

Trabajo Final de Grado, Junio de 2013
Consultor: Francisco Martín Murcia

El rol terapéutico ante la personalidad del paciente: desde una perspectiva analítico- funcional.



Psicología Clínica y de la Salud

Laura Ruiz Jurado

Universidad Abierta de Cataluña

El rol terapéutico ante la personalidad del paciente: desde una perspectiva analítico-funcional

Laura Ruiz Jurado
Universidad Abierta de Cataluña

Índice

1.- Índice	2
2.- Resumen del trabajo final de grado	4
3.- Objetivos	5
4.- El panorama actual de las psicoterapias	6
4.1.- Revisión de las Terapias de Tercera Generación	6
4.1.1.- <i>Introducción y fundamentos teóricos de la FAP</i>	7
4.2.- Terapia de conducta	8
4.3.- El Psicoanálisis.....	9
4.4.- Comparación y combinación de la FAP con otros modelos	9
4.5.- Eficacia, efectividad y eficiencia de la FAP	10
5.- La personalidad	12
5.1.- Las dimensiones de la personalidad	12
5.2.- La formación del YO desde una perspectiva conductual	13
5.3.- Psicopatología de la personalidad, aspectos cognitivos y conductuales	15
5.3.1.- <i>Diferencias individuales en el comportamiento</i>	19
5.3.1.1.- <i>Genética y ambiente en la personalidad</i>	20
5.3.1.2.- <i>Desarrollo y aprendizaje</i>	21
5.3.2.- <i>El pensamiento y la emoción</i>	22

6.- La relación terapéutica	23
6.1.- El rol terapéutico desde la psicoterapia analítico-funcional.....	24
6.1.1.- <i>El rol terapéutico según la personalidad del paciente</i>	24
6.2.- La aceptación incondicional, la motivación y la adherencia al tratamiento.....	26
7.- Intervención desde la FAP.....	27
7.1.- Modelo A-B-C	27
7.2.- Estrategias del terapeuta.....	28
7.3.- La transferencia	29
7.4.- Contingencias, moldeamiento, equivalencia funcional y reforzamiento natural	30
7.5.- Las CCR	31
7.5.1.- <i>El cambio</i>	32
7.6.- La ética profesional en la intervención	35
7.6.1.- <i>La ética en relación a la personalidad</i>	36
8.- Evaluación.....	37
8.1.- La entrevista según la personalidad del paciente	37
8.2.- Otros instrumentos de la FAP	40
9.- Conclusiones	41
10.- Bibliografía	42

ψ Resumen

El contenido del presente trabajo final de grado de los estudios de psicología pertenecientes al área de clínica y salud, nace de la inquietud y la necesidad de dar respuesta ante los diversos problemas que se plantean en la intervención de los trastornos de la personalidad durante las sesiones clínicas, aspectos que se han considerado claves a la hora de seleccionar la psicoterapia analítica-funcional, por sus características y técnicas centrales, como posible intervención única o combinada adecuada para estos objetivos.

El desarrollo de esta propuesta por lo tanto, presenta unos objetivos específicos, por un lado, conseguir un mayor conocimiento en profundidad sobre la FAP como nueva psicoterapia de tercera generación dentro de las terapias cognitivo-conductuales, y por otro lado, esclarecer una posible línea de trabajo siguiendo con las bases de esta psicoterapia para tratar los diferentes trastornos de la personalidad.

Durante el desarrollo del proyecto se ha realizado una aproximación al panorama de las psicoterapias hasta la actualidad, analizando en mayor medida los fundamentos teóricos de la psicoterapia analítica-funcional y sus principales relaciones y diferencias más significativas con otros modelos, aspecto para el que se ha tenido en cuenta la eficacia, eficiencia y efectividad tanto de la FAP como de estos últimos.

Una vez realizada la introducción sobre la FAP, el siguiente tema central en el proyecto ha sido la personalidad, profundizando en las diferentes dimensiones de ésta y en mayor medida en los trastornos de la personalidad que serán los otros protagonistas principales de este trabajo, centrándonos en el cluster A, B y C. En este sentido, se ha considerado relevante realizar un análisis sobre la formación del YO desde una perspectiva conductual, sobre las diferencias individuales, el pensamiento y la emoción, todos ellos relacionados con la personalidad patológica o no, a pesar de que nos centraremos en la primera.

Para engarzar estas dos temáticas principales (la FAP y los trastornos de la personalidad) se ha procedido a relacionarlos mediante el concepto de relación terapéutica, eje central de la FAP, de manera que el rol que el terapeuta deberá adoptar ante los diferentes trastornos de la personalidad revisados ya para ese apartado, será el núcleo principal del proyecto.

No se dejarán de lado para ello aspectos relevantes de la intervención o la evaluación desde la psicoterapia analítica-funcional, así como una aproximación y sugerencia hacia las posibles cuestiones a atender ante una entrevista según las características de cada uno de los trastornos de la personalidad.

Por último, el trabajo finaliza con aquellas conclusiones que se han considerado más relevantes a la hora de ser destacadas, tanto para una posible creación de hipótesis como de cara a futuros objetivos a estudiar.

Ψ Summary

The content of this Final Year Project of Psychology studies pertaining to the clinical and health area, stems from the concern and the need to respond to the various problems that arise in the intervention of personality disorders during clinical sessions, these aspects have been considered the key to select functional-analytic psychotherapy, for its core features and techniques, as a possible unique or combined intervention suitable for these purposes.

The development of this proposal therefore, presents specific objectives, on the one hand, get a deeper knowledge on the FAP as new third generation psychotherapy within cognitive-behavioral, and on the other hand, to clarify a possible line of work following the rules of this psychotherapy to treat different personality disorders.

During the development of the project it has been an approach to landscape psychotherapies to the present, analyzing further the theoretical foundations of functional-analytic psychotherapy and its main similarities and differences with other models, something for which it has taken into account the efficacy, efficiency and effectiveness of both the FAP as of the last ones.

Once made the introduction of the poof, the next focus in the project was the personality, delving into the different dimensions of this and more on the personality disorders that will be the other main protagonists of this work, focusing on the cluster A, B and C. In this regard, it was considered important to conduct an analysis on the formation of Me from a behavioral perspective on individual differences, thought and emotion, all related to the pathological personality or not, even though they pay more attention to the first one.

To crimp these two main thematic (the FAP and personality disorders) it has been proceed to relate through the concept of therapeutic, FAP central axis, so that the role that the therapist should adopt to the different personality disorders reviewed and for that paragraph, it will be the main core of the project.

Not be put aside for that relevant aspects of the intervention or assessment from functional-analytic psychotherapy, as well as an approximation and suggestion to the possible issues to address before an interview according to the characteristics of each of the personality disorders.

Finally, the project ends with those conclusions that are considered most relevant to the time to be outstanding, both for creation of hypotheses to face the future goals studio.

Ψ Objetivos

Los objetivos principales del presente trabajo final de grado, se basan en considerar la psicoterapia analtica-funcional como aproximaci3n apropiada al tratamiento de los trastornos de la personalidad. Para ello, el proyecto se ha centrado en el trabajo de obtener datos en este sentido, que avalasen una muestra de los beneficios que aportar3a la uni3n de las diferentes herramientas que contiene la FAP para trabajar con los pacientes mediante la adopci3n de un rol adecuado por el terapeuta para cada

caso y circunstancia individual, todo ello, con el objetivo de vislumbrar los posibles cambios que se podrían suceder en la vida cotidiana de estos pacientes mediante el tratamiento en las sesiones clínicas.

Otros aspectos en los que se ha querido profundizar están relacionados con la importancia que representa la formación de la personalidad y las diferencias individuales a la hora de plantear la intervención, para lo que se ha intentado conseguir una visión general de todos los aspectos más relevantes que influyen en este proceso.

Se pretende en el trabajo por tanto, analizar en que grado el rol del profesional puede ser decisivo en la propia relación terapéutica, siguiendo la línea propuesta por la FAP. La idea principal es conseguir unas herramientas útiles para el desarrollo del trabajo del clínico que atiendan a las diferencias individuales de la personalidad, usando para ello técnicas en relación a su rol y a la relación terapéutica en sí misma, por ello se ha seleccionado la psicoterapia analítica-funcional como un posible complemento más a la intervención de los trastornos de la personalidad, ya que en su práctica cuenta con la creación de relaciones más profundas e intensas que posibilitan el trabajo en relación a los diversos problemas de estos pacientes, como por ejemplo, los problemas interpersonales.

ψ El Panorama Actual de las Psicoterapias

Durante los últimos años, las psicoterapias han avanzado espectacularmente en las distintas corrientes y modelos, hoy nos encontramos ante una gran cantidad y variedad de intervenciones psicoterapéuticas entre las que podemos destacar aquellas que provienen de la corriente cognitivo-conductual, las terapias humanistas o el psicoanálisis, éste último considerado como el padre de la psicología comenzando su trayectoria en solitario hasta los años cincuenta.

Para el desarrollo del presente trabajo, nos centraremos en las terapias de conducta y en el psicoanálisis, especialmente en este primer apartado, en el que revisaremos la evolución de estas terapias y más concretamente, analizaremos la aparición de la psicoterapia analítico-funcional como terapia de tercera generación.

♦ Revisión de las Terapias de Tercera Generación

Para comenzar este apartado, siguiendo a Mañas (2007), en las *Nuevas Terapias Psicológicas*, actualmente nos encontramos ante la tercera ola de las terapias de conducta y su interesante recorrido hasta lo que es en la actualidad, nos obliga a detenernos brevemente en este punto tanto para revisar la evolución que han realizado hasta el momento, como para analizar los contenidos de los que se ha nutrido la terapia de conducta.

Hasta principios del s. xx el modelo dominante en la psicología clínica era de enfoque psicoanalítico, por su lado, a finales del s. XIX comenzaba a surgir el conductismo (por Watson) y el conductismo radical (por Skinner), dando comienzo a la primera ola de terapias de conducta, así esta nueva perspectiva surgía como alternativa al psicoanálisis, basándose en los principios y leyes del comportamiento humano

establecidas cientficamente y mediante el trabajo en contingencias de reforzamiento o el control discriminativo de ciertos estmulos sobre la conducta.

La segunda ola surgiría en la dcada de los 70, aparecían así las terapias de segunda generacin o las también llamadas, terapias cognitivo-conductuales, manteniendo aún algunas de las tcnicas anteriores como el cambio por contingencias, pero centrándose en el pensamiento como objetivo principal de la intervencin, ya que el nuevo giro que proporcionaba el cognitivismo haría que se comenzara a considerar la cognicin como causa principal de la conducta y por tanto, causa y explicacin de los trastornos psicolgicos, entendiendo las cogniciones (creencias, pensamientos, expectativas y atribuciones) como causa de los problemas emocionales y conductuales. Los precursores de este nuevo enfoque de las terapias de conducta serían Ellis y Beck, formados ambos previamente en la terapia psicoanalítica y proporcionando una nueva visin al mundo de las psicoterapias.

Se comenz entonces a desarrollar programas estandarizados, comprobando la validez de su eficacia mediante la metodologa experimental, los modelos de procesamiento de la informacin estaban relacionados con el esquema del conductismo metodolgico (basado en el modelo de Watson) y contarían con el desarrollo de tratamientos psicolgicos eficaces, lo que les llevaría a un importante xito gracias a los datos que mostraban su eficacia, además, existía una clara semejanza con el modelo mdico que dominaba en el contexto terapéutico en ese momento, lo que facilitó su entrada en el medio clnico-sanitario. Parecía entonces, que todo eran xitos con la llegada de esta segunda ola de terapias cognitivo-conductuales, mientras el análisis aplicado de la conducta, basado en el conductismo radical skinneriano, continuaba por su lado, hasta ese momento desinteresado en la terapia.

Finalmente, hace unos años aparecerían las terapias de tercera generacin, que surgen bajo una fundamentacin empírica y de tradicin cognitivo-conductual, formando así un nuevo conjunto de estrategias en cuyos principios filosóficos se encuentra una base fenomenológica, determinista, pragmática y holística, desde su llegada los objetivos para producir el cambio en los pacientes comenzarían a tomar una nueva perspectiva dentro de un horizonte más amplio con respecto a las anteriores generaciones de terapia de conducta.

Entre ellas podemos destacar la *Terapia de Aceptacin y Compromiso (ACT)*, la *Psicoterapia Analítico-Funcional (FAP)*, la *Terapia de Conducta Dialéctica (DBT)*, la *Terapia Integral de Pareja (IBCT)* o la *Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT)*.

♦ Introducción y Fundamentos Teóricos de la FAP

Dentro de las diferentes terapias de tercera generacin, nos centraremos en este trabajo en la psicoterapia analítico-funcional, ya que es la que nos interesa para nuestros objetivos.

La FAP surge a finales de los 80 y principios de los 90, apareciendo primero de la mano de Jacobson, en relacin a la actuacin de los psicoterapeutas cognitivo-conductuales, sin embargo, serían Robert Kohlenberg (*profesor de psicología y Director de Clinical Training en la Universidad de Washington*) y Mavis Tsai (*psicóloga clnica y supervisora del entrenamiento de alumnos en la Universidad de Washington*) en 1987,

los que desarrollarían los principios de la FAP y más tarde publicarían un manual con sus propias características y técnicas.

Ambos autores afirman que se trata de una terapia dirigida a pacientes que o bien no mejoraron con la terapia de conducta tradicional o bien presentan problemas para establecer relaciones y/o padecen problemas interpersonales generalizados.

La FAP aparece como una nueva aportación de la terapia de conducta clásica, está basada en los principios del conductismo radical de Skinner y en los principios del análisis de conducta clínica, empíricamente validados.

Esta nueva y relevante terapia se aplica en el contexto de la relación terapéutica (en el ambiente y transcurso de la propia sesión terapéutica) de manera funcional, trabajando con las contingencias que se suceden durante la sesión, mediante la equivalencia funcional, el reforzamiento natural y el moldeamiento, todos ellos conceptos que revisaremos más adelante.

Se trata de realizar un análisis funcional de la conducta, especialmente de la conducta verbal, trabajando así el análisis y moldeamiento de este comportamiento verbal disfuncional en tiempo real, durante la sesión, usando la relación terapéutica como modelo de relación interpersonal que el paciente debe generalizar.

Sobre las conductas, la FAP no se refiere tan solo a las acciones observables, como se verá, también considera conductas a los procesos cognitivos como pueden ser pensar, sentir o creer (conductas privadas) entre otras, independiente de su carácter público o privado (aspecto que se desarrollará posteriormente en el presente trabajo).

Tanto las cogniciones, las emociones, como las acciones (verbales o no) se consideran por tanto conductas y como se verá, para la FAP no es tan solo una de ellas la que determinará las demás.

♦ Terapia de Conducta

Tal y como se ha revisado anteriormente, la terapia de conducta tiene sus inicios a finales de los años 50 y tal y como se puede observar, actualmente sigue en pleno desarrollo, progresando y evolucionando rápidamente.

La TC se basa en la aplicación de los principios del aprendizaje (condicionamiento clásico, condicionamiento instrumental u operante y aprendizaje observacional o vicario) en relación a la conducta y por tanto intervendrían en la adquisición de los comportamientos de los sujetos.

Desde esta terapia cada acción está sometida a comprobaciones empíricamente validadas mediante la experimentación científica, con la que está profundamente comprometida. La TC comenzó a llamarse terapia cognitivo-conductual, desde que en los años 60 se incorporara formalmente el aspecto cognitivo como relevante y significativo en el interior de la intervención. Por tanto, desde esta terapia la evaluación se realiza desde un análisis funcional de la conducta del sujeto a nivel motor, cognitivo y fisiológico.

Sobre la relación terapéutica, la terapia de conducta otorga una especial importancia a diferentes aspectos como la aceptación incondicional, la autenticidad y la empatía, todos ellos como actitudes que el rol terapéutico debe abarcar, sin embargo, se presta más atención a las técnicas de intervención que a las características concretas de

cada relación terapéutica en sí misma, algo que como vamos a ir observando a lo largo del trabajo, será distinto bajo la perspectiva de la psicoterapia analítica-funcional.

♦ Psicoanálisis

Sigmund Freud, es considerado el fundador del psicoanálisis que como se ha señalado, fue una corriente considerada como raíz de la psicología clínica hasta los años 50, en los que comenzaría a aparecer la terapia de conducta.

Una de las técnicas principales de la terapia psicoanalítica es la asociación libre, en la que el paciente debe expresar todos sus pensamientos y sentimientos tal y como le vienen a la cabeza, este proceso se realiza sin excluir ni seleccionar ninguna parte de la información, es un proceso sin juicios por parte del paciente y por su parte, el analista, también debe atender a toda la información sin priorizar ningún aspecto por encima del otro.

Pero entre las características principales del psicoanálisis, también cabe señalar que Freud fue el primero en advertir la importancia que tenía la relación terapéutica que se daba en el transcurso de las sesiones psicoanalíticas y de la transferencia como un elemento básico de esta relación. Este proceso se refiere a la proyección por parte del paciente de deseos y sentimientos que podría haber tenido hacia una persona de su pasado y que transfiere sobre su psicoanalista, reviviendo así los deseos inconscientes de la infancia (reproduciendo la neurosis infantil), cuando el paciente conoce los motivos inconscientes de su conducta comienza a mejorar y a vencer las resistencias. Como vemos, la transferencia es un aspecto esencial en la terapia psicoanalítica y un movilizador del cambio en el paciente.

Por otro lado, la contratransferencia se refiere a los sentimientos que el psicoanalista experimenta hacia el paciente frente a la transferencia de éste, sin embargo, de manera diferente a la transferencia, estos afectos deberán ser controlados, ya que el analista debe mantener una posición neutral durante todo el proceso.

♦ Comparación y Combinación de la FAP con otros Modelos

La psicoterapia analítica-funcional no solo se propone como una forma de terapia más, además, la FAP también cuenta con una aproximación integradora que puede ser combinada con prácticamente cualquier tipo de terapia, con independencia de la procedencia teórica de la segunda, con lo que se podría incrementar la eficacia así de otras intervenciones.

La FAP junto con la terapia de aceptación y compromiso (ACT), forma parte de la perspectiva más amplia del análisis de la conducta clínica, de hecho ya existen propuestas para poder integrar ambas terapias dando lugar a la terapia analítico-funcional de aceptación y compromiso (FACT).

Ambas terapias, suponen un avance en relación a otros planteamientos clásicos y superan en algunos casos ciertas limitaciones de éstos.

En relación a lo planteado en los apartados anteriores, como se puede observar, la terapia de conducta clásica no ha prestado una especial atención a la relación

terapéutica o al rol del terapeuta en la consulta. Es cierto, que actualmente se dispone de ciertas técnicas que influyen en la motivación del paciente, en la adherencia al tratamiento y por tanto en la propia relación terapéutica, como pueden ser la aceptación incondicional, la empatía, la autenticidad o la calidez del terapeuta hacia el paciente. Sin embargo, la relación terapéutica en sí misma, no es la base ni la clave de esta corriente, aunque tiene en común con la FAP el análisis funcional de las conductas del paciente.

Estos aspectos, pueden ayudar al lector a imaginar la incidencia que tendría el uso combinado de ambas terapias (TC Y FAP) en relación a la eficacia y a los beneficios que la intervención conjunta podría suponer al paciente. En este sentido y como ejemplo, podemos ver el estudio proporcionado por Gaynor y Lawrence (2002), en el que según la interpretación de los autores, una intervención con base comportamental y analítica aumentaría la eficacia del tratamiento cognitivo-conductual disponible hasta el momento para hacer frente a la depresión en la adolescencia, para ello se basaron en las relaciones interpersonales y en el aprendizaje que ocurría durante la sesión terapéutica en vivo (tal y como propone la FAP) y por otro lado en la propia TC, los buenos resultados obtenidos lanzaban una inicial evidencia a favor de esta fusión entre ambas modalidades terapéuticas, lo que nos puede aportar esperanza de cara a nuevos objetivos terapéuticos.

Comparando ahora la psicoterapia analítica-funcional con la terapia psicoanalítica, se podría comenzar diferenciando la actitud del terapeuta, mucho más activo y directivo en la FAP, sin embargo, ambas terapias prestan en sus contenidos un especial interés en la relación terapéutica que para ambas es la base por la que se produce el cambio en los pacientes aunque con ciertos matices diferentes.

Por ejemplo, el concepto de transferencia del psicoanálisis difiere con el de la relación terapéutica emotiva de la FAP tanto en el modo de entenderla como en el modo de usarla, para la FAP, la transferencia se entiende de un modo funcional y como generadora de conductas clínicamente relevantes, no se produce una transferencia tal y como la expone el psicoanálisis, sino que se trata más bien de una transferencia funcional del sujeto en relación al contexto cotidiano y que se expresaría en diferentes formas de conducta.

♦ Eficacia, Efectividad y Eficiencia de la FAP

Corrían los años 50 cuando Eysenck defendía que el no tratamiento durante un tiempo prolongado era más efectivo que cualquier psicoterapia, sin embargo, alrededor de 20 años después se demostraría que el tratamiento psicoterapéutico era más efectivo en aproximadamente el 80% de los casos, según los estudios realizados.

Sobre la afirmación de Eysenck sin embargo, sería relevante comentar que en ciertos casos y bajo ciertas condiciones, el paso del tiempo podría hacer que se redujeran algunos síntomas en determinados trastornos, así por ejemplo, siguiendo a Belloch y Fernández-Álvarez (2008), la impulsividad como síntoma del trastorno límite de la personalidad, suele reducirse a partir de aproximadamente los 40 años de edad, por otro lado, un antisocial podría dejar de realizar conductas delictivas conforme va aumentando en edad, este aspecto no debe confundir, ya que más que hablar de los beneficios por el paso del tiempo a los que se refería Eysenck, se podría hablar de una remisión parcial de la intensidad de ciertos síntomas del cuadro de estos trastornos o bien por la variable edad o bien por el contexto, ya que entre las posibilidades del antisocial del ejemplo anterior, éste podría perder agilidad o cambiar de amistades o

incluso ingresar en prisión con el tiempo, por lo que habría menos probabilidad de cometer más actos delictivos.

La demostración de la efectividad de las psicoterapias provocó el surgimiento de una gran cantidad de alternativas de intervención, por lo que la psicología se planteó la tarea de analizar en más profundidad conceptos como la eficacia, la efectividad y la eficiencia mediante estudios científicos con el fin de poder establecer cuales eran aquellas intervenciones que podían aportar más beneficios a los pacientes al menor coste posible.

Sin embargo, aún en la actualidad no todas las terapias y corrientes se prestan a realizar dichos estudios, según la guía presentada por Pérez, Fernández, Fernández y Amigo (2011), la mayoría de ellas pertenecen a la corriente cognitiva-conductual, aunque lamentablemente, la FAP aún no cuenta con estudios lo suficientemente rigurosos en su diseño y en su aplicación para poder valorar la eficacia de esta psicoterapia, sin embargo, los estudios actuales y las bases sobre las que se fundamenta la FAP (bases sólidas y empíricamente validadas), demuestran que en un futuro próximo podría ser una de las psicoterapias de elección.

Por otro lado, algunos de los motivos que podrían hacer pensar que la FAP puede ser una terapia eficaz, podrían estar relacionados con la importancia que se le otorga a la influencia que ciertos aspectos del cliente, del terapeuta o de la propia relación parecen tener en la eficacia de las terapias en general.

Estos aspectos podrían ser interesantes de cara a futuros estudios de la FAP.

⇒ Aspectos del cliente: se considera uno de los aspectos con más peso sobre la terapia y se refiere a sus círculos sociales de apoyo, al ambiente familiar, a los procesos cognitivos individuales o los costes y beneficios que éste obtenga con la terapia (por ejemplo en relación a una terapia breve o larga) entre otros.

⇒ Aspectos de la relación: algunos autores consideran que este aspecto podría tener en torno a un 30% del peso de la eficacia de la terapia, se refiere a factores que se dan en la relación terapéutica como pueden ser la empatía o la aceptación incondicional. Por otro lado, el aspecto emocional que se da entre paciente y terapeuta podría ser clave en este punto y como ya sabemos, la FAP lo considera en la base de su intervención como uno de los elementos principales.

⇒ Aspectos del terapeuta: los aspectos subjetivos del terapeuta también son importantes para estimar la eficacia del tratamiento, algunos de ellos podrían perjudicar el tratamiento según Belloch y Fernández-Álvarez (2008), quienes apuntan a los prejuicios y estereotipias por parte del clínico, como por ejemplo, considerar que ciertos rasgos de la personalidad son más típicos en mujeres que en hombres o a la inversa.

Continuando con la FAP, a pesar de la escasez a día de hoy de estudios concluyentes que muestren su validez empíricamente, como se ha apuntado ya, todo parece indicar que en un futuro próximo se podrían mostrar datos positivos sobre la eficacia, efectividad y eficiencia de esta psicoterapia, ya que desde la publicación por parte de Kohlenberg y Tsai del manual de psicoterapia analítica-funcional, se han realizado diferentes estudios en relación a la FAP bajo diversos grupos de trabajo como los de la Universidad de Washington, la Universidad de Wisconsin y la Universidad Estatal de San José (Bolling, Kohlenberg y Parker, 2000; Callaghan, Summers y

Weidman, 2003; Kohlenberg, Kanter, Bolling, Wexner, Parker & Tsai, 2004), los cuales han estudiado la efectividad y la eficacia de la FAP, y se puede señalar como el trabajo más importante el de Kohlenberg, Kanter, et al (2002), en el que se intervino el trastorno depresivo en dos grupos de sujetos, por un lado mediante la terapia cognitiva de Beck y por otro, mediante la terapia cognitiva de Beck y la FAP combinadas, para el primer caso, se obtuvo una mejora en un 60% de los pacientes, mientras que en el segundo grupo que incorporaba la FAP además de la terapia cognitiva, mejoraron un 79%, lo que lanza resultados prometedores tal y como apuntaba anteriormente hacia el uso combinado de la FAP con otras terapias.

En otro estudio, Callaghan, Summers y Weidman (2003), intervinieron en el tratamiento del trastorno de la personalidad histriónica y narcisista mediante la psicoterapia analítica-funcional, del que se produjeron así mismo cambios relevantes en el comportamiento, aunque los datos no se pueden considerar concluyentes hasta el momento, los resultados proporcionan información positiva sobre la FAP como intervención para tratar los problemas difíciles y de larga duración como en el caso de los trastornos de la personalidad, tal y como se propone desde este trabajo.

Por el momento, deberemos permanecer a la espera para poder obtener resultados más concluyentes que muestren la validez empírica en la psicoterapia analítica-funcional, se continuará avanzando por ahora con esos primeros datos que ya arrojan resultados favorecedores en este sentido.

ψ La Personalidad

El concepto de personalidad es amplio y complejo, con diferentes propuestas sobre modelos y definiciones, por ejemplo, el modelo de rasgos de la personalidad resalta especialmente cuatro constructos que definen las diferencias individuales (la constitución, el carácter, el temperamento y la inteligencia) dentro del concepto de la personalidad.

Por otro lado, entre las diversas definiciones propuestas por diferentes autores para este concepto, podemos seguir la ofrecida por Belloch y Fernández-Álvarez (2008), en la que la personalidad es el modo en que diferentes procesos y estructuras del funcionamiento psicológico se integran en el ser humano configurando así un modo de ser en las personas; sería pues, un modo de ser que permanece relativamente estable a lo largo de la vida, como una regla que prevalecería tanto para aquellas personalidades que consideramos *sanas o normales* como para aquellas que consideramos *perturbadas o anormales*.

♦ Las Dimensiones de la Personalidad

Dentro de los diferentes modelos propuestos para las dimensiones de la personalidad, Hans Eysenck (1916-1997) propuso la existencia de tres dimensiones en ésta, las cuales explicarían las diferencias individuales entre la conducta de las personas. A continuación se realizará una pequeña descripción de cada una de ellas:

- 1.- *Estabilidad Emocional/Neuroticismo*: esta dimensión se refiere al grado en que las personas tienen control sobre sus sentimientos. Por un lado, aquellas personas que gozan de estabilidad emocional, presentan un buen carácter y se

adaptan al medio de manera positiva. Por otro lado, se encuentran aquellas personas que presentan un mal carácter, que se muestran inestables y ansiosas ante diferentes situaciones, tareas o problemas que deben abordar, son personas que padecen una baja tolerancia al estrés.

- 2.- *Extroversión/Introversión*: esta dimensión muestra la forma en la que las personas se vinculan con los demás socialmente. La extroversión está formada por un factor de impulsividad y otro de sociabilidad, la muestran aquellos individuos especialmente activos y dinámicos. Por otro lado, la introversión es una característica presente en personas reservadas, tranquilas y poco sociables.
- 3.- *Psicoticismo*: esta dimensión se refiere al grado de conexión de las personas con la realidad, se relaciona con la empatía y la agradabilidad de las personas en las relaciones con los demás. Aquellas que han perdido esta conexión, se muestran como personas solitarias, problemáticas e inmaduras, sin embargo, las personas que mantienen la conexión con la realidad, son personas maduras, sociables y seguras de sí mismas.

Por otro lado, cabe resaltar que esta dimensión presenta dos componentes importantes en este modelo, uno se refiere al de psicopatía (conductas antisociales y de transgresión) y otro se refiere al de esquizotípia (distancia, frialdad emocional e indiferencia).

♦ La Formación del YO desde una Perspectiva Conductual

Siguiendo con la psicoterapia analítica funcional, como protagonista principal del presente proyecto, en este apartado se aprovechará para añadir otra de sus relevantes aportaciones, una teoría sobre la formación del YO desde una perspectiva conductual. Es oportuno considerar el YO desde esta perspectiva, ya que es un concepto relevante que continuamente aparece en el transcurso de las intervenciones psicológicas, además, de que podríamos considerar la FAP como una posibilidad de hacer frente a los problemas psicopatológicos del YO, por ejemplo, en los trastornos de la personalidad. Kohlenberg y Tsai (2001), basándose en la Teoría Conductual del Lenguaje, defienden que las personas se refieren a sí mismas como “yo”, una autoreferencia que está bajo el control de estímulos relevantes, tal y como veremos a continuación. Para estos autores, la palabra YO es una unidad funcional que aparece a partir del aprendizaje verbal del niño dentro de unidades más largas.

En primer lugar, a modo de clarificar ciertos conceptos, se señalarán las diferencias entre un evento privado y un evento público.

El primero se refiere a aquel que ocurre en la experiencia de quien habla, son esas experiencias internas que suceden en uno mismo y que mediante estímulos internos le dicen quien es, que siente, que tiene... (yo soy Marta, yo me siento alegre, yo tengo calor...), por el contrario, con estímulo público nos referimos a la experiencia que se puede percibir por los demás (la presencia de Marta, la sonrisa en los labios, darse aire con la mano...).

Como se puede observar, existe una diferencia clara entre estímulos privados y públicos, y la formación del YO es clave en relación a estos conceptos, para que las

personas consigan dicha formación, se pueden distinguir tres etapas del desarrollo de la conducta verbal:

- 1ª.- En esta primera etapa, el niño aprende unidades pequeñas como pueden ser (mamá, luz, calor...) y unidades funcionales más grandes como pueden ser (yo tengo calor, yo veo a mamá...), ésta se trata de una actividad privada del niño (él tiene calor o él ve a mamá) y, como vemos, el “yo”, no se aprende como una unidad pequeña e individual aquí, sino que se aprende dentro de una unidad más grande y funcional, éstas son la base de la teoría y están controladas por estímulos privados de quien habla, es la experiencia de quien *es*, de qué *tiene...*(*yo soy, yo tengo...*), en esta fase, es importante que los padres aprendan a detectar cuando están ante esta experiencia privada del niño (observando estímulos públicos) para poder ayudarle (los indicadores públicos que pueden observar sería la orientación del niño hacia un objeto o hacia su madre, por ejemplo, girando la cabeza, señalando con el dedo...).

De no advertir los padres este tipo de experiencias en el niño, como veremos podrán sucederse diversos problemas.

- 2ª.- En esta etapa, tras el aprendizaje de unidades funcionales mayores (“yo veo a mamá”) aparecen unidades funcionales más pequeñas del tipo “yo veo”..., como elemento común en todas las fórmulas, las cuales están controladas así mismo por estímulos privados.

En este punto, el control paterno va siendo menos frecuente en aquellos ambientes que consideramos normales, al contrario de lo que ocurriría en los invalidantes hacia la experiencia del niño, tal y como se verá.

- 3ª.- Finalmente, en la tercera etapa ocurre la consolidación de la unidad funcional menor, el “yo” emerge con la experiencia del “yo”, ocurre de manera similar a como ocurría “mamá” o “calor” en la primera fase, la experiencia del “yo” estará, como hemos comentado, bajo estímulos privados y necesita un aprendizaje dentro de una unidad más amplia y larga y los segundos están bajo el control de estímulos públicos, pudiéndose aprender como unidades independientes. Aquí el YO aparece como un elemento común en todas las situaciones “yo...” (*veo, tengo, quiero...*).

La experiencia del YO se ve como una perspectiva en vez de algo físico, es algo que se experimenta independientemente de la edad u otros factores, como la conciencia interna de las personas. El YO es accesible en el sentido de que es susceptible a nuestra observación, es decir, a que podamos observar que hacemos, sentimos o pensamos.

Una vez explicadas las diferentes fases, se puede pasar a ver las posibles patologías asociadas a un proceso como el anterior mal resuelto.

Bajo esta teoría, podríamos considerar un desarrollo normal sin patología alguna, en aquellos niños que van acompañados siempre de sus propios estímulos privados, que controlan el YO y que explican una conciencia adecuada y permanente en éste, que permanece tranquila e inmutable.

Sin embargo, una vez llega la adquisición del lenguaje, cada uno terminará con un control más o menos privado del YO, cuando aparecen problemas en este sentido, podemos pensar en un ambiente de aprendizaje temprano en el que no se han producido

suficientes estímulos privados del YO, aquí el grado de severidad dependerá de la falta de control privado sobre numerosas unidades “yo...” que los padres no hubieran enseñado o atendido. Por otro lado, normalmente los padres suelen invalidar la experiencia privada del niño cuando están ante verbalizaciones del tipo “no quiero ir”, por ejemplo, a lo que los padres podrían contestar que sí quiere ir, que otras veces lo ha pasado muy bien..., pasemos a ver entonces, algunas de estas patologías asociadas:

- 1ª.- *El YO Inestable o Inseguro*: puede surgir cuando se ha impedido en cierta forma la emergencia del YO, lo que estaría relacionado con el contexto de crianza. Ante este problema, puede ocurrir que la persona no se sienta segura de quien es, así, actividades como querer, ver o sentir (estímulos privados) estarían bajo estímulos de control público y la experiencia del YO estaría, así mismo, en cierto modo bajo este control dependiendo de ciertas circunstancias. En definitiva, estamos hablando de que la falta de control privado dificultará responder sobre sus propios valores o deseos, será más sensible a las opiniones o creencias de otros y cambiará su forma de ser en relación a situaciones de intimidad o situaciones formales, en las que experimentará que deja de ser uno mismo, ya que estará bajo el control público de estos estímulos.

Esto ocurre cuando los padres son muy inconsistentes con sus propias reacciones a los estímulos públicos evidentes de los niños, los padres inestables en vez de ayudar ante las primeras experiencias del YO, reforzarán solo ante aquellos estímulos muy evidentes públicos, también podría ocurrir que se invadieran los deseos del niño y por ello éste presentara una sensibilidad extrema tanto a las opiniones, como a las críticas de los demás.

- 2ª.- *Trastorno Límite de la Personalidad*: en este trastorno existe una ausencia del control privado del YO que podría ser la causa de uno de los síntomas típicos de éste, la inestabilidad emocional que suele aparecer en la mayoría de los pacientes con trastorno límite de la personalidad.

Este problema, podría ocurrir especialmente cuando el contexto de crianza se ha basado en un estilo parental invalidante, según Linehan (1993), este problema se debe sobretodo a una falta de reforzamiento positivo cuando se está ante el control privado de respuestas “yo...” por parte de los padres hacia los niños.

Desde la psicoterapia analítica funcional, los métodos basados en una relación estrecha, actúan como el ambiente en que puede cambiarse de control público (terapeuta) a privado (paciente).

Los individuos difieren en el grado de control de estímulos públicos y privados en la formación de su personalidad, lo que podría ser un buen predictor de las diferencias entre poblaciones clínicas y es un indicador útil para poder crear una estrategia de intervención acorde a la situación individual de cada caso.

♦ Psicopatología de la Personalidad, Aspectos Cognitivos y Conductuales

La psicopatología de la personalidad se clasifica en el Eje II del DSM-IV-TR, y según la propia definición que aparece en éste manual, se refieren a un repertorio de conductas con carácter permanente e inflexible de la experiencia interna (privada) y de

comportamientos que se alejan de las expectativas de la cultura del sujeto, en los que normalmente, no suele aparecer una conciencia del problema.

En este apartado, vamos a centrarnos en los trastornos de la personalidad de Cluster A, B y C.

- **Cluster A:** Es el primer grupo de trastornos de la personalidad y se caracteriza especialmente por presentar conductas extrañas o inusuales, son personas que suelen mostrar retraimiento y/o aislamiento social y presentan una sintomatología en cierta forma parecida a la esquizofrenia, sin embargo, en estos casos se trata de una manera más leve y con una duración limitada y aunque aparecen con más frecuencia que la esquizofrenia, es el grupo de TP menos habitual.

Se exponen a continuación los tres trastornos de la personalidad que forman este grupo:

- Trastorno Paranoide de la Personalidad: Son personas desconfiadas sin justificación alguna hacia los demás, por miedo a que la información que obtengan de ellos pueda volverse en su contra. Presentan tendencia al aislamiento, ya que suelen padecer ansiedad social y por ello no suelen tener un círculo amplio de amistades. Son personalidades sensibles a las críticas y su manera de expresarse, a menudo extraña, atrae las burlas de otros. Son reacios al perdón y muestran una predisposición acentuada a los celos patológicos. Presentan autorreferencias constantes (se sienten excesivamente importantes).
 - Dimensiones de la Personalidad: Rasgos de neuroticismo, ausencia de cordialidad y psicoticismo.
- Trastorno Esquizoide de la Personalidad: Son personas que suelen fracasar continuamente en las relaciones interpersonales y que muestran una restringida capacidad para expresar emociones, por lo que no suelen tener pareja y buscan empleos en los que no se exija demasiada interacción. Se muestran indiferentes a las alabanzas o a las críticas y suelen presentar anhedonia crónica. Millon sugiere en este TP una cierta predisposición heredada a la inactividad que combinado con un ambiente familiar, social y/o emocional empobrecido, interferirían en un desapego emocional e interpersonal.
 - Dimensiones de la Personalidad: Introversión, ausencia de cordialidad y psicoticismo.
- Trastorno Esquizotípico de la Personalidad: Son personas desconfiadas y con un marcado aislamiento y ansiedad social mostrando su incomodidad en este tipo de situaciones, por ejemplo evitando el contacto ocular. Estos individuos suelen presentar trastornos cognitivos y ciertas distorsiones perceptivas. Son personas en las que se puede apreciar diversas excentricidades en su comportamiento como puede ser hablar solos en público, vestir de forma peculiar, mostrar un lenguaje extraño o una afectividad inapropiada, entre algunas de estas conductas, también podemos observar como en ocasiones pueden mostrar una risa inapropiada hablando de sus problemas.
 - Dimensiones de la Personalidad: Introversión, neuroticismo, ausencia de cordialidad y psicoticismo.

- **Cluster B:** Es el segundo grupo de los trastornos de la personalidad y se

caracteriza especialmente por una marcada inestabilidad y por ciertas dificultades a la hora de controlar sus impulsos. A menudo, son personas dramáticas, excesivamente emocionales e impulsivas que suelen mostrar una escasa capacidad de empatía a la vez que en numerosas ocasiones suelen violar las normas sociales, por ello en algunos casos se pueden percibir como personas egoístas que desprecian los intereses, necesidades y derechos de los demás.

Se exponen a continuación los cuatro TP que aparecen para este grupo:

- Trastorno Antisocial de la Personalidad: Son personas que suelen mostrar un comportamiento inadecuado e irresponsable, además, suelen vulnerar continuamente los derechos de los demás y cometer a menudo actos ilegales o agresivos, ya que presentan un patrón permanente de desprecio. Entre algunos de sus actos impulsivos, pueden encontrarse las prácticas sexuales de riesgo entre otras.
 - Dimensiones de la Personalidad: Neuroticismo, ausencia de cordialidad y minuciosidad.

- Trastorno Límite de la Personalidad: Son personas en las que prevalece una ausencia del control privado del YO, lo que podría ser la causa principal de la inestabilidad típica de este trastorno, que como veíamos anteriormente, puede ser por consecuencia de un estilo parental invalidante. Esta ausencia de estímulos discriminativos privados que controlen el YO, podría ser también la causa del vacío (como algo que falta en el interior) que suelen experimentar estos pacientes, así como otra de las consecuencias, que sería el hecho de sufrir demasiada influencia por parte de los demás sobre su experiencia del yo, resultando todo esto en autoconcepto y valoración demasiado bajos. A menudo, estas personas presentan una emocionabilidad y unas relaciones interpersonales con tendencia negativa. Suelen mostrar crisis esporádicas de agresividad o autolesión, llanto e irritabilidad entre otros, tanto por pensamientos negativos como desadaptativos recurrentes.

Son personas muy impulsivas, en ocasiones manipuladoras y se suelen ofender con mucha facilidad, en la mayoría de casos sienten falta de cariño, sin embargo, la falta de seguridad sobre quienes son o sobre que quieren, les provoca importantes problemas a nivel personal y social.

 - Dimensiones de la Personalidad: Neuroticismo.

- Trastorno Histriónico de la Personalidad: Son aquellas personas que muestran la imagen más extrema de la femineidad. Suelen ser pacientes inmaduros, egoístas, superficiales, sugestionables y con una exagerada preocupación por la atención de los demás y por la propia apariencia, mostrando en numerosas ocasiones comportamientos de coqueteo en situaciones inadecuadas. No suelen tener relaciones sentimentales óptimas y presentan actitudes dramáticas y teatrales, en ocasiones, con reacciones afectivas exageradas hacia personas con las que realmente no existe una relación cercana.
 - Dimensiones de la Personalidad: Neuroticismo y extroversión.

- Trastorno Narcisista de la Personalidad: Son personas que se caracterizan por sus aires de grandiosidad y de necesidad de ser admiradas todo el tiempo, además de por su incapacidad para empatizar con los demás. Suelen sobrevalorar sus capacidades, cualidades y logros continuamente, preocupándose por sus fantasías de éxito y poder, se consideran superiores al resto y por ello buscan relaciones que consideran que están a su altura, a su propio estatus. Exigen continuamente un trato especial por parte del resto, ya que creen que sus necesidades tienen prioridad sobre los demás. Presentan conductas y cogniciones de envidia hacia los éxitos y pertenencias de otros y al mismo tiempo, creen que son envidiados. En las relaciones sociales se muestran con una excesiva autosuficiencia y suelen utilizar a terceros para conseguir sus propios fines.
 - Dimensiones de la Personalidad: Neuroticismo y extroversión.

- **Cluster C**: Es el tercer grupo de los trastornos de la personalidad, son personas con un alto nivel de ansiedad o miedo, normalmente, por temor a perder el control, además suelen presentar a menudo alteraciones emocionales importantes. Se exponen a continuación los tres TP de este grupo:
 - Trastorno de la Personalidad por Evitación: Son personas que evitan continuamente y de modo activo involucrarse en relaciones sociales, ya que sufren sentimientos de inadecuación hacia sí mismos y son extremadamente sensibles a la evaluación negativa de los demás. Se muestran tímidos y retraídos, algo que podría deberse al rechazo o a la censura por parte de los padres, ya que al igual que en el caso del trastorno límite de la personalidad, éstos también presentan problemas en cuanto al control privado del YO.
 - Dimensiones de la Personalidad: Introversión y neuroticismo.

 - Trastorno de la Personalidad por Dependencia: Son personas con una extrema necesidad de ser cuidados por otros, por lo que suelen mostrarse sumisos mediante sentimientos de apego y de miedo a perder la protección que les proporcionan. Dejan que los demás tomen las decisiones sobre áreas importantes de sus vidas, como vemos, nuevamente, se trata de otro problema del control interno del YO. A menudo, estos pacientes podrían llegar a soportar malos tratos viéndose incapaces de cuidar de sí mismos.
 - Dimensiones de la Personalidad: Neuroticismo.

 - Trastorno Obsesivo-Compulsivo de la Personalidad: Son personas excesivamente ordenadas, organizadas y meticulosas. Suelen ser muy perfeccionistas en sus tareas y excesivamente dependientes de las reglas y las normas. Tienen tendencia a volcarse en el trabajo y dejar actividades de ocio de lado, ya que las consideran una manera de perder el tiempo. A menudo, son personas tacañas que consideran que deben controlar los gastos por las posibles desgracias futuras. Bajo este trastorno podríamos pensar nuevamente en un posible estilo parental demasiado controlador y perfeccionista.
 - Dimensiones de la Personalidad: Neuroticismo.

Como se puede observar, en la base de los trastornos de la personalidad, existe siempre un patrón disfuncional en el comportamiento y en las relaciones íntimas, causando como norma general problemas interpersonales que desde el presente trabajo se considera que se podrían abordar desde la psicoterapia analítica funcional mediante la creación de una relación terapéutica adecuada a cada caso y situación individual.

En la actualidad, no se dispone de un tratamiento de referencia bien consolidado y establecido para los trastornos de la personalidad en general, excepto en el caso del tratamiento de Linehan (Terapia Cognitivo-Conductual Dialéctica o DBT), dirigido al trastorno límite de la personalidad, otros hasta el momento permanecen en fase experimental según Pérez y col. (2011). Desde este proyecto, se propone la FAP como complemento a las intervenciones que se realizan actualmente dirigidas a los TP.

♦ Diferencias Individuales en el Comportamiento

Como se ha observado en el apartado anterior, dependiendo del tipo de personalidad de cada individuo, se sucederán diversos repertorios de conductas y cogniciones, además, dentro de cada tipo de personalidad, no se debe descuidar las diferencias individuales que a su vez se presentarán en cada uno, es decir, la etiqueta nos indica ciertos rasgos y variables comunes en ese grupo de personas, sin embargo, siempre existen diferencias en unas u otras características más o menos sustanciales según los casos.

Los ámbitos de la conducta humana se pueden estructurar según cuatro procesos que configuran la estructura de la personalidad propia de cada individuo, éstos se articulan en cuatro constructos que según la psicología de las diferencias individuales, se definen como descriptores del estilo de la conducta y que la psicología de la personalidad entiende como elementos integradores de la estructura de la personalidad.

Se relacionan así:

- *Procesos cognitivos-inteligencia:* se refiere aquí al componente cognitivo de la conducta y se relaciona con el rendimiento y con el componente genético de las personas. Este aspecto está sometido a la maduración y al desarrollo individual.
- *Procesos conativos-carácter:* se refiere a los valores, las actitudes, las creencias o las necesidades de los individuos, son aspectos que se aprenden por medio de diversos procesos de socialización y van evolucionando durante el ciclo vital de una persona.
- *Procesos emocionales-temperamento:* éste se refiere a las disposiciones emocionales del individuo, es un componente genético que suele mantenerse estable a lo largo del ciclo vital y que se manifiesta en el individuo desde momentos muy tempranos de su vida.
- *Procesos biofísicos-constitución:* es la estructura biofisiológica del individuo, la cual se sustenta en el funcionamiento de los sistemas orgánicos, por lo tanto es considerada la responsable de los procesos de salud y enfermedad.

Como se va observando, dentro de la estructura de la personalidad influyen múltiples componentes y procesos, cabría nombrar también la importancia de las diferencias culturales, los valores, las creencias, etc. Como se verá, estos aspectos tendrán mucho que ver con la variable ambiente y ésta también tiene mucho que aportar en este sentido hacia la creación de la personalidad.

♦ Genética y Ambiente en la Personalidad

Una vez ya adentrados en el interior de las diferencias individuales y su repercusión en la personalidad de los individuos, se puede profundizar en las variables más importantes en relación a esta temática, la genética y el ambiente, ya que la variabilidad de las personas tiene una explicación tanto de origen genético como ambiental, por ello, es conveniente realizar un pequeño repaso por este sendero para clarificar conceptos importantes en el desarrollo de la personalidad.

Comenzando por la genética de la conducta, ésta se centra en el análisis de las diferencias individuales de una determinada población, al analizar la influencia genética sobre la conducta se pueden distinguir tres enfoques:

- 1.- *Enfoque Centrado en el Gen*: se basa en el efecto genético simple, es decir, estudia como un gen o genes influyen sobre la conducta humana. Desde aquí no se admitirían diferencias entre especies.
- 2.- *Enfoque Centrado en la Fisiología*: estudia los intermediarios fisiológicos entre los genes y la conducta, es decir, el papel de las proteínas, el ambiente, etc. En este caso sí se admite que puedan haber diferencias interespecies pero no intraespecies.
- 3.- *Enfoque Centrado en la Conducta*: estudia las conductas y asume las variaciones que se puedan presentar en cuanto a interespecie e intraespecie. Este es el enfoque asumido por la genética de la conducta y el que aquí nos interesa para este trabajo.

Se puntualizarán aquí, dos conceptos más, la varianza genotípica y la varianza fenotípica.

La varianza genotípica es la que sucede por la influencia de los genes y por la de tres posibles factores: *varianza genética aditiva* (efecto de la suma de todos los alelos que afectan a un rasgo), *varianza genética por dominancia* (por la interacción intralocus de los alelos) y *varianza genética por el efecto de la epistasis* (desviación del efecto aditivo por la interacción interloci).

La varianza fenotípica por otro lado, es la variabilidad de un rasgo psicológico; el fenotipo define la expresión que se puede observar de cualquier rasgo resultante por las influencias de la genética y del ambiente, de manera que ante el desarrollo de cualquier trastorno de la personalidad tendremos en cuenta que en éste han ejercido influencia estas dos variables: genética y ambiente.

Una vez aclarados estos conceptos, se verá ahora la heredabilidad, un tema de constante recurrencia en el asunto de la personalidad.

La heredabilidad es la proporción del total de varianza fenotípica debida a la variación genética (varianza genética aditiva exclusivamente); ésta se estima a partir de correlaciones entre familiares que nos indican la proporción de varianza que covaría por razones genéticas y nos permite saber hasta que punto se parecerá la descendencia a sus progenitores (en cuanto medida heredarán ciertos rasgos de la personalidad según lo que nos interesa).

Por otro lado, la heredabilidad en sentido amplio, es la proporción de varianza fenotípica de la población por diferencias en los genotipos de los individuos, lo que nos permite conocer las proporciones relativas en las que las diferencias individuales en una aptitud se deben a las diferencias genéticas o ambientales. Como se observa, aquí

comienza a tener más sentido el hecho de no recurrir constantemente a las mismas herramientas ante una etiqueta diagnóstica, ya que aunque nos sirve de guía, las diferencias individuales pueden ser considerables incluso entre familiares, teniendo en cuenta la influencia de la variable ambiente aparte de la genética. En este tipo de heredabilidad en sentido global, se tienen en cuenta la varianza genética aditiva, la varianza por dominancia y la del efecto por epistasia, comentados anteriormente.

Así se puede llegar a la correlación genes-ambiente, ésta se refiere a cuando coexisten determinados genotipos con ciertos ambientes, los individuos con diferentes genotipos se ven influidos de manera diferente en su ciclo vital por el entorno, que determinará el desarrollo de una determinada característica u otra. En este sentido, cuando se habla de una correlación positiva, hace referencia a la influencia favorable del entorno para desarrollar una capacidad determinada, si es negativa, la influencia del entorno inhibe esta posibilidad de aparición de dicha capacidad o rasgo de la personalidad.

Así, la varianza de interacción genes-ambiente, es el efecto de la interacción estadística entre el factor genético y el factor ambiental.

Por tanto, no se deben menospreciar las influencias del entorno, ya que en ocasiones pueden ser decisivas en diferentes sentidos, tanto comportamentales, como cognitivos.

La varianza ambiental se refiere a la variación atribuible a la influencia del entorno sobre las diferencias que se manifiestan entre los individuos y que puede deberse tanto al ambiente compartido, como al no compartido.

Entre algunas de las condiciones ambientales relevantes, en la línea del proyecto, que pueden influir especialmente, podrían ser los casos de los estilos parentales que dificultaban la emergencia del YO bajo el control de estímulos privados.

En definitiva, los aspectos a tener en cuenta a la hora de intervenir en la personalidad son múltiples y complejos, sin embargo, gracias a los estudios cada vez más numerosos y amplios de los que disponemos, también son cada vez más accesibles a la hora de intervenir, algo extremadamente costoso hace unas décadas.

♦ Desarrollo y Aprendizaje

Una vez revisado el anterior apartado, una de las variables relevantes que aparecían se refería al ambiente, jugando un papel importante en el desarrollo de la personalidad y como se ha visto, en ocasiones dificultando la emergencia del YO bajo control privado, un problema muy habitual en los TP, en este apartado se realiza un especial repaso a diversas características relevantes del ambiente.

Las personas evolucionan a lo largo de sus vidas, tanto en las características físicas como en las psíquicas, y respecto a éstas últimas, la manera de educar es una variable con un papel fundamental en el desarrollo, ya que permite adquirir conocimientos, lo que a su vez permitiría adquirir un nivel más elevado de evolución y desarrollo.

El aprendizaje de los niños debería ir encaminado a lograr un aprendizaje constructivo que les permita comprender, mediante la integración de nueva información a sus conocimientos previos ya existentes.

El ser consciente de lo que se hace y de lo que se aprende, es lo que permite un cambio conceptual, y es lo que se resalta en muchas de las terapias de tercera generación: tener conciencia de lo que se hace en cada momento dándole nuestra atención y aprendiendo aquellos aspectos relevantes para continuar el camino.

Por otro lado, la psicología evolutiva nos aporta numerosos datos sobre los cambios evolutivos por los que pasan los individuos durante los diferentes periodos de sus vidas, y el desarrollo psicológico será un proceso que se irá modificando de manera global en la conducta de la persona mediante algunos de estos cambios, que normalmente serán duraderos y algunos irreversibles, mientras que otros cambios serán momentáneos o transitorios, de cualquier forma, se trata de un proceso interno y diferente para cada individuo. Hasta esta conformación del desarrollo psicológico, los niños van pasando por diferentes procesos de formación de la personalidad, por ello, los TP no se pueden diagnosticar en edad infantil, ya que la personalidad aún no está determinada, sin embargo, podemos considerar que los TP pueden comenzar a aparecer en la adolescencia o a principios de la edad adulta como pronto.

♦ El Pensamiento y la Emoción

Dependiendo de que características de la personalidad tengan una mayor influencia en la persona, su manera de pensar y sentir también se verán condicionadas.

Sobre el estilo cognitivo de los individuos, su funcionamiento afecta tanto a la interpretación de los procesos sustantivos como a la valoración del nivel de ejecución. Se trata de cómo la persona organiza y representa la información que recibe, que por otro lado, cuando recibe dicha información y se propone razonar o llevar a cabo un pensamiento reflexivo, a su vez entrarán en juego otras muchas variables como la atención hacia aspectos de contenido, contexto y familiaridad con el tema, como vemos, todo un mundo de variables y posibilidades.

Sobre las emociones, se podría decir que se trata de ese proceso interno por el que la persona siente de manera privada una gran variedad de estímulos, por ejemplo sentirse ansioso, excitado, triste, melancólico, alegre, impaciente, sorprendido, exaltado, etc.

Según lo que se ha podido analizar en apartados anteriores sobre los trastornos de la personalidad, se puede intuir la manera tanto en la que se darán ciertos procesos de pensamiento, como de emoción en algunos de los trastornos (siempre teniendo en cuenta la variabilidad individual). Así, en el caso del trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, se darán con más frecuencia pensamientos relacionados con preocupaciones, pensamientos sobre posibles desgracias futuras, etc., y a su vez, se darán emociones como impotencia, impaciencia o ansiedad.

Otro ejemplo, con el caso de los trastornos narcisistas, podrían darse pensamientos de grandiosidad, pensamientos superficiales y poco reflexivos hacia aquellas personas que consideren de un estatus inferior al suyo por ejemplo, y podrían aparecer emociones como envidia, ira o ansiedad entre otras.

En este punto, ya se puede comenzar a intuir la relación entre comportamientos, pensamientos y emociones, tal y como aparece en el artículo de Ferro (2008), como aspectos relacionados y relevantes en relación a la FAP.

En el artículo mencionado, se puede encontrar la revisión de diferentes estudios al respecto realizados por Kanter, Kohlenberg y Loftus (2002, 2004). En ambos experimentos se estudió la secuencia de pensamientos y emociones automáticas en dos grupos de individuos, en relación a la información que se les proporcionaba por parte de los investigadores.

A todos los participantes se les mostraba imágenes de las que debían contestar que habían experimentado antes, si un pensamiento o una emoción, a lo que la mayoría respondía un pensamiento. Después, a una parte del grupo se les mostraba información sobre el modelo A-B-C, A (evento), B (cognición) y C (emoción), y a la otra parte del grupo se les mostraba información sobre el modelo A-C-B, por lo que al volver a repetir la prueba, había un número considerable de personas que cambiaron al modelo A-C-B como explicación a su forma de experimentar las imágenes.

Se podría considerar que estas diferencias se deben a que los participantes cambien sus explicaciones sobre pensamientos y emociones una vez han recibido la información, pero este dato podría ser igualmente relevante a la hora de usar ciertas técnicas en la relación terapéutica durante la sesión, reinterpreta la manera y secuencia en que el paciente piensa o siente según el caso.

Esta relación entre las emociones y los pensamientos es relevante desde diferentes esferas, por ejemplo, siguiendo el artículo publicado por Simón (1997), en el que basándose en una investigación neurofisiológica y neuropsicológica se reconsideran los mecanismos a la hora de resolver los procesos de toma de decisiones. En este artículo, se realiza una revisión sobre la amígdala como estructura capaz de asignar significado emocional a los estímulos ambientales provocando una serie de cambios que conducen a la experiencia de los sentimientos o las emociones, y su relación con la corteza prefrontal en los mecanismos de anticipación y planificación para la toma de decisiones, sin duda, una muestra más de la estrecha relación entre ambos procesos.

Ψ La Relación Terapéutica

Siguiendo con el objetivo central del presente trabajo, en este apartado se profundizará en el análisis sobre la relación terapéutica y en concreto, en el rol terapéutico desde la FAP, atendiendo a las singularidades de la personalidad y en concreto, de los trastornos de la personalidad de los pacientes.

Tal y como hemos observado en apartados anteriores, las diferentes intervenciones psicológicas y en concreto la TC, el psicoanálisis y la FAP, poseen una visión particular sobre la relación terapéutica, tanto con semejanzas como con diferencias, y tanto en el proceso como en su peso en la terapia.

Desde este apartado se analizarán en mayor profundidad las características principales del rol del terapeuta como base para el proceso de cambio del paciente.

La relación terapéutica, se refiere aquella que nace en el contexto de las sesiones psicológicas clínicas entre el paciente y el psicólogo. Para crear una relación terapéutica

positiva, el psicólogo deberá crear un espacio y un ambiente de confianza en el que el paciente se sienta seguro y a gusto.

Como se ha visto, la relación terapéutica tiene una importancia especialmente relevante en la eficacia del tratamiento, por ello, se deberá cuidar mediante diversas técnicas como pueden ser la aceptación incondicional, la empatía, la cordialidad, el interés, la ética profesional, etc.

En los apartados que siguen a continuación, se revisarán estos aspectos y la importancia que presentan en la psicoterapia analítica-funcional.

♦ El Rol Terapéutico desde la Psicoterapia Analítica Funcional

En algunos de sus estudios, Kohlenberg y Tsai, observaron que una parte de sus pacientes mejoraban de manera mucho más positiva que otros, ante esta diferencia pudieron comprobar, que estos que habían mejorado de manera considerable al resto, eran con los que habían creado una relación terapéutica más intensa y comprometida.

La relación terapéutica es para la FAP el centro del proceso de cambio y desde ésta, se considera que los problemas del paciente se pueden producir dentro de la sesión terapéutica del mismo modo que ocurre fuera, precisamente en el contexto de esta relación terapéutica, y este hecho se debería aprovechar como una oportunidad de aprendizaje para el paciente dentro de la intervención.

En esta relación, el terapeuta actuaría como agente de cambio e intentaría influir en la generalización funcional, por parte del paciente, de estos cambios positivos en su vida cotidiana. La manera de abordar este proceso es creando una relación emocional y cercana que permita usar dentro de ella técnicas de contingencias de reforzamiento, tal y como veremos a continuación en apartados posteriores, para producir el cambio por parte del paciente.

♦ El Rol Terapéutico según la Personalidad del Paciente

En base a todos los aspectos abordados hasta el momento, se verá ahora un pequeño análisis sobre el rol que podría adoptar el terapeuta desde la FAP atendiendo a los trastornos de la personalidad que aparecían anteriormente.

- **Cluster A:** En este grupo, el rol del terapeuta debería ser especialmente lo más cercano y empático posible, para transmitir a los pacientes una aceptación incondicional que les permita experimentar tranquilidad y que les motive a despertar el lado emocional que en muchas ocasiones se encuentra apagado en diferentes sentidos.

- Trastorno Paranoide de la Personalidad: Son casos en los que el terapeuta deberá mostrarse cercano al paciente, tal y como se ha comentado, con el objetivo de disminuir la ansiedad social que suelen sentir estas personas en compañía de otros, deberíamos mostrarnos entonces como personas amigables en las que pueden confiar.

- Trastorno Esquizoide de la Personalidad: Al igual que en el caso anterior, ante este trastorno el terapeuta se debe mostrar especialmente cercano, pero además,

se podría considerar el posible resultado de estrategias como la autorrevelación de diferentes emociones con el fin de crear un clima de confianza y de intentar evocar sentimientos dormidos en el paciente. Aquí la relación terapéutica debe ser una forma de practicar las relaciones interpersonales por parte del paciente y en este sentido, sería relevante incorporar ejercicios de intercambios de alabanzas y críticas constructivas en la relación mediante prácticas controladas en el transcurso de la sesión terapéutica.

- *Trastorno Esquizotípico de la Personalidad*: Son casos en los que el terapeuta se debería mostrar cercano y receptivo, mostrando una especial aceptación incondicional hacia la forma de ser del paciente para lograr su motivación y una mayor adherencia al tratamiento, a la vez que se intentan modificar sus reacciones inapropiadas que habitualmente les entorpecen en sus relaciones sociales.
 - **Cluster B**: En estos casos, el rol terapéutico debería centrarse especialmente en el establecimiento de límites, no se trata de que el terapeuta deje de ser cercano, sino más bien de que preste una especial atención a las conductas ante las que se debe mostrar más rígido para no reforzarlas por medio de la amabilidad. Por otro lado, otro aspecto esencial que debería cuidar y que se relaciona con lo anterior, será el de no crear una relación de dependencia, algo para lo que son especialmente sensibles los pacientes de este grupo.
- *Trastorno Antisocial de la Personalidad*: Son personas a las que especialmente el terapeuta debería de establecer límites claros desde el principio. Lo principal sería clarificar el rol que debe asumir cada uno de ellos dentro de la relación terapéutica mostrando una actitud firme e inmanipulable, sin perder actitudes como la aceptación incondicional y la empatía.
- *Trastorno Límite de la Personalidad*: Se trata de casos con los que se debería tener precaución a la hora de no crear una relación de dependencia por parte del paciente. Al igual que en el caso anterior, el terapeuta debería crear un clima de confianza cercano, sin embargo, debería también presentar una actitud firme en cuanto al rol de cada uno de ellos en la relación, ya no en el mismo sentido que en el antisocial, sino en el sentido de la posible dependencia, aquí el terapeuta debería ser especialmente cuidadoso a la hora de actuar, ya que recordemos que debemos evitar invalidar a los pacientes con TLP.
- *Trastorno Histriónico de la Personalidad*: Son casos en los que se debería cuidar nuevamente la actitud demasiado cercana del terapeuta, lo que podría provocar actitudes de dependencia, coqueteo o interpretaciones erróneas por parte del paciente, como tener una relación más íntima de lo que en realidad es la relación terapéutica. Tampoco se trata de crear una relación lejana, lo que haría que el paciente en este caso perdiera interés por la terapia. Es una cuestión de reforzar las conductas adecuadas y autoeficaces, a la vez que no se muestra interés por aquellas inadecuadas o demasiado avasallantes.

- Trastorno Narcisista de la Personalidad: En estos casos el terapeuta deberá tener la precaución de mirar muy bien que conductas se deben reforzar, así mismo, deberá poner límites en aquellos casos en los que el paciente se pueda mostrar algo desagradable o grosero, en los que se debería aprovechar para generar un cambio en su concepción sobre los otros intentando el desarrollo de emociones de empatía.
 - **Cluster C**: En estos casos, el terapeuta debería adoptar un rol que le permita sobretodo ganar la confianza de los pacientes y ofrecerles un lugar en la sesión terapéutica donde poder descansar de sus obsesiones, miedos y en definitiva, de su ansiedad.
 - Trastorno de la Personalidad por Evitación: Son personas con las que el terapeuta se debería mostrar especialmente cercano y empático, el paciente debe llegar a sentir confianza hacia el terapeuta para crear una relación cálida en la que no sienta ansiedad y así poder realizar una intervención de éxito. Se trata especialmente de que el paciente comience a experimentar y a conectar con sentimientos agradables mediante las relaciones con los demás usando como vínculo la relación terapéutica que se da en la sesión.
 - Trastorno de la Personalidad por Dependencia: Es un grupo en el que el terapeuta debería mostrarse cercano y empático por los sentimientos que se puedan generar en los pacientes, a la vez que debería tener un especial cuidado en no crear una relación de dependencia, para ello, deberá marcar límites de una manera lo más asertiva posible.
 - Trastorno Obsesivo-Compulsivo de la Personalidad: El terapeuta en estos casos debería mostrarse empático hacia los problemas del paciente mostrando una aceptación incondicional hacia su caso, ya que normalmente suelen ser incomprensidos por el resto de las personas que perciben como raros sus comportamientos. En cualquier caso, a la vez el terapeuta debería mostrarse crítico y firme cuando la situación lo requiera, ya que estos pacientes presentan hábitos y rituales muy complejos de modificar.
- ◆ La Aceptación Incondicional, la Motivación y la Adherencia al Tratamiento

Tal y como se apunta en apartados anteriores, hay ciertas técnicas especialmente relevantes en el contexto de la relación terapéutica, como es el caso por ejemplo, de la aceptación incondicional por parte del terapeuta hacia el paciente y hacia los diferentes tipos de personalidad que se presenten en consulta.

En este sentido, estamos hablando de mostrar empatía y aceptación hacia comportamientos que quizá no sean del todo de nuestro agrado, pero para los que es necesario ese proceso a la hora de crear una buena relación terapéutica y poder ayudar al paciente.

No se trata de reforzar, ni de dar la razón al paciente en algunas cuestiones, se trata tan solo de aceptar los valores, las creencias y otras cuestiones importantes de esa persona, de intentar empatizar con lo que está viviendo bajo sus características individuales, digamos que es el hecho de ponernos en su piel e intentar comprender su historia sin necesidad de que compartamos ese mismo prisma para ver la vida.

Poniendo un ejemplo, no podemos dejarnos llevar porque un paciente presente ideologías políticas diferentes a las nuestras, debemos aceptarlas aunque no las compartamos e incluso intentar comprender al paciente en sus ideologías para poder profundizar en la relación y poder ayudarlo de la mejor manera posible.

Esta cuestión no siempre es fácil, ya que en otras ocasiones no serán aspectos políticos de los que hablemos, sin embargo, el profesional debería estar en disposición de adaptarse a las diversas situaciones, de lo contrario, la mejor solución sería recomendar al paciente a otro profesional y derivar el caso.

En relación a estas técnicas y a la eficacia que se consiga de ellas, conceptos como la motivación o la adherencia al tratamiento se verán repercutidos de manera más o menos positiva.

Por ejemplo, cuanto más empatía y aceptación consigamos sentir y transmitir al paciente, se creará una mejor relación terapéutica, lo que le motivará a continuar trabajando en la intervención, y lo que se traduce a su vez en una mayor adherencia al tratamiento.

ψ Intervención desde la FAP

La psicoterapia analítica-funcional usa en su intervención principios básicos del análisis de conducta (evaluación funcional de los problemas e intervención en vivo dentro de la propia sesión terapéutica) tal y como hemos señalado anteriormente.

La FAP se basa por tanto, en el análisis funcional de las conductas del paciente y del terapeuta dentro de la sesión clínica y la intervención se dirige a conseguir cambios significativos en el comportamiento del paciente. Como se ha visto ya en el apartado anterior, la relación terapéutica es la base para poder promover estos cambios en el paciente, ya que el contexto terapéutico imita la manera natural en la que éste vive sus problemas fuera de la consulta y a su vez, lo que le permite al paciente generalizar los resultados a las diferentes áreas de su vida.

Unos de los pilares principales de la FAP son los procesos de condicionamiento operante y de la manipulación de contingencias, al igual que en la TC, así, lo que el paciente realiza durante la sesión será objeto de intervención, prestando en este caso menos atención a las tareas para casa tal y como acostumbra la terapia cognitivo-conductual.

Como se verá en los apartados que siguen a continuación, las conductas del terapeuta también serán relevantes en este contexto en el que se deberán guiar por reglas de acción.

La intervención desde la FAP iniciará mediante una evaluación funcional del caso y finalizará mediante una evaluación de la intervención y de los objetivos alcanzados.

♦ Modelo A-B-C

Conviene llegados a este punto que se analice el modelo A-B-C tal y como lo entiende la TCC y como lo entiende en concreto la FAP.

En la terapia de conducta se utiliza el esquema cognitivo A-B-C propuesto por Albert Ellis (1960), en el que A son los acontecimientos o situaciones, B son las

creencias, pensamientos o imágenes de la persona y C las emociones que experimenta o las conductas que realiza y que definen el problema. En este modelo, tal y como veíamos en el apartado anterior en el que se explicaba en varios estudios realizados por Kanter, Kohlenberg y Loftus (2002, 2004), la relación entre A y C está mediada por B.

Sin embargo, con la llegada de la psicoterapia analítica-funcional, las cogniciones, las emociones y las acciones (sean o no verbales) se consideran conductas y no se cree que una de ellas determine el resto, tal y como ocurre en el modelo cognitivo A-B-C. En el modelo de la FAP, las relaciones entre estas variables son mucho más complejas, veamos las relaciones que se proponen desde este modelo:

- 1ª.- Relación: en este caso, la FAP considera que las conductas estarían bajo el control de las expresiones verbales (que dependerían de la experiencia previa del sujeto), así, las reglas que se formule el sujeto mediante diferentes pensamientos influirán en el comportamiento de éste, que también será controlado a su vez por reglas externas de otros.
- 2ª.- Relación: en este caso también puede ocurrir que el individuo presente pensamientos pero que simplemente éstos no estén influyendo sobre sus conductas.
- 3ª.- Relación: también podría ocurrir que una persona esté siendo consciente de su comportamiento en un momento determinado y ese pensamiento de consciencia influya pero tan solo en parte sobre su conducta.
- 4ª.- Relación: otra de las situaciones que podrían ocurrir es que la persona actuara sin pensar previamente, en este caso podría ser que la conducta dependiera de la experiencia anterior del sujeto, por ello por ejemplo, se pueden dar casos en los que ante una misma situación hay personas que actúan de modo distinto.
- 5ª.- Relación: en este último caso se podría tratar de un comportamiento controlado por eventos antecedentes pero seguido de pensamientos o verbalizaciones, la persona actuaría y luego justificaría su comportamiento.

Como se puede observar, desde estas nuevas relaciones que se arrojan por la psicoterapia analítica funcional, la conducta cognitiva en ocasiones tendría un papel mayor, en otras ocasiones menor o incluso nulo en los problemas del paciente.

♦ Estrategias del Terapeuta

Se dará paso ahora a la explicación sobre las cinco reglas que el terapeuta desde la psicoterapia analítica-funcional debe seguir según Kohlenberg y Tsai, imprescindibles para realizar de un modo coherente la intervención desde la relación terapéutica y que se refieren a las conductas que debe seguir el terapeuta en el transcurso de las sesiones clínicas, ya que desde la FAP se considera que el terapeuta puede evocar ciertas conductas en los pacientes y obtener resultados clínicamente

significativos mediante el uso de reforzamiento natural y moldeamiento de las conductas.

Pasemos entonces a analizar la propuesta realizada por Kohlenberg y Tsai (1991-1995):

- En primer lugar, el terapeuta desde la FAP debe observar y atender la posible aparición de las CCR en el transcurso de la sesión, ya que solo realizando esta tarea ya supone una mejora en la relación terapéutica y esta aplicación será un requisito imprescindible para poder aplicar las dos reglas que siguen a continuación.

Como veremos en un apartado posterior, las CCR se refieren a las conductas clínicamente relevantes que se dan durante la sesión terapéutica por parte del paciente, en este sentido, los pacientes que llegan a consulta lo hacen buscando una solución a los problemas de su vida cotidiana y en el transcurso de la sesión suelen actuar de la misma manera disfuncional en consulta que como lo hacen en aquella.

- Por otro lado, el terapeuta de la FAP debe procurar construir un ambiente terapéutico en el que se pueda dar lugar a la evocación de las CCR1 (conductas problema) del paciente y esto sirva a la vez para poder trabajar en el desarrollo de las CCR2 (conductas de cambio).
- La tercera regla consiste en que el terapeuta organice el reforzamiento positivo de las CCR2, para ello deberá utilizar el reforzamiento natural y no fingido (sin frases estereotipadas y mostrando autenticidad) en estas situaciones, y ya que la interacción terapéutica es en su mayor parte verbal, el reforzamiento positivo también deberá seguir esta condición.
- Además, el terapeuta deberá observar su propio comportamiento durante las sesiones terapéuticas y analizar como está afectando a las conductas del cliente para así poder incrementar la efectividad en el cambio de las CCR.
- Finalmente, el terapeuta deberá procurar generar en el cliente un repertorio de descripción de relaciones funcionales entre las variables de control y las conductas (éste se refiere a las CCR3), así, el terapeuta debe identificar las conductas sobre las que actúa evitando a su vez castigar inadvertidamente las CCR2, las cuales como hemos visto suponen un cambio y un progreso en el paciente.

♦ La Transferencia

Como se ha visto al comienzo del presente proyecto, la transferencia es un concepto que aparece tanto en el psicoanálisis como en la terapia analítico-funcional, sin embargo, este concepto presenta diferencias y matices distintos en ambas psicoterapias.

Por parte del psicoanálisis, se veía que hablaba de transferencia para referirse a un elemento esencial en la relación terapéutica mediante el cual el paciente proyecta

deseos y sentimientos que podría haber tenido hacia una persona de su pasado y que podría transferir sobre su psicoanalista reviviendo así los deseos inconscientes de la infancia, este aspecto, como habíamos visto, es un esencial movilizador para el cambio para el paciente desde el psicoanálisis.

Por su lado, la transferencia para la psicoterapia analítica-funcional se trata de una manera de transferir aquellas conductas del paciente que son conductas problema de su vida cotidiana, al transcurso de la sesión con el terapeuta, hablaríamos de conseguir evocar las CCR1 que se dan en la vida cotidiana del paciente durante la sesión clínica para trabajar con ellas.

La FAP no deja de lado el pasado a la hora de comprender los problemas de las personas, es decir, sí considera la historia de los pacientes, sin embargo, se centra más especialmente en el presente para poder establecer una equivalencia entre los problemas de la vida diaria de éstos y los problemas dentro de la sesión. Observando y evocando estas conductas es como se produce la transferencia, y al contrario, las mejorías (CCR2) que se producen durante la sesión terapéutica son después transferidas a la vida cotidiana del paciente mediante el uso del reforzamiento natural, al ver el propio paciente los efectos que estas tienen e imaginarlos en interacciones futuras.

En la FAP por tanto, la transferencia es una herramienta generadora de conductas clínicamente relevantes.

En definitiva, tanto para el psicoanálisis como para la FAP el concepto de transferencia es esencial para poder producir el cambio en los pacientes, a pesar de que el significado y las direcciones de ésta sean diferentes en cada caso.

♦ Contingencias, Moldeamiento, Equivalencia Funcional y Reforzamiento Natural

En apartados anteriores ya se ha ido haciendo alusión a algunos de estos cuatro elementos que se presentan en este apartado como necesarios para la FAP, como el reforzamiento natural que debe procurar el terapeuta o la equivalencia funcional que se debe dar en el caso del paciente, la FAP utiliza éstos y otros conceptos de la terapia de conducta clásica como pueden ser las contingencias y el moldeamiento.

En primer lugar, se puede repasar el concepto de contingencia brevemente, teniendo en cuenta que éste se puede presentar mediante situaciones o estímulos tanto apetitivos como aversivos:

- *Reforzamiento Positivo*: en este tipo de reforzamiento por contingencias se trata de ofrecer una recompensa (refuerzo apetitivo) al sujeto que refuerce la conducta que ha realizado justo antes, lo que hará que esta conducta incremente su frecuencia de aparición.
- *Castigo Negativo*: se trata de retirar un estímulo apetitivo para el sujeto con el fin de conseguir que disminuya la aparición de una determinada conducta que se pueda considerar poco adaptativa.
- *Castigo Positivo*: se trata de presentar un estímulo aversivo que tienda a contribuir en la disminución de una determinada conducta que realiza el sujeto con tal de evitar este estímulo.

- *Reforzamiento Negativo:* en este caso se producirá un procedimiento de evitación, a la vez que aumenta la presencia de una determinada conducta que tendrá la finalidad de prevenir la posibilidad de presentación de un estímulo aversivo.

Para el trabajo que se persigue desde la FAP, especialmente sería útil el reforzamiento positivo de aquellas conductas CCR2 que se adviertan en el transcurso de las sesiones.

Continuando con el siguiente concepto, el moldeamiento se refiere al proceso de ir moldeando la conducta del paciente durante la sesión mediante el uso de diferentes técnicas como sería el caso, por ejemplo, de la presentación de reforzamiento positivo ante conductas adaptativas de cambio.

Se trata de reforzar sistemáticamente las mejoras conductuales del paciente, las aproximaciones sucesivas hacia la conducta objetivo que perseguimos durante la intervención, a la vez que se dejan de reforzar las conductas previas ya aprendidas que queremos extinguir, de esta manera ayudamos a que el paciente aprenda conductas que no están en su repertorio habitual y en vez de esperar que se de una conducta en su forma final reforzaremos las semejanzas, los pequeños pasos hacia conductas adecuadas tal y como proponen Miró y Nieto (2011).

Se continuará ahora con la equivalencia funcional, desde la FAP este concepto se refiere a conseguir un reflejo de los problemas de la vida del paciente y la conducta que se sucede durante la sesión terapéutica, se trata de que las conductas sean equivalentes en ambos contextos y esto debe ocurrir de esta manera tanto para las conductas problema (CCR1), como para las conductas adecuadas (CCR2) que aparezcan después.

Finalmente, el concepto de reforzamiento natural desde la FAP se refiere a un proceso que ocurre al llevar las conductas aprendidas durante la sesión a la vida cotidiana (equivalencia funcional), una vez conseguidos los objetivos de cambio y por tanto conductas más adaptativas para el paciente, se trata de reforzarlas de manera que éste las generalice a su vida cotidiana y una vez allí, estas conductas deberán continuar reforzándose de manera natural al ver el propio paciente los efectos que este nuevo repertorio de conductas posee (reforzamiento natural).

♦ CCR (Conductas Clínicamente Relevantes)

La psicoterapia analítica funcional se refiere con conductas clínicamente relevantes (CCR) a aquellas que se suceden durante la sesión clínica y que pueden aparecer en los distintos momentos de la intervención bajo tres tipologías diferenciadas que veremos a continuación.

El terapeuta desde la FAP debe realizar un análisis funcional sobre la conducta verbal del paciente, ya que ésta es la conducta más relevante para este modelo, en relación a la interacción terapéutica dentro de la sesión y de esta manera se obtendrá la información necesaria sobre las CCR del paciente mediante la siguiente clasificación:

- *CCR1*: son las conductas problemáticas del paciente que ocurrirán durante la sesión terapéutica y que de hecho, deberán ocurrir para poder ser observadas y analizadas por parte del terapeuta, de manera que tal y como hemos apuntado en apartados anteriores, al inicio de la intervención y mediante la evaluación funcional del caso, será la fase en la que se sucederá un mayor número de *CCR1*. El objetivo principal es que durante la intervención estas conductas problemáticas relevantes vayan disminuyendo progresivamente para dejar paso poco a poco a las *CCR2*.
- *CCR2*: estas conductas clínicamente relevantes deben comenzar a aparecer durante el transcurso de las sesiones terapéuticas a medida que va avanzando la intervención y a la vez que se va reduciendo la aparición de las *CCR1*. Por lo tanto, el objetivo es ir disminuyendo la aparición de las *CCR1* (conductas problema) mientras van aumentando las *CCR2* (conductas de cambio que muestran mejoría) en el repertorio del paciente, como sería lo más lógico, éstas últimas conductas al principio no serán abundantes, pero a medida que se vaya profundizando en la intervención irán aumentando y ganando terreno a las *CCR1*.
- *CCR3*: a medida que el paciente va adquiriendo nuevas habilidades para trabajar su problema en sesión, conseguirá estar preparado para que le terapeuta pueda crear situaciones clínicas en las que él mismo realice sus propias interpretaciones sobre su propia conducta y lo que cree que la causa, estas reflexiones e hipótesis por parte del paciente, son conductas relevantes que realiza ya una vez avanzado el tratamiento y tienen el nombre de *CCR3*, esta parte es especialmente importante, ya que el paciente aprenderá a realizar interpretaciones de su propia conducta en términos funcionales y la conducta que interprete podrá ser referida tanto una *CCR1* como una *CCR2*.

Como se observa, el trabajo con las CCR durante la intervención clínica desde la FAP es fundamental para producir el cambio por parte del paciente, de manera que se deberán tener en cuenta en el transcurso de todo el tratamiento.

También se puede intuir en este sentido los beneficios que la FAP podría aportar mediante el uso de las CCR para el trabajo con los TP, tal y como se continuará analizando a continuación.

♦ El Cambio

Una vez introducidos los conceptos principales sobre las CCR y sus diferentes significados y funciones dentro de la sesión terapéutica, se puede pasar ahora a las *CCR2*, los cambios y las mejoras del paciente, que como hemos apuntado anteriormente se refiere a las conductas que van apareciendo de manera más adaptativa y que nos muestran una mejoría en el paciente.

Para ello, y en relación a los diferentes trastornos de la personalidad, podríamos plantearnos diferentes objetivos terapéuticos tal y como lo venimos tratando en el presente proyecto.

Se verán entonces las características principales sobre las *CCR1* de cada uno de los trastornos de la personalidad y los cambios o las *CCR2* que podríamos plantearnos como objetivos para cada caso junto con algunas técnicas concretas:

- **Cluster A**

- *Trastorno Paranoide de la Personalidad – CCR1:* Desconfianza, ansiedad social, aislamiento, excesiva sensibilidad a la crítica y autorreferencias constantes de importancia.
 - Objetivos – CCR2: Crear un clima terapéutico en el que se consiga evocar confianza por parte del paciente que disminuya su ansiedad, mejorar sus habilidades sociales mediante la relación terapéutica para conseguir aumentar su círculo social de apoyo, tras crear un medio seguro en la sesión clínica utilizarlo para realizar a modo de role playing ejercicios de crítica constructiva recíproca entre el paciente y el terapeuta y trabajar el concepto y la mejora de empatía.
- *Trastorno Esquizoide de la Personalidad – CCR1:* Profundo fracaso en las relaciones interpersonales, importante restricción de la expresión de las emociones, indiferencia generalizada y anhedonia crónica.
 - Objetivos – CCR2: Utilizar la relación terapéutica durante la sesión como modo de practicar las relaciones interpersonales para poder mejorarlas, ejercicios dirigidos a la capacidad de expresión de las emociones, recuperar en el paciente sentimientos de placer hacia aspectos cotidianos de su vida y conseguir una actividad general adecuada.
- *Trastorno Esquizotípico de la Personalidad – CCR1:* Aislamiento social, evitación del contacto ocular, excentricidad en el comportamiento (hablar solo en público, lenguaje o afectividad inapropiadas) y desconfianza.
 - Objetivos - CCR2: Conseguir una relación terapéutica de confianza en la que se trabajen aspectos como la escucha activa (contacto ocular, expresión corporal, tono y lenguaje, etc.), el terapeuta debería mostrar aceptación incondicional y cercanía para poder emprender el trabajo.

- **Cluster B**

- *Trastorno Antisocial de la Personalidad – CCR1:* Irresponsabilidad, vulneración de los derechos de los demás y acciones ilegales.
 - Objetivos - CCR2: Utilizar la relación terapéutica para construir un medio en el que el paciente aprenda a respetar los derechos de los demás aprovechando la implementación de métodos de aprendizaje que se basen en ampliar su repertorio de conductas adecuadas socialmente, a la vez que se realiza un trabajo emocional que evoque sentimientos de empatía.
- *Trastorno Límite de la Personalidad – CCR1:* Sentimientos de vacío, ausencia del control privado del YO, excesiva influencia por parte de los demás, baja autoestima, tendencia a la agresividad y a la autolesión e impulsividad.
 - Objetivos - CCR2: Crear un entorno en la sesión en el que el paciente se sienta seguro de sí mismo sin excesivas influencias por parte del terapeuta para procurar un aumento de la autoestima y del control

privado del YO, reducir las crisis emocionales que le puedan llevar a realizar diferentes conductas destructivas mediante un trabajo basado en el manejo emocional.

- *Trastorno Histriónico de la Personalidad – CCR1:* Inmadurez, egoísmo, demandas de atención constantes, comportamiento de coqueteo, actitud dramática y teatral y reacciones afectivas exageradas.
 - Objetivos - CCR2: Practicar mediante la relación terapéutica para conseguir un repertorio de conductas más adecuado socialmente reforzando cualquier conducta de aproximación, el paciente debe observar la relación terapéutica como una relación segura y sincera que le anime a generalizarlo en su entorno cotidiano.

- *Trastorno Narcisista de la Personalidad – CCR1:* Aires de grandiosidad, necesidad de admiración constante, incapacidad de empatía, fantasías de éxito y poder, exigencias de un trato especial y de prioridad y envidia.
 - Objetivos - CCR2: En la sesión se debe educar en la práctica de las habilidades sociales de manera que el paciente adquiera actitudes más humildes y empáticas con los demás, se deberá aumentar su autosuficiencia reduciendo la atención a sus demandas continuas, a la vez que se debe conseguir aumentar su empatía para conseguir así el respeto ante los derechos de los otros.

- **Cluster C**
 - *Trastorno de la Personalidad por Evitación – CCR1 :* Evitación de las relaciones sociales, sentimientos de inadecuación hacia sí mismos y timidez.
 - Objetivos - CCR2: Utilizar la relación terapéutica a modo de afrontamiento de las relaciones sociales procurando reforzar cualquier aproximación que contribuya a aumentar su autoestima, su autoconfianza y su extroversión, mejorando las habilidades sociales del paciente.

 - *Trastorno de la Personalidad por Dependencia – CCR1:* Necesidad de cuidados por parte de los otros, comportamiento sumiso e incapacidad de tomar decisiones importantes.
 - Objetivos - CCR2: El paciente debe sentirse parte de la toma de decisiones durante las sesiones clínicas de manera que se consiga aumentar su autonomía y autoestima con la ayuda de los reforzamientos positivos a cualquier aproximación, se pueden trabajar ejercicios de role playing a modo de aprendizaje para poner límites a los demás y de tomar las riendas de su vida. El terapeuta debe evitar dar la sensación de llevar la dirección total de la intervención para no provocar una relación terapéutica de dependencia.

 - *Trastorno Obsesivo-Compulsivo de la Personalidad – CCR1:* Exceso en el orden y en la organización, tendencia al perfeccionismo y escasez en actividades de ocio.
 - Objetivos - CCR2: No reforzar tareas o actividades en las que el paciente se muestre demasiado perfeccionista, permitiéndole incluso saltarse

pequeñas normas no demasiado relevantes y controladas por el terapeuta. Conseguir planificar actividades de ocio placenteras que incluyan una actividad adecuada de las relaciones sociales.

♦ La Ética Profesional en la Intervención

La actividad profesional del psicólogo clínico debe ir pareja a unas reglas y principios éticos de esta profesión y la psicoterapia analítico-funcional por tanto también debe seguirlos.

Siguiendo a Del Río (2012), se verá a continuación desde el código ético de la APA (2002) los principales principios que debe seguir el psicólogo profesional enlazándolos a las principales características de la FAP.

- *Beneficencia y No Maleficencia:* es decir, el psicólogo debe esforzarse en beneficiar al paciente lo máximo posible evitando producir daños, por lo que en sus acciones debe salvaguardar el bienestar de los pacientes, en este sentido, recordemos que en una de las acciones de la FAP se trata de procurar el cambio mediante las CCR, para ello, el terapeuta debe procurar un ambiente terapéutico que evoque las CCR1 para poder trabajarlas y llegar después hasta las CCR2, sin embargo, en el transcurso de esta evocación, el terapeuta debe tener cuidado de no perjudicar al paciente, no se trata de forzarlo, ni de hacerle obtener conductas problema, ni de darle ideas nuevas, se trata de que mediante la información que el terapeuta va consiguiendo sea capaz, de manera natural, de conseguir que el paciente se comporte de la misma forma que lo haría en ambiente natural (en su vida cotidiana) para poder observar directamente las CCR1 y poder trabajar en ellas teniendo en cuenta que se va a procurar siempre lo mejor para él.
- *Fidelidad y Responsabilidad:* los psicólogos deben establecer relaciones de confianza con los pacientes siendo conscientes en todo momento de las responsabilidades profesionales y científicas con las que deben cumplir. En la FAP la relación terapéutica tiene un papel especial, se trata de una relación terapeuta-paciente con lazos más fuertes y emocionales, sin embargo, no se trata de una relación sentimental y el terapeuta no debe olvidar su rol y del rol del paciente en todo momento.
- *Integridad:* los psicólogos deben promover la honestidad y la veracidad de la ciencia, esto significa que no deben estafar ni aceptar compromisos imprudentes o poco claros. Nuevamente, haciendo mención a la relación terapéutica, el psicólogo debe transmitir esperanza en la relación teniendo en cuenta siempre al realizarlo una perspectiva realista.
Por otro lado, en el ámbito de la FAP no se debe fingir en determinados asuntos para conseguir provocar las CCR2 en el paciente, a pesar de que estas signifiquen cambios favorables para el paciente debemos recordar que no es una manera natural de enfocar la intervención y no sería honesto por parte del profesional.

- *Justicia*: todas las personas tienen derecho a acceder y beneficiarse de las contribuciones de la psicología, siguiendo el tema central del presente proyecto, el tema de la personalidad quizá sea uno de los más adecuados para comentar en este principio, ya que podría ocurrir que no sintiéramos empatía hacia una persona que padece un trastorno antisocial de la personalidad o que no sintiéramos aceptación incondicional hacia una persona que padece trastorno narcisista de la personalidad o un mayor grado de extroversión o neuroticismo, sin embargo, debemos recordar que sea cual sea la personalidad de cada individuo, debemos contribuir en crear una buena relación terapéutica con todos ellos, quizá un método sería centrarnos en ayudar a reconocer los logros sin realizar presuposiciones negativas, si a pesar de ésta u otras técnicas no somos capaces de sentir estos aspectos relativos a la relación terapéutica por nuestro paciente, quizá lo mejor sería remitir el caso para que pudiera beneficiarse de la mejor manera posible.
- *Respeto a los Derechos y Dignidad de las Personas*: en este sentido, el psicólogo profesional como sabemos debe respetar el derecho a la confidencialidad y a la autodeterminación del paciente que será quien decida sobre estos aspectos personales.

♦ La Ética en Relación a la Personalidad

En este apartado se verá ahora de una manera más especial en la ética según la personalidad del paciente, como se ha visto, uno de los principios que parecen más relevantes es el de justicia, *¿una persona con problemas antisociales, que quizá haya cometido actos delictivos y que no sea de nuestra simpatía, debe recibir tratamiento?*, desde esta pregunta como punto de reflexión podríamos analizar el sentido de la psicología como profesión. El psicólogo clínico debe velar siempre por la mejora y el bienestar de las personas que acuden a consulta, al igual que muchos especialistas de cirugía luchan para salvar vidas sin seleccionar que paciente debe o no vivir, se trataría entonces más bien de un aspecto natural del ser humano, la ayuda y la solidaridad deben estar presentes en el psicólogo para procurar la máxima beneficencia posible, en definitiva sobrevivir de la mejor manera posible, algo a lo que todas las personas tienen derecho independientemente de que sean más o menos de nuestro agrado personal, *¿qué ocurriría entonces si acude a consulta alguien con quien definitivamente la aceptación incondicional se hace imposible por parte del profesional?*, recordemos que la aceptación incondicional es un requisito imprescindible para que el psicólogo pueda ofrecer una intervención de calidad con una buena implicación profesional, si este aspecto no se da, o no se da la empatía, difícilmente podremos proporcionar una intervención al paciente como se merece, de manera que quizá lo más razonable sería remitir el caso a otro compañero profesional.

La personalidad, como se ha observado, se trata de un constructo diferente en cada uno de los pacientes, unos poseerán un mayor o menor grado de neuroticismo o de psicoticismo, otros serán demasiados extrovertidos o introvertidos, y lo mismo ocurrirá para el paciente, para quienes careceremos de unas características o sobrepasaremos otras, sin embargo el rol del terapeuta es el de un profesional, de manera que deberá ser el profesional quien regule el rol siempre dentro de sus posibilidades y características personales, así como de una manera natural a los requisitos de cada paciente, tal y como

se va viendo en el desarrollo del presente trabajo, siempre con la intención de crear una buena relación terapéutica en la que encontrar puntos de encuentro desde los que partir para comenzar el trabajo terapéutico.

ψ Evaluación

Llegados a este apartado del proyecto, una vez realizado el recorrido pertinente por cada una de las esferas más relevantes del tema central, se analizarán ahora los principales aspectos a tener en cuenta en la evaluación desde la FAP.

En primer lugar, se realizará una aproximación hacia la que podrían dirigirse las entrevistas con los pacientes atendiendo a las características de su personalidad como sugerencia y en la línea tal y como se va viendo en el proyecto tanto de Belloch y Fernández-Álvarez (2008), como en la línea de las características principales de la FAP. A continuación de este análisis, se pasará a analizar algunos de los instrumentos de evaluación que se están trabajando actualmente desde la psicoterapia analítica-funcional.

♦ La Entrevista según la Personalidad del Paciente

Como ya se sabe, desde la perspectiva cognitivo-conductual disponemos de diversos instrumentos de evaluación de la personalidad, así como de entrevistas diagnósticas que nos permiten no pasar por alto la exploración de ciertos rasgos de la personalidad o las posibilidades diagnósticas para determinados pacientes, ya que como se ha visto, los clínicos no están libres de prejuicios como por ejemplo, ante el hecho de atribuir ciertas características como más típicas de hombres o de mujeres.

La evaluación de los TP no es una tarea sencilla, por lo que requerirá siempre una especial implicación y análisis de todas las variables disponibles.

En este apartado, se tomará en consideración la opción de una entrevista en algunos casos más abierta y espontánea y en otros más estructurada complementaria a otros instrumentos, en la que poder adaptarse a las características de la personalidad de cada uno de los pacientes y de cara a la creación de una adecuada alianza terapéutica.

Como reglas generales, ya sabemos que con todos los pacientes debemos mostrar siempre empatía, calidez en la relación y aceptación incondicional, sin embargo, tal y como hemos visto en apartados anteriores, la personalidad de alguno de ellos hace necesario que tengamos una especial atención y cuidado, en algunas ocasiones, en relación a la manera de proceder durante el transcurso de la sesión y en concreto en la evaluación.

Se van a exponer a continuación algunas de las características más relevantes de cada uno de los trastornos de la personalidad expuestos y la propuesta de abordaje para cada uno de ellos procediendo desde la entrevista o desde la propia sesión terapéutica.

- **Cluster A**

- *Trastorno Paranoide de la Personalidad:* Durante la entrevista estos pacientes pueden mostrarse fríos, reservados y celosos del terapeuta, haciendo difícil la tarea de establecer una adecuada relación terapéutica. Por ello, la actitud del

clínico debería mostrarse ante estos pacientes cercana con el fin de poder disminuir la ansiedad social, el clínico debería intentar tranquilizar al paciente en la entrevista desde una actitud honesta y evitando actitudes defensivas.

Quizá el mejor modo de transcurrir durante la entrevista, podría ser la introducción paulatinamente de temas sobre las diferentes áreas de su vida, evitando realizar un esquema demasiado estructurado de una pregunta tras otra.

- *Trastorno Esquizoide de la Personalidad:* La entrevista con estos pacientes puede plantearse complicada, son personas que a menudo no desean hablar de sus problemas personales o que se muestran indiferentes ante éstos, que junto a las muestras de una escasa expresividad facial nos puede traer dificultades a la hora de establecer un ambiente cálido en la sesión.

El terapeuta debería intentar crear un ambiente cercano en el que la relación terapéutica pueda usarse como herramienta para la práctica de las habilidades sociales del paciente, para ello, sería especialmente importante no dejarse llevar por la fría actitud y el distanciamiento del paciente, manteniendo una postura receptiva e interesada durante todo el proceso y teniendo un especial cuidado a la hora de evitar realizar juicios hacia el paciente. Además, sería especialmente útil involucrar al paciente en la toma de decisiones sobre los acuerdos, metas y objetivos terapéuticos.

- *Trastorno Esquizotípico de la Personalidad:* Son pacientes que durante la entrevista clínica pueden llegar a colaborar adecuadamente si se les consigue transmitir que se les acepta tal y como son. Por ello, la mejor manera de abordar la entrevista al inicio por parte del terapeuta podría ser intentando evitar preguntas íntimas demasiado específicas o temas complejos. El terapeuta debería mostrar especialmente aceptación incondicional y empatía para conseguir la motivación y la confianza del paciente y en consecuencia, una adecuada relación terapéutica.

- **Cluster B**

- *Trastorno Antisocial de la Personalidad:* Ante este trastorno, la entrevista con estos pacientes puede ser complicada por la sensación de falsedad que suelen transmitir, estos pacientes no suelen ser demasiado claros e incluso a menudo pueden mentir, influyendo este aspecto a la hora de poder conseguir una entrevista fluida y sincera.

El terapeuta debería dejar claros los límites clarificando el rol de cada uno de ellos en la sesión, sin embargo, debería también evitar ser excesivamente crítico y mostrar el mayor grado de empatía posible, ya que ante sentimientos de juicio el paciente podría expresarse con conductas de rechazo, enfado o incluso violencia, en caso de que el paciente se muestre grosero, el clínico debería mostrar la máxima indiferencia posible sin reforzar estos aspectos y en caso de persistir finalizar la entrevista explicándole los motivos para esta decisión.

- *Trastorno Límite de la Personalidad:* La comunicación durante la entrevista con estos pacientes resulta complicada ya que la actitud que muestran en un momento determinado es de confianza y al siguiente todo lo contrario.

El terapeuta en estos casos debería evitar crear una relación de dependencia teniendo en cuenta la ausencia del control privado del YO que presentan estos pacientes, sin embargo, debería a la vez crear un clima de confianza adecuado en el que dirigir y apoyar las contribuciones del paciente.

➤ *Trastorno Histriónico de la Personalidad:* Estos pacientes pueden dar la sensación durante la entrevista de falta de sinceridad, ya que su necesidad de aceptación les puede llevar a querer dar una imagen que no se corresponde con la realidad del paciente. El terapeuta debería evitar una actitud demasiado cercana y procurar una actitud algo más directiva, contemplando preguntas más estructuradas y concretas que en otros casos, a la vez debería mostrar empatía ante los problemas del paciente dándole a entender que se le comprende, sin embargo, ante las típicas quejas sobre terceros se le debería insistir en que concrete y analice el motivo de éstas.

➤ *Trastorno Narcisista de la Personalidad:* Desde un primer momento el clínico debería poner límites claros al paciente a la vez que guía la entrevista de la manera más racional posible, evitando enojos o querer convencer al paciente sobre ciertos asuntos por el hecho de ser experto, ya que normalmente las interpretaciones que haga el clínico pueden ser rechazadas y especialmente si se enmarcan dentro de la superioridad del terapeuta en relación al paciente, sin embargo, ante las explicaciones que se le den y ante las negativas de éste, el terapeuta le debería pedir las razones para ello insistiendo en las propias.

A pesar de todo lo anterior, estos pacientes durante el transcurso de la entrevista se sienten cómodos, ya que sus aires de grandiosidad les invita a hablar continuamente de sí mismos, sin embargo, ante otro tipo de instrumentos como cuestionarios, es posible que aparezcan enfados o negaciones en relación a la cumplimentación de éstos, ante lo que el terapeuta debería ser firme en la explicación sobre la necesidad de la evaluación y recurrir al establecimiento de límites en el rol de cada uno.

- **Cluster C**

➤ *Trastorno de la Personalidad por Evitación:* Estos pacientes suelen mostrarse reservados y poco abiertos a dar información de sí mismos, de manera que el terapeuta debería procurar demostrar desde el principio de la entrevista que está interesado por su problema mostrando una especial comprensión y atención hacia lo que expone.

Son pacientes que necesitan confiar en un alto grado en las personas de su alrededor para abrirse, ya que suelen evitar activamente las relaciones sociales, por lo que podría ser más recomendable un tipo de entrevista más abierta y espontánea.

➤ *Trastorno de la Personalidad por Dependencia:* La entrevista con estos pacientes puede ser una tarea fácil en un primer momento, ya que suelen expresar sus sentimientos y problemas más íntimos con relativa facilidad. A pesar de esta muestra de colaboración, el terapeuta debería tener cuidado de no crear una relación terapéutica demasiado cercana que pudiera crear

dependencia por parte del paciente, de manera que a la vez que se muestra empático y cercano debería mostrar los límites de la relación.

En estos pacientes podría ser adecuado usar reforzamiento positivo en caso de que aparezcan desacuerdos durante las sesiones, siempre teniendo en cuenta la conveniencia o no de sus propuestas para su beneficio.

- *Trastorno Obsesivo-Compulsivo de la Personalidad*: La entrevista con estos pacientes debería transcurrir desde una postura lo más empática posible por parte del terapeuta hacia los problemas de éstos, que se suelen sentir incomprendidos por los demás.

Convendría realizar dos tipos de entrevista, comenzando por una más estructurada intentando que el paciente comprenda lo máximo posible las relaciones entre sus conductas y los problemas que nos presenta, y una más abierta intentando profundizar en los contenidos y las características individuales de sus problemas, a menudo complicados de acceder por parte del clínico.

♦ Otros Instrumentos de la FAP

Continuando con los instrumentos con los que actualmente cuenta la FAP, propuestos por diferentes autores, veamos algunos de los más relevantes hasta el momento:

- *Registro Abierto*: Este instrumento es propuesto por Kohlenberg y col. (2002) para poder ser usado por el terapeuta durante las sesiones clínicas, este registro tendría la función de poder anotar, ordenar y analizar en él todo aquello que ocurre durante el transcurso de la terapia y que es más relevante en relación a las características que propone la FAP, por ejemplo, aquello más relevante sobre la historia del paciente, las anécdotas más importantes, los problemas de su vida cotidiana o los objetivos que se van planteando durante la intervención.
- *Escala de Evaluación de Estrategias del Terapeuta en la Sesión*: Esta escala se propone por parte de Kohlenberg y col. (1999) y ha demostrado su fiabilidad y validez empírica para ser utilizada en los programas de entrenamiento de terapeutas.
- *Sistema de Evaluación Funcional de Habilidades del Terapeuta (FAST)*: Este instrumento es elaborado por Callaghan (2001), para medir las habilidades del terapeuta ante las conductas clínicamente relevantes del paciente que aparecen durante la sesión, para analizar la medida del uso de reglas terapéuticas desde la FAP y el manejo de las interacciones naturales.
- *Sistema Idiográfico de Evaluación de Conductas Clínicamente Relevantes del Paciente en Sesión (FIAT)*: Este instrumento es elaborado por Callaghan (2001), para evaluar las CCR del paciente durante el transcurso de la sesión terapéutica.

Como se observa, la FAP sigue avanzando en cuanto a su intervención y en cuanto a sus propias herramientas de evaluación que se van desarrollando de ella.

Aunque deberemos esperar a la llegada de nuevos instrumentos y la demostración de la validez de cada uno de ellos, hasta el momento, parece que la utilidad para el fin que se persigue estará asegurada.

ψ Conclusiones

En la revisión de los aspectos más importantes del presente trabajo se podrían considerar ciertas cuestiones, tanto de cara a la creación de hipótesis como de cara a futuras investigaciones al respecto de los temas principales aquí considerados.

En primer lugar, se ha analizado la terapia psicoanalítica-funcional como modelo que parte de supuestos teóricos y prácticos sólidamente fundamentados en la investigación experimental más rigurosa sobre el comportamiento humano, sin embargo, la FAP aun debe seguir avanzando en este sentido demostrando en un mayor número de estudios datos empíricos y fiables, a pesar de ello, por el momento se dispone de datos que parecen sugerir que este modelo podría ser en un futuro próximo una de las psicoterapias de elección dentro de la corriente cognitivo-conductual.

Entre algunos de los estudios con los que cuenta la FAP, se puede encontrar el abordaje a trastornos depresivos o a trastornos de la personalidad, para estos últimos tenemos el ejemplo del estudio sobre la intervención realizada por Callaghan y col. (2003), en el tratamiento del trastorno narcisista e histriónico de la personalidad en el que los resultados muestran mejorías significativas en los pacientes.

Siguiendo en la línea de los resultados obtenidos por alguno de los trabajos de la FAP, como aspecto principal del proyecto se han pretendido demostrar los beneficios que esta psicoterapia podría aportar al tratamiento de los trastornos de la personalidad, tal y como se ha propuesto en éste.

El principal supuesto del que se ha partido para considerar este estudio, se ha basado en el resultado que se podría obtener por el hecho de tener en cuenta el tipo de rol a desempeñar por el terapeuta atendiendo a la personalidad del paciente que viene a consulta, considerando este rol, como una de las variables más importantes en el tratamiento psicológico en clínica.

En este sentido, un aspecto especialmente relevante es la importancia que otorga la FAP hacia la relación terapéutica, por ello se considera que serían recomendables futuros estudios que pudieran establecer con más precisión y claridad las variables que influyen en la eficacia de las psicoterapias y el grado en el que influye cada una de ellas, variables tal y como las que hemos comentado en el inicio de este proyecto en relación al paciente, al profesional y a la relación terapéutica, ya que sin duda, sería interesante esclarecer si se tratan de un añadido más a la terapia o aportan luz propia tal y como podría ocurrir desde la FAP.

Siguiendo con la relación terapéutica, los métodos basados en la relación estrecha durante las sesiones de la psicoterapia analítica-funcional actúan como el ambiente en el que se puede cambiar de control público (terapeuta) a control privado (paciente), por lo que sería así mismo relevante descubrir hasta que punto el terapeuta puede producir beneficios mediante la relación terapéutica, consiguiendo por parte del paciente un mayor control privado del YO en los casos en los que se necesite.

En este sentido, sabemos que los individuos difieren en cuanto al grado de control de estímulos públicos y privados en la formación de su personalidad, sin embargo, como se ha podido analizar en el transcurso del proyecto, los trastornos de la personalidad suelen presentar especialmente problemas en este sentido. Además, en relación a la personalidad, sería interesante investigar como la influencia del ambiente, además de la de los genes, podría ser decisiva en numerosas ocasiones, ya que como se ha observado, existe la importancia de múltiples efectos de la influencia ambiental sobre la manifestación o inhibición de diferentes capacidades cognitivas.

Por otro lado, se ha analizado como la mayoría de los trastornos de la personalidad presentan problemas interpersonales, bien por evitación de situaciones sociales, bien por sumisión o por un escaso repertorio de las habilidades sociales, en este sentido, la FAP podría aportar beneficios en cuanto al funcionamiento interpersonal de estos pacientes como se ha visto, usando la relación terapéutica y el entorno de la sesión como modelo de las relaciones interpersonales del paciente.

Otro de los aspectos relevantes a la hora de estudiar en más profundidad, sería el hecho de poder incidir en los pensamientos y emociones del paciente según la información proporcionada en cada caso, tal y como podría haber ocurrido en el trabajo presentado anteriormente por los autores Kanter, Kohlenberg y Loftus (2002, 2004), en el que se cree que la información que se daba con antelación a los pacientes podría ser el motivo del cambio en el modelo A-B-C tradicional, en este sentido, podría ser que relevante estudiar el modo de proceder al inicio de cada sesión para aprovechar el máximo beneficio posible que se quisiera conseguir en cada una de ellas con los pacientes.

Finalmente, mediante la revisión de diferentes bibliografías se han realizado ciertas propuestas sobre los objetivos de las CCR2 a conseguir en los trastornos de la personalidad como posible guía de estudio, así como guías de las características principales a tener en cuenta en las entrevistas con cada uno de estos pacientes, cuestiones que podrían ser relevantes a la hora seguir estudiándolas. Además, otro aspecto a tener en cuenta, podría ser la creación de autorregistros para el terapeuta con el fin de analizar a los pacientes según los rasgos de la personalidad de éstos, lo que podría ser una herramienta relevante sobre las actitudes características del propio paciente, ya que dentro de cada trastorno de la personalidad existen diferencias individuales significativas.

Éstos y otros muchos factores quedan a la espera de nuevas propuestas empíricas que permitan continuar en el camino de la psicoterapia analítica-funcional dentro de la psicología clínica.

Bibliografía

- Arribas, J. A. (2003). *Valoración de las actitudes del terapeuta por pacientes toxicómanos en régimen de internado*. Programa de Doctorado: pedagogía política, curricular y social. Universidad de Burgos, Departamento de Ciencias de la Educación.
- Belloch, A. y Fernández-Álvarez, H. (2008). *Trastornos de la personalidad*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Callaghan, G. M., Summers, C. J. & Weidman, M. (2003). *The treatment of histrionic and narcissistic personality disorder behaviors: A single-subject demonstration of clinical improvement using Functional Analytic Psychotherapy*. Journal of Contemporary Psychotherapy, Vol. 33, No. 4, pp. 321-339.
- Del Río, C. (2012). *Guía de ética profesional en psicología clínica*. Madrid: Pirámide.
- Fernández, A. y Ferro, R. (2006). *Psicoterapia analítico-funcional: una aproximación contextual funcional al tratamiento psicológico*. En Dialnet, EduPsykhé, Vol. 5, No. 2, pp. 203-229.
- Ferro, R. (2008). *Recent studies in Functional Analytic Psychotherapy*. International Journal of Behavioral Consultation and Therapy, Vol. 4, No. 2, pp. 239-249.
- Ferro, R., Valero, L. y López, M. A. (2009). *La conceptualización de casos clínicos desde la psicoterapia analítica funcional*. Papeles del psicólogo, Vol. 30, (3), pp. 255-264.
- Ferro, R., Valero, L. y López, M. A. (2007). *Novedades y aportaciones desde la psicoterapia analítica funcional*. Psicothema, Vol. 19, No. 3, pp. 452-458.
- Ferro, R., Valero, L. y López, M. A. (2012). *Treatment of a disorder of self through functional analytic psychotherapy*. International journal of behavioral consultation and therapy, Vol. 7, No. 2-3, pp. 45-51.
- 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, Vol. 26, No. 106, pp. 291-317.
- Gabucio, F., Minervino, R. A., Domingo, J. M., Lichtenstein, F., Limón, M., Romo, M. y Tubau, E. (2009). *Psicología del pensamiento*. Barcelona: FUOC.
- Gaynor, S. T. & Lawrence, P. S. (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.
- Jayme, M. (2009). *L'estudi científic de la personalitat: concepte i definicions de personalitat*. Barcelona: FUOC.
- Kohlenberg, R. y Tsai, M. (2001). *Hablo, luego existo: una aproximación conductual para entender los problemas del yo*. Escritos de psicología, Hemeroteca, 5, pp. 58-62.
- Kohlenberg, R. y Tsai, M. (2008). *FAP. Psicoterapia analítica funcional. Creación de relaciones terapéuticas intensas y curativas*. Málaga: Servicio de publicaciones de la Universidad de Málaga. Papeles del Psicólogo, Vol. 30, (2), pp. 175-176.
- Kohlenberg, R., Tsai, M., Ferro, R., Valero, L., Fernández, A. y Virués-Ortega, J. (2004). *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 (2005), Vol. 5, No. 2, pp. 349-371.
- Limonero, J. T., Casacuberta, D., Álvarez, M., Rovira, T., Sanz, A., Villamarín, F. y Gómez, P. (2009). *Motivación y Emoción*. Barcelona: FUOC.

- López-Ibor, J.J. y Valdés, M. (2007). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. DSM-IV-TR. Barcelona: Masson.
- Mañas, I. (2007). *Nuevas terapias psicológicas: La tercera ola de terapias de conducta o terapias de tercera generación*. Universidad de Almería. Gaceta de psicología, 40, 26 – 34.
- Matud, M^a. P., Marrero, R. y Carballeira, M. (2010). *Psicología diferencial*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- Miras, M. (1991). *Educación y desarrollo. Infancia y aprendizaje*, 54, 3 – 17.
- Miró, J. y Nieto, R. (2011). *Guía de estudio de terapia de conducta*. Barcelona: FUOC.
- Muñoz, E., Pozo, J. I., Redolar, D., Sansa, J. y Vidal, J. (2009). *Psicología del aprendizaje*. Barcelona: FUOC.
- Pérez, M., Fernández, J. R., Fernández, C. y Amigo, I. (2011). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Simón, V. M. (1997). *La participación emocional en la toma de decisiones*. Universidad de Valencia. Psicothema, Vol. 9, No. 2, pp. 365 - 376.
- Vallejo, M. A. (1998). *Manual de terapia de conducta. Volumen I*. Madrid: Editorial Dykinson.