

En qué de basa la FAP (PAF) y qué aporta

Juan José Ruiz Sánchez
Inmaculada Ruiz Miñarro

1. Psicoterapia Analítico Funcional: orígenes y fundamentos

1.1. ¿Qué es la PAF?

La Psicoterapia Analítico-Funcional –FAP en inglés- surgió a finales de los años 80 y comienzos de los 90 del pasado siglo como una nueva aportación y desarrollo de la terapia de conducta clásica y una alternativa a la psicoterapia tradicional. Se presentó por primera vez en un libro publicado en 1987 por Jacobson sobre la actuación de los psicoterapeutas conductuales y cognitivos en la práctica clínica, y donde Kohlenberg y Tsai (1987) desarrollaban los principios de la FAP. Más tarde, Kohlenberg y Tsai (1991) publicaron el manual donde desarrollaban extensamente las características y técnicas de la FAP.

La psicoterapia analítico-funcional está basada en los principios del conductismo radical, y se centra fundamentalmente en las contingencias que ocurren durante la sesión terapéutica, el contexto terapéutico, la equivalencia funcional entre los ambientes, el reforzamiento natural y el moldeamiento (Kohlenberg y Tsai, 1991, 1994a, 1995). La FAP usa dos principios básicos del Análisis de Conducta: *la evaluación funcional de los problemas del cliente, y la aplicación de la intervención en vivo dentro de la propia sesión terapéutica* (Kanter et al., 2004). Forma parte junto a la Terapia de Aceptación y Compromiso (Acceptance and Commitment Therapy –ACT) (Hayes, Strosahl, y Wilson, 1999) del movimiento o perspectiva más amplia denominado Análisis de la Conducta Clínica y está incluida como terapia de conducta de tercera generación (Hayes, 2004; Kohlenberg, Bolling et al., 2002), junto con la ya mencionada ACT, la Activación Conductual y la Terapia Conductual Integral de Pareja (Cautilli, Riley-Tillman, Axelrod y Hineline, 2005; Hayes y Bissett, 2000; Mulick, Landes y Kanter, 2005).

Aunque desde sus inicios la FAP ha hecho diversas aportaciones a la terapia de conducta, sin duda la más relevante es el *uso de la relación terapéutica como una manera de promover el cambio en la conducta del paciente*. Como indica Pérez Álvarez, en la FAP se toma la relación terapéutica más como una

condición natural que como un lugar de entrenamiento. La terapia se basa en el análisis funcional de las conductas del cliente y del terapeuta dentro de la propia sesión, en la que se propone llevar a cabo la intervención dirigida a obtener un cambio significativo en el comportamiento del cliente. En palabras de Pérez Álvarez (2004), la FAP convierte la relación terapéutica en una auténtica relación terapéutica. Según este autor, hacer terapéutica la propia relación terapéutica consiste en utilizar la relación clínica como un lugar para promover un cambio personal del cliente, trabajando de manera tan natural que los resultados se generalicen por sí solos. Las aportaciones más desarrolladas de la FAP se han centrado en la terapia, pero también en la conceptualización de diversas alteraciones y fenómenos conductuales como el trastorno depresivo, el trastorno por estrés post-traumático, trastornos de personalidad, problemas en la relación de parejas, o aspectos psicológicos del dolor crónico. Al margen de las aplicaciones clínicas otra de sus aportaciones es su teoría de la personalidad desde una visión plenamente conductual. En ella se explica cómo surge el concepto de «uno mismo» (self) de una manera funcional, considerándolo como un fenómeno de conducta verbal.

1.2. Fundamentos teóricos

La FAP tiene un marcado carácter ideográfico, se fundamenta en el análisis de la conducta del cliente que ocurre durante la sesión, especialmente la conducta verbal, las contingencias de reforzamiento natural y el moldeamiento, y la equivalencia funcional del contexto clínico con la vida diaria de éste (Kohlenberg & Tsai, 1991, 1995).

La relación terapéutica es esencialmente una relación verbal. De hecho casi todas las psicoterapias son terapias verbales. Así pues, desde la FAP es algo principal entender cuáles son las funciones de la conducta verbal en esa relación. Siguiendo los planteamientos skinnerianos, se presta especial atención a dos de las funciones del lenguaje: los tactos y los mandos. Los *tactos* (Skinner, 1957/1981) se refieren a la conducta verbal que es evocada y diferenciada por situaciones concretas y particulares. Depende por tanto de un control discriminativo y está mantenida por reforzadores generalizados. Estos representan la clásica función «referencial» del lenguaje. Así pues, los tactos suponen acciones como: nombrar, describir, identificar, anunciar, referir, denotar, mencionar, hablar acerca de algo, etc. Por otro lado, *los mandos* se definen (Skinner, 1957/1981) como una operante verbal en la que la respuesta es reforzada por una consecuencia característica y, por consiguiente, está bajo el control de las condiciones de privación o estimulación aversiva. Serían, por tanto, operantes verbales no discriminadas que por lo general implican acciones como: pedir, demandar, requerir, ordenar, mandar, etc. Es frecuente que la relación verbal se presente con una morfología de tacto pero con función de mando. Skinner los

definió como *tactos impuros* y Kohlenberg y Tsai, se refirieron a ellos como *mandos disfrazados*. Este tipo de mandos disfrazados tienen una importancia capital en la FAP por cuanto que sirven para identificar correctamente las Conductas Clínicamente Relevantes (CCR) y son una manera de promover la generalización y la equivalencia funcional entre ambos contextos: clínico y cotidiano.

La tarea fundamental del terapeuta será clasificar la conducta del cliente según su función (tacto, mando, mando disfrazado) y si está referida a la situación clínica, a su vida cotidiana o tiene causación múltiple (Kohlenberg & Tsai, 1991) En algunos casos parece que se nos anuncia algo y por tanto se diría que son tactos, sin embargo un análisis detallado de la secuencia conductual nos aporta elementos suficientes para concluir que nos están mandando algo. Otros ejemplos de mandos disfrazados son más sofisticados y llegan a abarcar secuencias conductuales más amplias.

Como señalábamos antes, mediante la observación natural de la conducta del cliente, el terapeuta debe identificar las CCR y clasificarlas. Relacionar lo que el cliente hace dentro de la consulta y fuera de ella será una constante en la FAP; además de resultar funcional para el terapeuta en cuanto a la identificación de CCR también será funcional para el cliente identificar y tomar perspectiva sobre sus problemas y la solución.

La herramienta fundamental que tiene el terapeuta de FAP será su propia reacción como posible contingencia respecto a la conducta del cliente. De forma continua va a estar utilizando el *moldeamiento* y el *reforzamiento diferencial*. El procedimiento de moldeamiento por aproximaciones sucesivas fue ya descrito por Skinner (1938/1975), y consiste en reforzar diferencialmente las respuestas aproximativas hasta la respuesta-objetivo final que se desea conseguir, en este caso las mejorías. Además, ese reforzamiento diferencial supone que el terapeuta irá reforzando las conductas consideradas como adecuadas, y extinguiendo las no deseadas. En FAP se emplea el *reforzamiento social de manera natural* en la propia interacción. En lugar de utilizar formas de reforzamiento artificial (como por ejemplo felicitarlo por algo que haya hecho bien), el terapeuta de FAP sigue la conversación, reaccionando con gestos a esa exposición expresada, manteniendo la sonrisa y el contacto ocular, alegrándose; o haciendo gestos negativos si quiere castigar alguna afirmación del cliente, etc. El contexto clínico es un espacio protegido, un sitio seguro, con un terapeuta que escucha y no juzga, que va a prestar atención de manera natural a lo que dice, que va a reforzar muchas de esas afirmaciones, que va a validar lo que diga.

El terapeuta, pues, va a ser una «audiencia no punitiva» (Skinner (1953/1981), no tanto porque el cliente pueda expresar emociones y «desahogarse», sino porque va recibir atención y contingencias diferentes a las que se dan en su vida diaria. A lo largo de la relación terapéutica se va a ir creando una relación profunda, lo que suele conocerse como «empatía» o «alianza terapéutica». Pero

en FAP no es un efecto añadido de la terapia, sino que es el efecto que se busca expresamente. Para lograrlo, el terapeuta ha de tener en su repertorio ya esa forma de respuesta inmediata y natural, que difícilmente se puede aprender por reglas, sino por experiencia directa. En el manual Kohlenberg y Tsai (1991) sugieren distintos estilos de reforzamiento natural directo o indirecto a seguir por parte del terapeuta.

Otra fundamentación de FAP son los conceptos de «*equivalencia funcional*» y «*transferencia de función*». Para conseguir que los avances dentro de la terapia se generalicen fuera, no se utiliza la simulación o role-playing sino la equivalencia funcional que se establece entre lo que ocurre dentro y fuera de la consulta. Se habla de equivalencia funcional cuando los factores de control de una conducta son similares, es decir, si las variables antecedentes y consecuentes son las mismas en ambos contextos. Los problemas del cliente deben ser tratados como clases de respuestas. Todas ellas serían una única clase de respuestas, con una equivalencia funcional con la sumisión que muestra en su vida diaria. Por su parte, el concepto de «*transferencia de función*» implica no solo que las conductas en ambos contextos sean equivalentes funcionalmente, sino que la función que tienen en un contexto puede hacer que cambie en el otro. Así, en ese mismo ejemplo, si el terapeuta consigue que el cliente se rebele, se enfrente a él, se espera que, de forma similar, esa nueva función en terapia se transfiera a su vida diaria y también conteste.

Kohlenberg y Tsai (1991) defienden que la conocida «*transferencia psicoanalítica*» no es sino una conducta operante que ocurriría debido a la similitud entre la situación presente durante la terapia y aquellas otras situaciones similares experimentadas por el cliente en su pasado o en su vida social actual. En este sentido, desde FAP se va a proporcionar la transferencia de fuera-adentro, creando situaciones dentro que provoquen los problemas para que el terapeuta tenga ocasión para moldearlas, y también transferencia dentro-afuera para que lo cambiado durante la sesión se generalice a la vida diaria de esa persona.

1.3. Transferencia y Contratransferencia del Psicoanálisis a la FAP: Como se maneja la relación terapéutica en otros enfoques y en la FAP

1.3.1. La relación terapéutica y las ciencias del cerebro

Las neurociencias están de moda en el campo de la salud mental tanto en su vertiente investigadora como en formato de teoría explicativa. El «*cerebro centrismo*» (Pérez, 2011) es el nuevo modelo «*epistémico*» desde el que abordan científicamente los problemas humanos.

Desde esa óptica, todos los problemas, dificultades y eventos de la vida humana son cosas del cerebro (Damasio, 2010; Gazzaniga, 2012). ¿Pero esas aportaciones son tan relevantes para el psicólogo y su cliente concreto? ¿Acaso le

orienta sobre cómo tratar los asuntos de la vida y las personas que habitan y transcurren en la misma? ¿Esas neuroimágenes cerebrales, esos datos neurofisiológicos o bioquímicos, además de su verdadera utilidad en casos con déficit orgánicos reales, y no solo inferidos, le van a decir de cómo abordar al señor Z., o a la adolescente M. más allá de que su colega psiquiatra le recete unos fármacos que pueden ser necesarios, según qué casos, y totalmente irrelevantes en muchos de ellos? .

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

La tradición relacional en salud mental sin embargo no es algo nuevo, sino que se retrae a los orígenes mismos de la psicoterapia y en concreto al psicoanálisis freudiano y actualmente encuentra una acogida positiva sorprendente en la tradición cognitiva-conductual; una perspectiva presentada como puramente reduccionista y tecnológica. De hecho, se encuentran más afinidades de las supuestamente esperadas entre la tradición psicoanalítica y las nuevas terapias conductistas radicales-contextualistas de tercera generación (Pérez, 2013): perspectiva biográfica de ambos enfoques, la referencia a lo no consciente bien como lo deseado inconscientemente o la función inadvertida de la conducta, lo esencial de la relación terapéutica como eje del cambio, la radicalidad del peso de las experiencias tempranas, la reivindicación de lo relacional frente al cerebrocentrismo, preponderancia de la epigenética frente a la genética (genética abierta a la influencia ambiental frente al código genético cerrado e inmodificable), etc.

Consideramos tres perspectivas que utilizan conceptos relacionales básicos de larga tradición: la transferencia y contratransferencia. A pesar de las diferencias reales entre los modelos psicoanalíticos, los cognitivos y los contextualistas-conductistas, su sinergia complementaria enriquecen el potencial del/la terapeuta.

1.3.2. La perspectiva psicoanalítica y sus variantes: Desde el modelo pantalla neutral al modelo participante activo.

Transferencia y contratransferencia son dos conceptos de origen psicoanalítico que desde una postura restrictiva solo pueden ser aplicados y explicados desde la práctica clínica psicoanalítica, pero que para muchos autores sobrepasan el marco de referencia tradicional original. Según Laplanche y Pontalis (1968) la transferencia solo tiene sentido en la cura psicoanalítica y se define como una repetición de prototipos infantiles donde los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertas relaciones objetales. Así desde la perspectiva clásica hay una transferencia positiva débil donde se movilizan sentimientos amistosos y afectuosos del paciente hacia el terapeuta y una transferencia positiva erotizada que en la práctica se muestra como negativa, ya que es sinónimo de resistencia, en cuanto detiene el trabajo asociativo del analizado. La transferencia propiamente negativa se caracteriza por la expresión de sentimientos hostiles y de enojo hacia el psicoanalista. Lacan (1981) sostuvo que conviene una transferencia negativa suave para el mejor fluir del tratamiento. Según los autores anteriores se caracteriza por las reacciones inconscientes del analista hacia el analizado y más concretamente la transferencia de este.

En 1914 Freud y sus afines entendían la transferencia como resistencia a la cura, pues la repetición de modelos anteriores deviene en una resistencia a analizarlos, pudiendo conllevar la interrupción del tratamiento. Por ello hay que analizar la transferencia para llegar a la cura por el desenmascaramiento de la misma mediante el trabajo interpretativo del análisis. Existen muchas variantes de claves transferenciales: los signos de enamoramiento hacia el terapeuta; la tendencia a comprobar el poder de sus atractivos haciendo descender al analista al puesto de amante, la tendencia a seguir las indicaciones del terapeuta sin apenas cuestionamiento, las rápidas mejorías sin trabajo y esfuerzo paralelo, y otros signos más sutiles como llegar frecuentemente tarde a las citas, alusiones frecuentes a otros profesionales, etc. Igualmente entre las claves contratransferenciales podrían encontrarse interpretaciones del terapeuta excesivamente sarcásticas, sentir que los comentarios del analizado hacia su persona son importantes, discutir con el paciente, ayudar al paciente más allá de la sesión, impulsos de pedirle favores al paciente, soñar con el paciente, interés excesivo en el paciente, incapacidad para entender el material a analizar cuando el paciente refiere temas similares a los vividos por el analista, descuido en mantener el encuadre, reacciones emocionales intensas, maniobras de apoyo narcisista al paciente, fomentar la dependencia excesiva del paciente a través del apoyo excesivo a este, compulsión a hablar frecuentemente del paciente, etc. Freud había llegado a plantear ambos fenómenos a través de un proceso de años de trabajo y reflexión clínica; siendo dos casos paradigmáticos en ésta formulación el caso de Ana O. atendida por Breuer (Freud & Breuer, 1895) donde la transferencia ya

no es una carga de energía corporal sino unos deseos afectivos dirigidos hacia el propio medico (de hecho se enamoró de Breuer con el consiguiente enfado de la esposa de éste, abandonando el tratamiento que continuo Freud); y por otro el caso de Dora de 1905, que es un análisis de un fracaso del tratamiento por interrupción prematura del mismo tras haber manifestado una resistencia transferencial inadecuadamente abordada. Ya en 1904 Jung había propuesto a Freud que el propio analista fuera analizado. Así, 40 años después en la década de los años 1950-1960 la contratransferencia se veía desde dos posiciones psicoanalíticas contrapuestas; como un obstáculo a superar (Reich, Glover, Fliess) o como un instrumento valioso para entender el posicionamiento del paciente y fomentar el cambio o cura (Heimman, Racket, Winnicot).

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

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

Otra propuesta deriva del enfoque psicoanalítico de la teoría del apego de J. Bowlby (Marrone, 2001) que cuestiona el enfoque proyectivo de la transferencia como un impulso o deseo inconsciente reprimido y propone que a la base de esos fenómenos están modelos de representación mental derivados de experiencias tempranas de apego reales (modelo muy influyente en algunas concepciones cognitivas de terapia). Además cuestiona el modelo pulsional por los potenciales peligros que conlleva como la invalidación de percepciones acertadas del paciente por el supuesto saber del terapeuta, la invalidación de la autonomía del paciente al interpretarse como paso al acto o defensa narcisista, la frialdad afectiva de la distancia del analista ante pacientes con experiencias y carencias de apego anómalas y sobretodo la atribución de resistencias al paciente ante sus interpretaciones obviando circunstancias psicosociales externas y ambientales difíciles que dañan al paciente.

La variante más novedosa dentro del psicoanálisis actual es la llamada perspectiva relacional. El método terapéutico básico del psicoanálisis clásico se basa en tres procesos fundamentales: La asociación libre, el análisis de los fenómenos de transferencia y contratransferencia y el análisis de la resistencia. Tales análisis se acompañan de unos elementos de encuadre o reglas de trabajo para el paciente (regla básica de la asociación libre) y el terapeuta (regla de abstinencia y de la atención flotante) (Ruiz y Cano, 1999). Ahora bien, el psicoanálisis relacional de ímpetu actual viene a cuestionar todo lo anterior en mayor o menor medida. Postula la importancia de la relación que se establece aquí y ahora en la sesión terapéutica es un producto de la historia y espontaneidad de ambos contribuyentes (Coderch, 2010). Plantean que la neutralidad absoluta del terapeuta es imposible, y que la contratransferencia debe ser considerada para la buena marcha del proceso de la terapia. La transferencia, la contratransferencia y la resistencia son fenómenos co-creados del terapeuta y paciente; y el terapeuta debe preguntarse siempre cómo ha contribuido desde su perspectiva e historia personal a los mismos. Además retoman una relectura de Freud desde la clínica frente al de la teoría, y le presentan como mucho más activo en las sesiones que como se presupone. Defienden que el psicoanálisis debe estar abierto a otras disciplinas como las neurociencias y la psicología cognitiva. Argumentan que la interpretación de la transferencia no es el factor terapéutico fundamental sino la relación entre el psicoanalista y el paciente, siendo este una especie de objeto bueno. El paciente no solo puede presentar un problema conflictivo sino también uno deficitario o pragmático que requiere de intervenciones diferentes más activas (como defendieran Ferenczi, Fairbairn o Winnicott). Así, distinguen entre la transferencia de conflicto (inconsciente, reprimida e interpretable) y la transferencia de déficit (que representan necesidades dirigidas a objetos) que requieren intervenciones y puestas en escena por parte de ambos contribuyentes (enactment) y que se formulan teóricamente introduciendo conceptos nuevos como el de inconsciente procedimental versus el declarati-

vo, etc. Se cuestiona fuertemente la concepción pulsional tradicional donde los deseos inconscientes endógenos se repiten en las relaciones, minimizando el papel de la realidad que suele aparecer como limitante del deseo inconsciente. En cambio, desde el psicoanálisis relacional los deseos inconscientes derivan de relaciones reales. La realidad está presente en la relación del sujeto con su entorno, de hecho de esa relación derivan todos los fenómenos psíquicos. El self social donde lo afectivo-relacional es lo central y no lo pulsional. Es llamativa que la visión anti-cartesiana también es compartida por la tradición conductista skinneriana y post-skinneriana y por la psicología cognitiva anti-mentalista (Piaget, Vigostsky).

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

La terapia cognitiva nace como una revisión del psicoanálisis (Ellis & Grieger, 1990; Beck, Rush, Shaw & Emery, 1983) en un momento de crisis de la teoría metapsicológica del psicoanálisis y como una alternativa heurística para comprender el sufrimiento del paciente mediante la identificación del significado personal que da este a su experiencia. Se propone renovar la teoría y la praxis a partir de lo que piensa y siente realmente el paciente deshaciéndose de elucubraciones metapsicológicas. Sin embargo, en la tradición cognitiva estándar (Ellis y Beck) la relación terapéutica tiene un papel secundario a la conceptualización cognitiva e intervención técnica. Este punto es fuertemente cuestionado desde dentro de la misma tradición cognitiva por diversos motivos. La Terapia Cognitiva de Beck y la Terapia Racional Emotiva Conductual de Ellis consideran que los fenómenos de la transferencia, contratransferencia y resistencia derivan de cogniciones disfuncionales del terapeuta o el paciente que normalmente aparecen en la aplicación de la evaluación y tareas entre sesiones. La transferencia derivaría de una percepción errónea o irracional del paciente sobre el terapeuta, lo que se puede esperar de éste, y que le lleva a experimentar una serie de sentimientos positivos o negativos y a manifestar una serie de conductas (resistencias) que impedirían el desarrollo adecuado de la terapia. La contratransferencia entraría en la misma concepción. Esos fenómenos que pueden aparecer en la terapia, sin embargo para Ellis o Beck no tienen un papel especial, y se abordan como otras distorsiones o creencias disfuncionales. Sin embargo, en honor a la realidad, ambos autores han dedicado una especial atención a estos temas refiriendo una serie de cogniciones disfuncionales que contribuyen a estos problemas y cómo manejarlas.

Desde una perspectiva cognitiva más constructivista, Guidano y Liotti (1983) plantean que la resistencia es un proceso normal que se genera al revisar los esquemas cognitivos tácitos y es un proceso que hay que respetar más que eliminar si se pretende que el cambio sea progresivo, en vez de regresivo. Aquí

esas resistencias se contextualizan en el marco de la historia personal donde aparecieron y el papel que tuvieron en ese momento.

En suma, recogiendo ambas perspectivas (preconstructivista y constructivista), o bien se plantea una estrategia de modificación o bien de respeto de la resistencia, en base a la comprensión de su significado personal. Ya en 1992 (Ruiz, 1992) y después en revisión del año 2002 (Ruiz y Cano, 2002) presentaron la importancia central de la relación terapéutica desde el modelo cognitivo: las cogniciones tienen historia que se generan en un contexto biográfico y evolutivo; tienen fuerzas y grados de accesibilidad variables; las cogniciones pueden interactuar entre sí, siendo conflictivas a veces (fenómenos de conflicto, disociación, etc.) y existe un fuerte vínculo entre los significados personales más importantes y los vínculos afectivos tempranos significativos. También se plantearon en esos trabajos la importancia del manejo de la cognición interpersonal y el cambio terapéutico en la misma sesión detectando los aspectos puestos en ella y los significados relacionados con el aquí y el ahora de la sesión (Ruiz y Cano, 2002; pp. 107-143).

Paralelamente, Safran y Segal (1994) presentaron un modelo cognitivo relacional basado en la teoría interpersonal de Sullivan, la teoría del apego de Bowlby, los modelos cognitivos, las modernas teorías de las emociones y otros aportes psicodinámicos. Es de notar que Jeremy Safran es un exponente relevante del psicoanálisis relacional que ha contribuido también a la terapia cognitiva en su doble condición de psicoanalista y terapeuta cognitivo al menos en esos años. Safran, más recientemente ha continuado contribuyendo al campo general de la psicoterapia con sus aportaciones sobre la alianza terapéutica como componente esencial del cambio relacional (Safran & Muran, 2005). El manejo cognitivo relacional de Safran y Segal (1994) expone que a través de las relaciones con otras personas significativas se generan reglas inconscientes que guían el procesamiento de la información emocional y generan actitudes disfuncionales. En la terapia se suelen activar esos esquemas y es necesario trabajar con ellos de modo inmediato. La principal herramienta del terapeuta cognitivo interpersonal es la observación participante (concepto originario de Sullivan) que permite por parte del terapeuta sentir cómo la relación con el paciente le afecta y como se ve impulsado a participar en ella. En ese proceso de observación el terapeuta metacomunica sus observaciones, sobre todo aquellas que desmienten los ciclos complementarios que confirman los esquemas disfuncionales del paciente, siendo necesario que el mismo advierta sus propios sentimientos e impulsos a la acción; y expresando en sus palabras y acciones una nueva perspectiva descentrada y diferente de los esquemas relacionales del paciente. Para ello el terapeuta se debe a una disciplina emocional que conlleva hacerse con frecuencia una serie de preguntas básicas: (1) «¿Cómo me siento ahora mismo con este paciente y qué me veo impulsado a hacer? Una vez

que observo esto tengo posibilidades de desengancharme y completar los esquemas disfuncionales de este paciente», (2) «¿Qué marcadores interpersonales del paciente (conductas de aquel, cosas que dice o hace éste suscitan mis reacciones emocionales?» y (3) «¿Cómo puedo metacomunicar esta experiencia al paciente de modo que desmienta la experiencia complementaria y le descentre de sus esquemas relacionales disfuncionales? (Safran & Segal, 1994, p. 187-243).

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

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

Supuestamente el conductismo murió sobre finales de los años 60 con el nacimiento de la revolución cognitiva, debido a argumentos que lo describían como simplista y reduccionista en extremo; especialmente por haber dejado de lado temas importantes como los fenómenos cognitivos subjetivos, el análisis de los aspectos inconscientes, los aspectos relacionales, el lenguaje, los problemas existenciales, la psicosis y los trastornos de personalidad. En palabras del español Marino Pérez (2004, 2011 y 2013), el caso es que no solo sigue vivo, sino que además ha crecido y se ha multiplicado. La psicología cognitiva se hizo el paradigma predominante en muchas universidades a nivel mundial, pero treinta años después ni esta desterró al conductismo, ni este último desterró al psicoanálisis, estando vigentes todas estas corrientes en la actualidad. De hecho, asistimos a una puesta en escena desde finales de los 90 de toda una revolución de las llamadas terapias de terceras generación (terapia de aceptación y compromiso, psicoterapia analítica funcional, terapia dialéctica conductual, terapia de activación conductual, terapia integral de pareja, terapia cognitiva basada en mindfulness, etc.); en su gran mayoría en la estela del conductismo radical skinneriano y postskinneriano. Las nuevas contribuciones tienen varias señas de identidad: nuevas formas de hacer psicoterapias alejadas del modelo médico de lucha contra el síntoma o trastorno, papel del contexto socio-verbal en la creación y mantenimiento de los problemas psicológicos, importancia de un cuerpo de investigación que respalde la terapia y sus fundamentos teóricos,

papel del lenguaje en la conformación de la subjetividad y un fuerte énfasis en el análisis funcional de la conducta verbal y no verbal desde nuevas teorías contextuales-conductuales (p.e teoría del marco relacional de Hayes y cols. 2001).

Las terapias conductistas-contextualistas de tercera generación se caracterizan por la importancia del análisis funcional, es decir conocer al servicio de qué propósito está la conducta en cuestión; la explicación conductual de los fenómenos cognitivos y emocionales subjetivos sin requerir constructos mentalistas, computacionales o neurobiológicos de complicada réplica. También es relevante la regulación conductual para llevar una vida significativa; es decir orientada a valores y no a la evitación del malestar a toda costa (evitación experiencial). El análisis del lenguaje y sus funciones de manera funcional (teoría del marco relacional), e importancia de la relación terapéutica en muchos casos, incluso más que las técnicas conductuales, son otros aspectos esenciales. Dentro de estas nuevas psicoterapias, la psicoterapia analítica funcional (FAP) de Kohlenberg y Tsai (2007) basada en el conductismo radical de Skinner, sus autores se centran en la importancia de la relación terapeuta-cliente dentro del contexto de la sesión y en la importancia de replicar en investigación clínica los resultados de esta terapia que ha sido aplicada a multitud de problemas, desde trastornos de ansiedad, depresivos, de alimentación, trastornos de personalidad; etc.; y especialmente combinada a otros enfoques de tercera generación, en especial a la terapia de aceptación y compromiso. Para la FAP la conducta relevante es la que ocurre en la misma sesión, y no tanto la referida o relatada fuera de ella (salvo que esta se relacione con lo presentado en la sesión aquí y ahora). Todas las conductas que ocurren en la sesión están sujetas a las condiciones de refuerzo, y el terapeuta trata de identificar aquellas que son relevantes para el caso en cuestión a fin de moldear y modificar esas conductas en la misma sesión a fin de que esos cambios se generalicen a la vida de paciente; contando en especial con el análisis de las funciones de la conducta verbal del paciente (Ferro Valero & López, 2009).

La FAP no expone la transferencia y la contratransferencia en términos mentalistas como un proceso inconsciente que ocurre en la mente del paciente y el terapeuta sino en términos de intercambio conductual operante que ocurre en la misma sesión y que puede ser observado en la misma a través de las conductas clínicamente relevantes (CCRs). Las CCRs son las conductas del cliente que ocurren en la sesión. Analizar las CCRs conlleva conocer las funciones de la conducta verbal y no verbal del cliente en la misma sesión. Esas CCRs son los problemas, las mejorías e interpretaciones del cliente de sus dificultades que manifiesta en la consulta. El abordaje de las CCRs no se plantea en términos mentalistas sino a través de una serie de reglas flexibles para el terapeuta para evocar, identificar-discriminar, reforzar e interpretar funcionalmente a conducta del cliente. La transferencia es la presentación de las CCRs en la sesión misma ya

sean porque han sido evocadas involuntariamente (condicionamiento clásico) o voluntariamente (mediante discriminación operante antecedente o reforzamiento consecuente) por el terapeuta en esa sesión. Esas CCRs son las conductas problemáticas del cliente que aparecen en la consulta y que tienen relaciones de equivalencia funcional con sus dificultades en su vida diaria, es decir tienen funciones similares o se presuponen que las tiene. Esas conductas clínicamente relevantes derivan de la historia personal experiencial del cliente en gran parte relacional, y que ahora aparecen aquí en nuestra presencia en consulta. La contratransferencia deriva de las reacciones emocionales y las conductas del terapeuta ante las CCRs del cliente, es decir a la relación con éste; y deben servir para interpretar y reforzar de manera discriminada la conducta del cliente de modo que produzcas mejorías visibles en la misma sesión e interpretaciones que faciliten esos cambios. También el terapeuta FAP suele combinar los métodos tradicionales de la terapia cognitiva-conductual o de la terapia de aceptación o compromiso, según las necesidades de cada caso; e incluso con los provenientes de otros enfoques como los psicodinámicos o los estratégicos, pero no de manera aleatoria sino según el análisis funcional del caso. Desde la FAP se conceptualiza desde la perspectiva conductista temas relevantes en las psicoterapias como el papel de las emociones, la cognición, la relación terapéutica, la formación del yo, los recuerdos y otros tópicos que se presuponen erróneamente ajenos a la tradición conductista. Para los terapeutas en formación supone unas estrategias muy claras de que hay que evocar, reforzar e interpretar en cada sesión y de cómo comprobar los efectos reales de las intervenciones del terapeuta. Pero hay que advertir que lejos de su aparente simplicidad, requiere una buena formación teórica y práctica en el análisis funcional, sobretudo del lenguaje y sus funciones (Skinner, 1984). Skinner en su obra «Conducta verbal» de 1957 analiza las funciones del lenguaje no desde su forma o estructura fonética sino desde sus causas y efectos, es decir desde las funciones que cumple.

Desde el punto de vista clínico son importantes tres funciones: (1) Los Tactos: Conducta verbal semejante a cuando se hace un relato o descripción de algo, y que está bajo control antecedente de diversos estímulos discriminativos concretos y reforzadores secundarios generalizados (como cuando se pregunta ante la presencia de un objeto que es tal cosa y ante la respuesta correcta se le dice al sujeto que lo ha hecho muy bien, se le sonríe, se le gratifica, etc.). (2) Los mandos : Conducta verbal similar a las peticiones, ordenes, demandas y preguntas que están bajo el control de un amplio rango de estímulos discriminativos, estados de privación o estimulación aversiva y de reforzadores específicos (p. e.: tener sed ante una situación de esfuerzo, ponerse a beber cuando el sujeto se encuentra ante un momento complicado, etc.; y presenta la conducta de pedir beber a alguien con funciones de evitación, distracción, etc.) y (3) Los mandos disfrazados: de tactos pero que cumplen funciones de mandos y que dependen de una causación múltiple y reforzadores especiales y que explican

los fenómenos tradicionalmente descritos como inconscientes, ocultos, latentes, inconscientes o relacionados con alusiones indirectas a la transferencia.

El terapeuta FAP se suele guiar por 5 reglas flexibles: (1) «Observa la conducta clínicamente relevante en la hora de la consulta (no tanto la relatada sino la que se observa aquí y ahora)»; (2) «Provoca o evoca las conductas clínicamente relevantes en la hora de la consulta»; (3) «Refuerza las conductas de mejoría presentes en la hora de consulta de manera natural y no tanto de modo artificioso»; (4) «Observa los efectos potencialmente reforzantes de tus conductas como terapeuta en relación a las conductas clínicamente relevantes de tu cliente (incluida las reacciones privadas que provoca en ti esa relación)»; y (5) «Ofrece a tu cliente interpretaciones funcionales sobre las variables que suelen causar su conducta disfuncional y sus mejorías» (Kohlenberg & Tsai, 2007, pp. 36-53). También entre las CCRs se incluyen las reacciones contratransferenciales del terapeuta a las conductas del cliente, entendidas también como problemáticas o inadecuadas (ccr1), adecuadas y pertinentes (ccr2) y sus propias reacciones subjetivas (emociones, recuerdos, cogniciones, etc.) que suponen su disposición adecuada o inadecuada a reforzar, moldear, castigar o extinguir-ignorar las conductas del paciente.

De hecho, en la conceptualización FAP del caso en cuestión se incluyen tanto las CCRs del paciente como la del terapeuta (Ferro, Valero & López, 2007 y 2009). Una cuestión también relevante en FAP es la importancia de aumentar el contacto del cliente con las variables causales de control aversivo de su conducta. Para ello se le presenta reiteradamente el estímulo aversivo, se observa cómo trata de evitar ese afecto, y se relaciona esa evitación afectiva con situaciones equivalentes de su vida diaria, a fin de llevar conductas voluntarias de cambio a las mismas.

Cuadro Comparativo en la conceptualización del rol de las Relaciones Terapéuticas (Ruiz, 2017)

Aspecto	Psicoterapias psicoanalíticas	Psicoterapias cognitivas	FAP
1. Concepto de Transferencia y Contra-transferencia	<p>A) <i>Psicoanálisis clásico:</i> Repetición de prototipos infantiles donde los deseos inconscientes se actualizan en ciertas relaciones objetales. . Aparecen como sentimientos del paciente al terapeuta y de este a aquel de causa inconsciente. . Supone una resistencia a la cura y conlleva trabajar la asociación libre, el análisis de la resistencia, la transferencia y la contratransferencia. Obstáculos a superar</p> <p>B) <i>Desarrollos postfreudianos:</i> La transferencia derivada de estilos de vinculación afectiva previos más que de proyecciones de deseos inconscientes infantiles La contratransferencia como indicador del posicionamiento del paciente en terapia</p>	<p>A) <i>Psicoterapia cognitiva estándar (Ellis, Beck..)</i> Creencias irracionales o disfuncionales sobre la relación y lo que cabe esperar de ella Detectar las creencias disfuncionales y someterlas a invalidación empírica y/o racional</p> <p>B) <i>Psicoterapias cognitivas constructivistas y relacionales</i> Las cogniciones tiene historia y se generan y aprenden en un contexto histórico y evolutivo donde los vínculos de apego temprano son claves Pueden ser tácitas y guiadas por procesamiento emocional no consciente En las relaciones se perpetúan o cambian y pueden interactuar entre si</p>	<p>Son clases de conductas operantes con funciones en las relaciones de terapia relacionadas con la historia y contextos de vida de los sujetos</p> <p>La mayoría de estas operantes relacionales funcionan y tienen sus efectos a través de la conducta verbal/lenguaje</p> <p>Conductas de diferentes topografías pueden tener funciones similares en determinados contextos y conductas de similar topografías pueden tener funciones distintas en diferentes contextos</p> <p>Las funciones de tacto y mando son esenciales en la relación terapéutica</p>

<p>2. Formas de trabajar en terapia con la Transferencia y la Contra-transferencia</p>	<p>(1) Buscaremos dónde se concentra el máximo afecto en esta sesión. (2) Usaremos tres canales o indicadores: lo que dice-como dice las cosas el paciente, cambios en su lenguaje no verbal y las reacciones subjetivas del terapeuta hacia el paciente (3) Trabajo con los triángulos del conflicto (emoción evitada-defensa-síntoma/angustia) y de las relaciones (otros-terapeuta-personas significativas) (4) Trabajo con los «enactments» y efectos en el self</p>	<p>(1) Practicar una disciplina emocional por parte del terapeuta (2) Tres preguntas claves: ¿Cómo me siento con este paciente ahora y qué me veo impulsado a hacer?; ¿Que marcadores interpersonales de lo que dice o hace el paciente suscitan mis reacciones hacia el?; y ¿Cómo metacomunico esta experiencia al paciente de modo que lo descentre de complementar sus esquemas disfuncionales?</p>	<p>Observar e intervenir en las conductas clínicamente relevantes es el objetivo: problemas de la vida cotidiana que se manifiestan en el aquí y ahora de la relación de terapia (CCR1); mejoras no solo relatadas sino observadas en las mismas sesiones (CCR2) y explicaciones que se van moldeando para hacerlas participes de los cambios dentro-fuera de la sesión (CCR3)</p> <p>Puesta en marcha de 5 reglas para el manejo relacional: (1) Observar las conductas clínicamente relevantes, (2) Evocar las conductas clínicamente relevantes en la misma sesión, (3) Reforzar las conductas de cambio que aparecen en la misma sesión, (4) Observar el efecto/potencial reforzante o aversivo de la relación con el paciente para el mismo terapeuta y (5) Ofrecer explicaciones moldeadas que favorezcan el cambio en la vida diaria del paciente</p>
---	---	---	---

2. ¿Qué aporta la FAP?

La FAP aporta tres elementos claves a los terapeutas interesados en usar los aspectos relacionales para producir cambios significativos en las vidas de sus clientes:

- Cómo analizar las relaciones terapéuticas y qué hacer con ellas para que sean motores del cambio.
- Una conceptualización funcional de los trastornos de personalidad como problemas del yo y cómo intervenir en ellos.

- Un punto de encuentro con otras terapias, en especial con las de tercera generación, aún más con la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT).

2.1. Cómo analizar las relaciones terapéuticas y qué hacer con ellas para que sean motores del cambio

Trabajar con FAP para que esta terapia sea un motor de cambio supone discriminar y emplear básicamente 6 aspectos fundamentales derivados del conductismo radical en las sesiones de terapia (Ferro, Valero y López, 2016): (1) Realizar un Análisis Funcional de la conducta (AFC) del cliente en la sesión, (2) Usar el reforzamiento natural y el moldeamiento de la conducta en las sesiones, (3) Observar la relación de equivalencia funcional entre la conducta del cliente relatada en su vida diaria y la presentada en la misma sesión, (4) Discriminar tres tipos de conductas clínicamente relevantes, (5) Usar 5 orientaciones en formas de reglas verbales para ayudar a que las intervenciones del terapeuta sean realmente terapéuticas y (6) Usar la conceptualización que hace FAP de los problemas del yo para tratar los problemas de personalidad de los clientes.

Tanto la FAP como otras terapias contextuales funcionales de tercera generación comparten el énfasis en el Análisis Funcional del Lenguaje, especialmente en el caso de las conductas regidas por las reglas y las relaciones de equivalencia entre estímulos. Sin embargo es en FAP donde pone un especial énfasis en emplear el AFC de la relación terapeuta-cliente; o en el caso de los grupos, terapeuta-clientes o clientes-clientes. Estas relaciones son el escenario vivo donde ocurren los problemas del cliente (CCR1), sus progresos (CCR2) y sus interpretaciones sobre lo que sucede en esos problemas y progresos (CCR3). Asume que la psicopatología ocurre y se relaciona directamente con los contextos interpersonales o relacionales entre las personas (Baruch, Kanter, Busch, & Juskiewicz, 2009).

La FAP como la mayoría de las psicoterapias consiste en intercambios verbales entre pacientes/clientes y terapeutas. En FAP es muy importante para producir cambios entender las funciones del lenguaje, de la conducta verbal. Para ello se vale de los planteamientos de Skinner (1957/1981) centrados en el análisis funcional de la conducta verbal. En este terreno de la conducta verbal son muy importantes en los intercambios terapeuta-cliente (y cliente-cliente en los grupos) dos tipos de funciones del lenguaje: los Tactos y los Mandos.

Los Tactos son conductas verbales relacionadas con antecedentes concretos y particulares (control discriminativo concreto) y consecuencias o reforzadores generalizadas. En las sesiones individuales o grupales se relacionan habitualmente con situaciones donde se le pregunta algo concreto de la vida del cliente (por ejemplo por problemas o progresos concretos de su vida diaria o de la misma sesión en curso) y este hace un relato de cómo le van las cosas en esos as-

pectos que puede tener consecuencias o efectos muy generales y variados (por ejemplo la atención, interés de quienes le escuchan, más preguntas de estos, etc.). Estos representan la función «referencial» del lenguaje. Los tactos suponen acciones como nombrar, describir, identificar, anunciar, referir, denotar, mencionar, hablar acerca de algo, etc. Habitualmente cuando los pacientes o clientes refieren sus problemas y progresos en su vida diaria están bajo el control de las funciones de tacto; aunque veremos que no siempre es el caso.

Los Mandos son conductas verbales relacionadas con antecedentes relacionados con estados de privación o situaciones aversivas concretas y consecuencias específicas reforzantes. Incluyen las típicas funciones del lenguaje de pedir, de requerir, ordenar, mandar, etc. En las sesiones de psicoterapia es habitual que las personas, y más aquellas con control público de sus experiencias privadas que llegan a desconectar del contacto con sus propias necesidades y deseos, menos frecuentemente emplean conducta verbal en sus interacciones con el terapeuta y sus compañeros/as de grupo con funciones de mando; al menos aparentemente o directamente. En estos casos es más frecuente que empleen lo que Skinner llamó «tacto impuro» (Skinner, 1957/1981) o los llamados «mandos disfrazados» (de tactos) por Kohlenberg y Tsai (1991). Los mandos disfrazados son claves en la FAP para detectar las conductas clínicamente relevantes (CCRs) y a través de ellos se promueve el trabajo con las equivalencias funcionales y la generalización entre la vida cotidiana de los clientes y las situaciones de terapia (Ferro, 2016). En muchas ocasiones de la terapia parece que los clientes con sus relatos nos están relatando algo (a nosotros o a sus compañeros del grupo), pero un AFC más detallado de las secuencias apuntan hacia demandas o peticiones con funciones de Mandos, y aún a pesar de que los mismos clientes no se percaten de ello. Detectar y trabajar con estos mandos disfrazados como CCR1 o CCR2 es clave en FAP. Por ejemplo una persona que en varias sesiones de grupo se queja de que los médicos no hacen caso a sus problemas físicos, que su familia no le hace mucho caso puede estar demandando atención, consideración, lástima y acercamiento del terapeuta del grupo y sus compañeros y/o emitiendo una queja solapada del poco apoyo del grupo hacia él/ella.

Tactos y Mandos disfrazados

Mientras los clientes nos están relatando acontecimientos de sus vidas y como los experimentan (tactos), nos pueden estar demandando cosas, que no necesariamente son advertidas o percatadas por ellos mismos y que nosotros averiguaremos en función de sus efectos (¿mandos disfrazados?)

Respecto al tipo de reforzamiento que utiliza el terapeuta con las CCRs de los clientes se prefiere el natural al artificial o arbitrario. Aquí se entiende reforzamiento como las consecuencias o contingencias que actúan aumentando o disminuyendo la frecuencia o fuerza de una conducta; cosa que solo podemos saber después de haberlo aplicado. El reforzamiento natural se suele aplicar a clases de conductas del cliente más que a ejecuciones concretas de este, se aplica a conductas que ya existen en el repertorio del cliente aunque sean poco frecuentes, va dirigido a beneficiar los objetivos del propio cliente y suelen encontrarse en el ambiente del cliente, aunque este los haya «contactado» escasamente (Kohlenberg y Tsai, 1991).

También el/la terapeuta irá reforzando por moldeamiento progresivo que los clientes se pongan cada vez más en contacto con las experiencias personales evitadas y tengan relaciones de mayor intimidad en revelar sus deseos, opiniones y sentimientos más personales, disminuyendo el control aversivo externo, y reforzando empáticamente a sus clientes (la audiencia no punitiva de Skinner 1957/1981).

Respecto al AFC y en especial de la conducta verbal lingüística en las sesiones de terapia son relevantes los conceptos de «equivalencia funcional» y «transferencia de función» (Ferro, Valero y López, 2016). Para generalizar los cambios producidos en las sesiones a la vida diaria del cliente en la terapia FAP no se utiliza con frecuencia el entrenamiento en habilidades o el «rol playing» en las sesiones sino los parecidos entre lo que ocurre en estas sesiones y la vida diaria. Estos «parecidos» se contemplan mediante la semejanza de funciones o efectos; es decir las conductas, que aunque a veces pueden tener formas, presentaciones o topografías distintas tienen efectos similares en ambos tipos de situaciones dentro-fuera de la sesión, contemplando la semejanza también de la triple contingencia de funciones A-B-C, en sus antecedentes (A) y Consecuencias (C). Ferro, Valero y López (2016) ponen el ejemplo de un cliente con una historia previa de sumisión a su padre que presenta una clase de conducta (más que respuestas concretas) de sumisión similar ante el terapeuta dándole la razón e todo, obedeciendo ciegamente todo lo que este parece indicarle, etc, evitando cualquier consecuencia aversiva. Igualmente este cliente puede presentar ante determinadas acciones del terapeuta que se rebele ante este y proteste, enfrentándose a él. Si el terapeuta consigue que este cliente haga lo mismo en su vida diaria ante situaciones similares se habrá producido una «transferencia de función» de la situación terapéutica a la vida diaria del cliente en esos contextos. Es decir la transferencia de función conlleva la función de equivalencia de los contextos dentro/fuera de la terapia, más la producción de un cambio en un contexto que implica o hace cambiar la conducta en otro distinto; en este caso en su vida diaria.