando se le pedía que realizara algún pequeño ejercicio para casa. También se constató que en su rutina diaria ocurría algo parecido. El terapeuta relacionó las CCR 1 que aparecían en consulta con sus conductas problema en la vida diaria, ambas tenían una función equivalente. Merece una consideración especial dos expresiones muy repetidas por Clara: «estoy mala» y «no puedo» como razones que daba para justificar la mayor parte de sus conductas de evitación. La postura terapéutica fue cambiando de forma tal que aunque el terapeuta mostraba un genuino interés, el objetivo principal se centró en bloquear la evitación de Clara. Así, el terapeuta respondió: «vaya, lo siento», y volvió a la cuestión que la cliente evitaba. En fases más avanzadas de la terapia se cambió el objetivo y el tratamiento terapéutico de tales manifestaciones, procurando bloquear la función de evitación que se hipotetizaba que tenían.

En la tercera sesión, Clara presionó al terapeuta de manera un tanto hostil (CCR 1) para que las consultas fueran un día y una hora determinada, éste se negó justificando la negativa (regla 2). Además, preguntó a Clara si esa era una forma representativa de cómo solía ella pedir o conseguir en su rutina diaria algunas cosas. A la consulta siguiente no acudió, la evitó sin dar explicaciones y al cabo de unos días, presionada por su marido, volvió a pedir cita. Al sospechar una alta probabilidad de abandono de la terapia y con el fin de que se mantuviera hasta finalizar la misma, a la vez que se establecía una relación entre ésta y su vida cotidiana, se insistió en la forma en que ella solía terminar las cosas que empezaba y en las razones acerca de tal abandono. Aun así, no acudió a la siguiente cita propuesta, y expresaba sus dudas sobre la eficacia de la terapia en cada consulta. Después de la cuarta cita, su marido se puso en contacto con el terapeuta para expresarle su preocupación por la evolución de Clara y se acordó que acudiera también a la consulta siguiente para hacer más probable que Clara se comprometiera y se mantuviera en terapia hasta su conclusión. Así, en esa consulta se consideró la relevancia de los frecuentes abandonos de quehaceres en la vida de Clara, y se reiteró en presencia de su marido lo que se había tratado en la consulta anterior (el abandono de la terapia como una forma de terminar todo lo que iniciaba y sus frecuentes conductas de evitación) insistiendo en el papel que desempeñaba en todo este proceso lo que ella llamaba «estar mala». El marido se mostró convencido de que esa era la clave. Entonces aparece la siguiente regla: «Si me sintiera bien haría lo que tengo

que hacer», una CCR 1 que sintetiza un aspecto esencial del problema. La postura terapéutica consistió en promover la inversión de los términos de la regla: *si hiciera lo que tengo que hacer me sentiría bien*.

B. Fase intermedia

Este período comprende las sesiones de la sexta a la duodécima. En esta fase se insistió de manera más explícita en que Clara usara un lenguaje más descriptivo. Con objeto de generar un mayor repertorio de reglas que facilitaran un control antecedente de la conducta, se abundó en el uso de metáforas haciendo explícito, además, distintas relaciones funcionales de contingencia al modelo ABC (Kohlenberg y Tsai, 1991).

En la sesión sexta Clara decía estar muy nerviosa y muy deprimida y se insistió en que describiera lo que sentía y que lo relacionara con lo que ella sentía en su rutina diaria. Afirmó que era muy parecido a lo que ella llamaba «estar mala». Con el fin de moldear una respuesta adaptativa ante esa contingencia se realizó un ejercicio que facilitara una regla mediante una metáfora que consistió en cambiar caramelos de una caja a otra sin parar, a la vez que el terapeuta le suministraba hojas de papel en las que había escrito frases (*no puedo más, no soy capaz de seguir...*), a las que ella normalmente aludía al echarse en la cama a deshoras o cuando se negaba a atender algunas peticiones de su hija o evitaba el trabajo.

En la sesión séptima se moldeó el cambio del uso de «PERO por el Y» (véase Ferrero, 2000). En la sesión octava parece constatar que «estar mala» va perdiendo fuerza como condición discriminativa para gran parte de su repertorio con función de evitación. Se observó cuando afirmaba: «me siguen los mareos y los dolores pero ya no siento tan fuerte la necesidad de acostarme» o «parece que los dolores me influyen menos a la hora de relacionarme y de ir a trabajar» o «como mejor, ya no me tengo que obligar» o «ya no me molesta tanto cuando mi hija me pide que hagamos algo».

En la sesión novena explicó lo sucedido en el intento de abuso sobre su hija por parte de su sobrino, llamándolo por primera vez por su nombre, con reacciones emocionales menos intensas que en sesiones anteriores y llegando hasta el final en su relato. En ocasiones anteriores lo había insinuado pero había evitado hablar de esto. En tales ocasiones el terapeuta no bloqueó la evitación, ya que la cliente expresó abiertamente que prefería no hablar de eso, nótese que no disfraza la evitación (CCR 2). Esta vez Clara reconoció que quizá «no fuera para tanto» y se moldeó una respuesta distinta a la evitación habida hasta ese momento con respecto al chico y a sus padres.

Algo parecido ocurrió en la décima sesión. Por primera vez, con anterioridad lo había evitado, habla y explica con cierta claridad y naturalidad la muerte de su padre y pronuncia por primera vez la palabra cáncer como la causa de su muerte. Asimismo refirió que su padre le había pedido que no le dijera a nadie que estaba enfermo.

C. Fase final

Este período final comprende las sesiones de la decimotercera a la decimoséptima. En la sesión decimotercera se hace un listado con todos los progresos y los objetivos que quedaban y plantea abiertamente la finalización de la terapia. Se refuerza la petición

aunque la propuesta que se le hace es mantenerse en terapia cuatro consultas más, espaciadas en dos meses para reforzar y mantener las mejorías y el abordaje de proyectos de futuro. Los progresos se mostraron en la forma de hablar de sus problemas con frases como éstas:

- «No estoy obsesionada con si me duele algo y con la muerte. Antes no quería ni escuchar a la gente, quería estar sola, sin ruidos».
- «Ya no me influye algún dolor para acostarme. Ahora si me duele una muela o la cabeza, me duele la cabeza y punto».
- «Ya no me noto el nudo en el estómago. Como más e incluso tardo menos en comer».
- «Ya no cierro las persianas para simular que no estamos en casa. Aunque me cuesta, hablo si es necesario con mis cuñados y mi sobrino».
- «Salgo mucho más con mi marido y con mi hija. Y no me molesta como antes que me pidan cosas».
- «No le echo la culpa de todo a mi marido, antes era desde recién levantada. Además, hemos recuperado las relaciones sexuales».

En la sesión decimocuarta se hicieron explícitas las relaciones funcionales entre su conducta y sus consecuencias (regla 5) centrándose en el anterior listado de mejorías y poniendo el énfasis en el «*estar mala*» como condición discriminativa de sus frecuentes conductas de evitación.

En la sesión decimoquinta Clara dio muestras de nerviosismo con conductas de evitación parecidas a las primeras sesiones. El terapeuta se lo hizo saber planteándolo y comparando esas reacciones con las habidas en las primeras consultas y con sus conductas de evitación, y preguntó abiertamente si es que quería exponer algo importante. Clara se mostraba dubitativa y se la animó a que hiciera lo que ella considerara que debía hacer (regla 2). Afirmó que le había dado muchas vueltas y que lo mejor para ella era hablarlo (CCR 2). Comunicó al terapeuta que creía que meses antes de venir a consulta habría cometido un error serio en la contabilidad de la empresa y que no se lo había dicho a nadie, ni siquiera a su marido. El refuerzo natural de esta conducta, mostrando un genuino interés, fue prioritario para después relacionar la conducta de ocultarlo con algunos de sus problemas posteriores.

En la sesión decimosexta Clara comunicó al terapeuta que había hablado con su marido sobre el posible error contable afirmando que al hacerlo se había quitado un enorme peso de encima (CCR 2). Se reforzó y se hizo hincapié en la consideración sobre cuáles serían sus sentimientos en caso de haber continuado evitando hablar con él a la vez que se trajeron a colación otras frecuentes conductas de evitación (regla 5).

En la sesión decimoséptima el terapeuta le expresó su satisfacción por haber terminado la terapia y se pusieron numerosos ejemplos de la relación terapéutica, de sus sentimientos en terapia y de su correspondencia con su vida cotidiana.

Resultados

Los resultados en la vida cotidiana de esta persona se han ido reflejando a lo largo de las distintas fases de tratamiento. No sólo han dejado de aparecer conductas de evitación mediante quejas sobre cuestiones somáticas y quejas sobre otras personas, también ha desaparecido la inactividad y el aislamiento, la falta de contactos

sociales con otros familiares y la situación emocional negativa que aparecía como un continuo «*estar mala*». Clara se ha enfrentado a sus problemas físicos y ha actuado a pesar de ellos, realiza tareas cotidianas con independencia de cómo se sienta, ha verbalizado de forma descriptiva hechos para ella muy temidos o negativos (por ejemplo, historia de abuso de su hija y la muerte de su padre), incluso ha revelado errores cometidos con anterioridad y también se lo cuenta al marido, una muestra más de la generalización de esa nueva actitud en su vida cotidiana. Ha recuperado sus relaciones de pareja y tiene proyectos de futuro con su familia.

Desde un punto de vista cuantitativo, esos cambios se han visto también en la disminución de las puntuaciones en el cuestionario BDI-II estándar sobre trastornos depresivos. A lo largo del tratamiento se pidió que cumplimentara en tres ocasiones el cuestionario como una manera de medir la efectividad del tratamiento. En la evaluación inicial obtuvo una puntuación de 29, que se considera una puntuación límite de *depresión severa*. Se volvió a pasar después de siete meses de la última sesión, obteniendo una puntuación de 6. Y se realizó un nuevo seguimiento a los diecisiete meses de esa última sesión, obteniendo una puntuación de 8. Como se puede apreciar hay una disminución clara en la puntuación como efecto de la intervención, pasando de una depresión severa a puntuaciones normales.

Discusión y conclusiones

La Psicoterapia Analítica Funcional supone un marco teórico desde el que operar que ha mostrado gran utilidad en el abordaje de los trastornos depresivos cuya complejidad tanto en el análisis como en la intervención es manifiesta. Desde esta psicoterapia la conducta verbal se toma en consideración de manera funcional y propone tanto un cuerpo conceptual como una estructura que le son propios. Además, como se ha mostrado en el caso, es una psicoterapia ideográfica que se va adaptando a las características específicas de cada cliente, a sus problemas dentro de la consulta y en su vida cotidiana. Estas características hacen de ella una terapia flexible que se adapta con mayor facilidad que otras tanto a los sujetos como a los trastornos, permitiendo la incorporación de procedimientos terapéuticos provenientes de otras terapias. Los propios autores afirman que FAP no pretende ser completa o exhaustiva, ni excluir el uso de otros procedimientos, como en este caso clínico en el que se han aplicado algunos ejercicios y metáforas de ACT (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999).

Está claro que el tratamiento ha mostrado ser efectivo para los problemas que mostraba Clara al comienzo del tratamiento. La conceptualización del caso se ha mostrado útil para plantear hipótesis de trabajo y guiar al terapeuta hacia las Conductas Clínicamente Relevantes. Los cambios en cuanto a la rigidez de la paciente acerca de las ideas de justificar su pasividad en función de su estado de ánimo parece que se debieron al uso del «ejercicio de los caramelos», y del posterior moldeamiento del cambio. También el enfrentamiento paulatino a lo que temía parece que fue crucial en su mejoría.

El fomentar un repertorio más descriptivo acerca de lo que sentimos, pensamos o nos sucede, contribuye a la mejoría en muchos problemas psicológicos. En este caso lo que en un momento de la vida de Clara pudo ser una expresión con un significante limitado a «estar enferma» y con una función descriptiva de tacto parece que hubiera ido evolucionando ensanchando su significado de manera que cualquier malestar intrascendente mereciera la conside-

ración de *estar mala*. Utilizándose en esa historia como una excusa, una conducta típica de evitación, para no enfrentarse a su situación cotidiana, a sus problemas familiares, o a los recuerdos de acontecimientos pasados.

La depresión no es el resultado del desequilibrio neuroquímico del individuo o de un fallo de pensamiento, sino más bien una respuesta a los problemas de la vida (Martell, Addis y Jacobson, 2001) como queda expuesto en este caso. Desde este punto de vista relacional, psicológico, la depresión puede servir como una señal al individuo que le indique que necesita hacer un cambio en su vida (Martell, Addis y Jacobson, 2001).

Esta concepción meramente psicológica de los trastornos depresivos choca con la concepción biologicista tan de moda, por publicitada, en nuestra sociedad actual. Esperamos que la prevalencia del trastorno depresivo no se incremente por los efectos de esa profecía autocumplida. Terapias psicológicas como la Psicoterapia Analítica Funcional están mostrando que es posible abordar y solucionar graves problemas depresivos; y al mismo tiempo, también, que un abordaje estrictamente conductual puede aportar nuevas ideas y formas de tratar problemas complejos, basándose en principios de conducta más simples y bien fundamentados.

Referencias

- American Psychiatric Association (1994). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Apsche, J.A., Ward, S.R., y Evile, M.M. (2003). Mode deactivation: A functionally based treatment, theoretical constructs. *The Behavior Analyst Today*, 3, 455-459.
- Beck, A.T., Steery, R.A., y Brown, G.K. (1996) *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Biglan, A. (1991). Distressed behavior and its context. *The Behavior Analyst*, 13, 157-169.
- Callaghan, G.M., Gregg, J.A., Marx, B.P., Kohlenberg, B.S., y Gifford, E. (2004). FACT: The utility of an integration of Functional Analytic Psychotherapy and Acceptance and Commitment Therapy to alleviate human suffering. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41, 195-207.
- Carrascoso, F.J. (2002). Celos: un caso de aplicación de la Psicoterapia Analítica Funcional. *Apuntes de Psicología*, 20, 347-368.
- Dougher, M.J., y Hayes, S.C. (2000). Clinical Behavior Analysis. En M.J. Dougher (Ed.): *Clinical Behavior Analysis* (pp. 11-26). Reno: Context Press.
- Ferro, R. (2000). Aplicación de la terapia de aceptación y compromiso en un ejemplo de evitación experiencial. *Psicothema*, 12, 445-450.
- Ferro, R. (2001). La depresión: algunas consideraciones críticas en su tratamiento. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27, 187-204.
- Ferro, R., y Valero, L. (1998). Psicoterapias conductistas: nuevos enfoques clínicos. *Psicologemas*, 12, 31-62.
- Ferro, R., Valero, L., y López Bermúdez, M.A. (2007). Novedades y aportaciones desde la Psicoterapia Analítica Funcional. *Psicothema*, 19, 452-458.
- Ferro, R., Valero, L., y López Bermúdez, M.A. (en prensa). La conceptualización de casos clínicos desde la Psicoterapia Analítica Funcional. *Papeles del Psicólogo*.
- Ferro, R., Valero, L., y Vives, M.C. (2000). Aplicación de la Psicoterapia Analítica Funcional. Un análisis clínico de un trastorno depresivo. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26, 291-317.
- Gaynor, S.T., y Scott, P. (2002). Complementing CBT for depressed adolescents with learning through in vivo experience (LIVE): Conceptual analysis, treatment description and feasibility study. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 30, 79-101.
- González Pardo, H., y Pérez Álvarez, M. (2007). *La invención de trastornos mentales*. Madrid: Alianza Editorial.
- Hayes, S.C. (1987). A contextual approach to therapeutic change. En N. Jacobson (Ed.): *Psychotherapists in clinical practice: Cognitive and behavioral perspectives* (pp. 327-387). Nueva York: Guilford Press.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., y Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy. An experimental approach to behaviour change*. New York: Guilford Press.
- Kanter, J.W., Weeks, C.E., Bonow, J.T., Landes, S.J., Callaghan, G.M., y Follette, W.C. (2009). Assessment and case conceptualization. En M. Tsai, R.J. Kohlenberg, J.W. Kanter, B. Kohlenberg, W.C. Follette y G.M. Callaghan (Eds.): *A guide to functional Analytic Psychotherapy. awareness, courage, love and behaviorism* (pp. 37-59). New York: Springer.
- Kohlenberg, R.J., Kanter, J.W., Bolling, M.Y., Parker, C.R., y Tsai, M. (2002). Enhancing Cognitive Therapy for depression with Functional Analytic Psychotherapy: Treatment guidelines and empirical findings. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 213-229.
- Kohlenberg, R.J., y Tsai, M. (1987). Functional analytic psychotherapy. En N. Jacobson (Ed.): *Psychotherapists in clinical practice: Cognitive and behavioral perspectives* (pp. 388-443). Nueva York: Guilford Press.
- Kohlenberg, R.J., y Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy. Creating intense and curative therapeutic relationship*. New York: Plenum Press (traducción al castellano en Servicio de Publicaciones de la Universidad de Málaga, 2007).
- Kohlenberg, R.J., y Tsai, M. (1994a). Improving cognitive therapy for depression with functional analytic psychotherapy: Theory and case study. *The Behavior Analyst*, 17, 305-319.
- Kohlenberg, R.J., y Tsai, M. (1994b). Functional Analytic Psychotherapy: A radical behavioral approach to treatment and integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 4, 174-201.
- Kohlenberg, R.J., y Tsai, M. (1995). Functional analytic psychotherapy: A behavioral approach to intensive treatment. En W. O'Donohue y L. Krasner (Eds.): *Theories of behavior therapy. Exploring behavior change* (pp. 637-658). Washington: APA.
- Kohlenberg, R.J., y Tsai, M. (1998). Healing interpersonal trauma with the intimacy of the relationship. En V.M. Follette, J.I. Ruzeg y F.R. Abueg (Eds.): *Cognitive-behavioral therapies for trauma* (pp. 305-320). New York: Guilford.
- Kohlenberg, R.J., y Tsai, M. (2000). Radical behavioral help for Katrina. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 500-505.
- Kohlenberg, R.J., Tsai, M., y Dougher, M.J. (1993). The dimensions of clinical behavior analysis. *The Behavior Analyst*, 16, 271-282.
- Kohlenberg, R.J., Tsai, M., Ferro García, R., Valero, L., Fernández Parra, A., y Virués-Ortega, J. (2005). Psicoterapia analítico-funcional y terapia de aceptación y compromiso: teoría, aplicaciones y continuidad con el análisis del comportamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(2), 37-67.
- Kohlenberg, R.J., Tsai, M., y Kanter, J.W. (2009). What is functional analytic psychotherapy? En M. Tsai, R.J. Kohlenberg, J.W. Kanter, B. Kohlenberg, W.C. Follette y G.M. Callaghan (Eds.): *A guide to functional Analytic Psychotherapy. Awareness, courage, love and behaviorism* (pp. 1-19). New York: Springer.
- López Bermúdez, M.A., Ferro, R., y Calvillo, M. (2002). Una aplicación de la Psicoterapia Analítica Funcional en un trastorno de angustia sin agorafobia. *Análisis y Modificación de Conducta*, 28, 553-583.
- Martell, C.R., Addis, M.E., y Jacobson, N.S. (2001). *Depression in context, strategies for guided action*. New York: Norton.
- Pérez Álvarez, M. (1996a). *La psicoterapia desde el punto de vista conductista*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Pérez Álvarez, M. (1996b). *Tratamientos psicológicos*. Madrid: Universitat.
- Rodríguez Naranjo, C. (1998). Principios terapéuticos y posibilidades clínicas de la «Psicoterapia Analítica Funcional». *Psicothema*, 10, 85-96.
- Servicio Andaluz de Salud (2005). *Atención sanitaria a la Salud Mental en Andalucía. Equipos de Salud Mental de Distrito. SISMA 2005*. Sevilla: Junta de Andalucía.

- Skinner, B.F. (1953/1970). *Ciencia y conducta humana*. Barcelona: Fontanella.
- Skinner, B.F. (1957/1981). *Conducta verbal*. México: Trillas.
- Tsai, M., Kanter, J.W., Landes, S.J., Newring, R.W., y Kohlenberg, R.J. (2009). The course of therapy: Beginning, middle and end phases of FAP. En M. Tsai, R.J. Kohlenberg, J.W. Kanter, B. Kohlenberg, W.C. Follette y G.M. Callaghan (Eds.): *A guide to functional Analytic Psychotherapy. Awareness, courage, love and behaviorism* (pp. 145-165). New York: Springer.
- Tsai, M., Kohlenberg, R.J., Kanter, J.W., Kohlenberg, B., Follette, W.C., y Callaghan, G.M. (2009). *A guide to functional Analytic Psychotherapy. Awareness, courage, love and behaviorism*. New York: Springer.
- Tsai, M., Kohlenberg, R.J., Kanter, J.W., y Waltz, J. (2009). Therapeutic technique: The five rules. En M. Tsai, R.J. Kohlenberg, J.W. Kanter, B. Kohlenberg, W.C. Follette y G. M. Callaghan (Eds.): *A guide to functional Analytic Psychotherapy. Awareness, courage, love and behaviorism* (pp. 61-102). New York: Springer.
- Waraich P., Goldner E.M., Somers J.M., y Hsu, L. (2004). Prevalence and incidence studies of mood disorders: A systematic review of the literature. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 124-138.
- WHO. International Consortium in Psychiatric Epidemiology (2000). Cross-national comparisons of the prevalence and correlates of mental disorders. *Bulletin of the World Health Organization*, 78, 4.