

Análisis crítico del modelo de la conexión social propuesto desde la psicoterapia analítica funcional

Critical analysis of the social connection model proposed from functional analytical psychotherapy

Rafael Ferro-García
Centro de Psicología C.E.D.I. Granada

Manuel Calvillo-Mazarro
Servicio Andaluz de Salud, UGC Norte Córdoba

Miguel Ángel López-Bermúdez
Hospital Universitario de Jaén

RESUMEN

La Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) es una terapia contextual. Realiza un análisis funcional de la conducta del cliente dentro de la sesión clínica, aplicando contingencias de reforzamiento natural y el moldeamiento, y establece una equivalencia funcional entre el contexto clínico y la vida diaria del cliente. A pesar de los numerosos estudios que demuestran su eficacia para el tratamiento de trastornos psicológicos de muy diversa índole, su carácter eminentemente funcional e idiográfico, basándose en el estudio de casos clínicos de sujeto único, supone un claro inconveniente a la hora de adaptarse a los sistemas diagnósticos nosológicos y a los criterios de validez (el ensayo controlado aleatorizado y el metaanálisis) mayoritariamente aceptados por la comunidad científica. El presente trabajo expone el Modelo de Conexión Social como una alternativa a las limitaciones de FAP, reconociendo su utilidad clínica. Además, hace un análisis crítico de este modelo, señalando los riesgos de recurrir a términos de nivel medio (consciencia, coraje, amor, intimidad, etc.) y desviar el enfoque funcional e idiográfico característico de FAP.

PALABRAS CLAVE

Psicoterapia Analítica Funcional; Conexión social; relaciones de intimidad

ABSTRACT

Functional Analytical Psychotherapy (FAP) is a contextual therapy. Performs a functional analysis of the client's behavior within the clinical session, applying contingencies of natural reinforcement and shaping, and establishes a functional equivalence between the clinical context and the client's daily life. Despite the number of studies that demonstrate its efficacy for the treatment of psychological disorders of a very diverse nature, its eminently functional and idiographic nature, based on the study of clinical cases of a single subject, represents a clear drawback when it comes to adapting to the nosological diagnostic systems and validity criteria (randomized controlled trial and meta-analysis) mostly accepted by the scientific community. This paper exposes the Social Connection Model as an alternative to the limitations of FAP, recognizing its clinical utility. In addition, it makes a critical analysis of this model, pointing out the risks of resorting to mid-level terms (awareness, courage, love, intimacy, etc.) and diverting the characteristic functional and idiographic approach of FAP.

KEYWORDS

Functional Analytic Psychotherapy; social connection; intimate relationship.

Recibido: 11/04/2023; aceptado: 19/04/2023

Correspondencia: Rafael Ferro-García. Centro de Psicología Clínica C.E.D.I. Avda. Constitución 25, 7º Izda. 18014 Granada.
E-mail: rferro@cop.es

La Psicoterapia Analítica Funcional (*Functional Analytic Psychotherapy, FAP*; Kohlenberg & Tsai, 1991) es una psicoterapia contextual que se caracteriza por realizar un análisis funcional de las conductas del cliente que ocurren en la sesión clínica, estableciendo una equivalencia funcional entre el ambiente clínico y el de la vida diaria del cliente. Propone 3 tipos de Conductas Clínicamente Relevantes (CCR), y 5 reglas terapéuticas (observar, evocar, y reforzar las CCR objetivo, ver el efecto de ese reforzamiento y generar un repertorio de descripción de las relaciones funcionales entre las variables de control y las conductas) (Ferro et al., 2015). Debido a su carácter funcional e idiográfico, le corresponde principalmente una investigación de caso único de los problemas psicológicos que en su descripción funcional escaparían a los límites de sistemas diagnósticos nomotéticos como el DSM-5 o el CIE-11. Esto supone un claro inconveniente por no adoptar el criterio de validez aceptado por la comunidad científica (el ensayo aleatorizado controlado y el meta-análisis) para el reconocimiento de terapias empíricamente validadas. De hecho, a día de hoy, FAP no está reconocida como un tratamiento oficialmente apoyado empíricamente para ningún trastorno diagnóstico concreto.

Para resolver estas supuestas desventajas, algunos autores proponen la definición de constructos funcionales. Una de estas propuestas es la de Maitland et al. (2017), que por un lado pretende identificar un conjunto de objetivos terapéuticos estandarizados para FAP, usando para ello el modelo de Conexión Social; y por otro, establecer relaciones entre las mejoras en estos objetivos definidos en

términos de Conductas Clínicamente Relevantes, con una reducción en la sintomatología de los problemas psicológicos definidos según el DSM (Maitland & Lewis, 2022).

El modelo de Conexión Social, también denominado como *Consciencia, Coraje y Amor* (Awareness, Courage & Love, ACL) ha ido surgiendo en los últimos años a través de diversos escritos desde la FAP y fue presentado por primera vez por Tsai et al. (2009) como descripciones de las cualidades del terapeuta (consciencia, coraje, amor) relacionadas con la implementación competente de la FAP. De esta manera dichos constructos se han definido en relación a las reglas terapéuticas en varios textos (Holman, et al., 2017; Tsai et al., 2009; 2012; 2013). Donde *Consciencia* se refiere a dos reglas terapéuticas: la Regla 1 (observar las conductas clínicamente relevantes (CCR) y ser conscientes de ellas) y la Regla 4 (observar los efectos potencialmente reforzantes de la conducta del terapeuta en relación con las CCR del cliente y observar su impacto). El *coraje o valor*, está relacionado con la Regla 2, es decir evocar las CCR siendo valiente. El *amor (terapéutico)* con la Regla 3, que se refiere a reforzar las CCR a incrementar de forma amorosa terapéuticamente.

El equipo de Maitland desarrolló a partir de aquí un modelo clínico para guiar la evaluación y conceptualización del caso del cliente, para definir una categorización de los problemas que se pueden presentar en sesión y para establecer objetivos estandarizados en FAP. Para estos autores el uso del lenguaje común para describir importantes cualidades terapéuticas y objetivos clínicos en FAP es con-

gruente con el supuesto fundamental de FAP de que la relación terapéutica, y la respuesta del hablante-oyente dentro de esa relación, es funcionalmente equivalente con las relaciones que el paciente tiene en su vida cotidiana y que constituyen una parte central de los problemas que éste trae a consulta.

El modelo ACL propuesto por Maitland et al. (2017) en el marco de la ciencia conductual contextual (*contextual behavioral science, CBS*), trata de explicar la conexión social y las relaciones de *intimidad* con los demás, y pretende analizar las conductas necesarias para que se establezcan dichas relaciones de intimidad en los procesos interpersonales en general, y específicamente, en las que se dan o deberían darse en las relaciones *terapéuticas curativas*.

La intimidad podría definirse como aquel conjunto de comportamientos que nos ayudan a mantener relaciones cercanas, conscientes, seguras y de confianza, en las que hay una sana expresión de vulnerabilidad y un adecuado control privado del yo. Estos comportamientos se habrían desarrollado a partir de una serie de experiencias en la biografía de cada persona. Para la FAP, cuando la petición de necesidades, las auto-revelaciones, la expresión emocional o la conducta vulnerable ha supuesto una experiencia de invalidación y/o castigo, no solamente no se desarrollan las habilidades relacionales adecuadas para la vida diaria y las de mayor cercanía-intimidad, sino que esto, además, puede afectar a la habilidad para experimentar, identificar y definir estados internos, lo que a su vez está vinculado al desarrollo de problemas del yo y otros trastornos de personalidad.

Por tanto, definir el proceso en el que se desarrollan estas habilidades de intimidad puede ayudar a definir el problema del cliente, marcar objetivos terapéuticos y facilitar una serie de relaciones dentro de la terapia que supongan el aprendizaje de esta clase de conductas en sesión, que habrá que ayudar al cliente a generalizar a su vida diaria.

El proceso, tal y como se presenta en el modelo de Maitland et al. (2017), parte de una diada entre hablante y oyente, en el que se expone un constructo de las relaciones entre la expresión de vulnerabilidad del hablante y la sensibilidad de responder del oyente. Este es un proceso recíproco, en el que el hablante muestra vulnerabilidad (evocada contextualmente) y el oyente responde de forma segura, cuidadosa y comprensiva. Esta manera de responder del oyente en la diada, refuerza la conducta del hablante de forma natural y por lo tanto incrementa la probabilidad de que el hablante se exprese de forma vulnerable en el futuro e incrementa la experiencia de intimidad (seguridad, confianza, cercanía) en esta relación. Este modelo es aplicable a todos los niveles de las interacciones sociales y con diferentes topografías dentro de las relaciones de amistad, familia, pareja, y las relaciones terapeuta-cliente.

Las 4 subrelaciones del modelo ACL

En el modelo se definen 4 sub-relaciones dentro de las interacciones terapéuticas. Cada relación especifica una conducta del hablante y una conducta (consecuencia) del oyente que han de ocurrir en la relaciones terapéuticas de forma probable y natural. Se identifican en

total 8 conductas o habilidades para evaluar desde este modelo, lo que permite realizar una conceptualización de las dificultades del cliente respecto a sus relaciones sociales de intimidad. En este esquema cada una de estas habilidades queda enmarcada dentro de uno de los constructos que definen el modelo. Así, la autoconsciencia a nivel del hablante y la consciencia del otro a nivel del oyente, que le permite ser sensible a la respuesta del hablante, se correspondería con el primer elemento del modelo: la *consciencia*. Marín-Vila et al. (2020) añaden de forma explícita al modelo la consciencia del propio contexto como otra habilidad. El *coraje* se sitúa al nivel del hablante, y se identifica con sus habilidades para una expresión emocional abierta, para realizar autorrevelaciones y peticiones ajustadas y claras de sus deseos y necesidades. Por su parte, el *amor* queda enmarcado a nivel del oyente y se corresponde con las habilidades para reaccionar validando la respuesta del hablante, ofreciendo seguridad y aceptación y dando respuestas-soluciones adecuadas a las peticiones que ha realizado el oyente. El modelo presenta en términos funcionales las CCR que pueden ser consideradas objetivos clínicos potenciales en FAP. A continuación, se exponen y describen las 4 sub-relaciones y las 8 habilidades.

La relación 1, requiere de un hablante que tenga la habilidad de expresar sus emociones, y de un oyente que sea habilidoso para responder con *seguridad y aceptación*. Respecto al hablante, los autores mantienen que la expresión de emociones auténtica es beneficiosa para la interacción social en general y en el desarrollo de la intimidad en particular. Las

emociones pueden ser adaptaciones al contexto que tienen una función de comunicación social. Esa expresión emocional auténtica puede considerarse desde FAP una CCR del tipo 2, es decir un objetivo en terapia y que por tanto hay que incrementar. Y, al contrario, una falta de expresión o una expresión extrema puede considerarse una CCR del tipo 1 (conductas a eliminar), es decir una conducta que hay que reducir o eliminar en terapia. Una represión emocional tendría efectos negativos sobre el desarrollo de la intimidad, ya que hace que el oyente tenga menos motivación y peor relación con quién reprime las emociones, y a su vez el que reprime las emociones, tiene un soporte social pobre, y pocas relaciones cercanas. Las CCR1 de esta sección se pueden considerar que forman parte de la evitación experiencial. Respecto al oyente, su habilidad para responder a la expresión emocional del hablante con seguridad y aceptación es una CCR tipo 2 (conductas a reforzar). Se incluyen en estas CCR2 indicadores no verbales de atención y compromiso emocional sincronizados, indicadores verbales explícitos de atención, seguridad y aceptación, y sensibilidad a la respuesta del hablante. Como CCR1 del oyente en esta relación se considerarían reprimir, ignorar o castigar la expresión emocional del hablante, debido a las tendencias a la evitación propias o a otros factores.

La relación 2, requiere de un hablante realizando una *autorrevelación* congruente emocionalmente y apropiada y de un oyente con habilidad para responder *validando* dicha respuesta. Las personas deben hablar sobre sí mismas (de sus pensamientos, sentimientos, recuerdos, va-

lores y de su identidad) para que la relación se desarrolle, y esta forma de hablar debe ser recibida con validación y comprensión. El modelo enfatiza la importancia de la realización de revelaciones que impliquen la expresión de emociones y vulnerabilidad para el desarrollo de la intimidad, algo respaldado por amplia investigación (Maitland et al., 2017). Las CCR2 para el hablante que se incluyen aquí son expresiones emocionales congruentes de hechos y emociones tanto agradables como desagradables. Por otro lado, las CCR2 del oyente son respuestas a las revelaciones del hablante que sean sutiles, adaptadas, empáticamente sintonizadas y con el apoyo emocional que se necesita, especialmente cuando la angustia emocional del hablante es alta. Estas habilidades del oyente que se han denominado como *validación*, incluyen previamente una discriminación de que esta interacción requiere de una respuesta de validación más que una forma más específica de apoyo como la solución de problemas o asesoramiento. Para los autores esta discriminación es esencial para el bienestar social. Una respuesta del oyente simple e instrumental a esta revelación puede ser percibida por el hablante como invalidante y castigadora (y por tanto una CCR1) más que como reforzadora. Por ejemplo, cuando un hablante revela un problema que le angustia y el oyente responde, quitándole importancia o dando instrucciones directas sobre lo que tiene que hacer.

La relación 3, implica a un hablante que tiene la habilidad para *pedir* lo que necesita, y un oyente que *proporcione* un refuerzo natural a estas solicitudes del hablante, dándole lo que pidió. Los autores mantienen que este

tipo de relación se apoya en la investigación que establece los beneficios interpersonales de pedir y dar apoyo instrumental específico en las relaciones sociales (p.ej.: información específica, consejo, solución de problemas, ayuda práctica, asistencia). Los problemas a la hora de hacer peticiones pueden ser considerados como CCR1 para el hablante, y pueden ser comportamientos problemáticos tanto por exceso, por ejemplo, pedir algo fuera de contexto, sin consciencia de la capacidad o los deseos del oyente, como por defecto, por ejemplo: no pedir, por falta de asertividad, por sentirse en deuda, etc. En cuanto a las CCR1 del oyente, señalan conductas como no ofrecer ayuda, apoyo, etc. por no ser sensible a la situación del oyente, por falta de generosidad, o por no ser consciente, etc.

La distinción entre las dos últimas subrelaciones es consistente con la distinción de Mando y Tacto (Skinner, 1957). De esta manera las *autorrevelaciones* propias de la sub-relación 2 pueden ser consideradas tactos que vienen seguidas de un refuerzo genérico como la validación. En el caso de la sub-relación 3 *pedir* sería considerado como un mando y requiere de unas consecuencias más específicas, que depende de lo que se solicitó. En este sentido la habilidad del oyente (terapeuta) para discriminar las autorrevelaciones auténticas (tactos) de los mandos disfrazados que realiza el hablante (cliente) es clave dentro de FAP.

La relación 4, comienza desde el oyente que, partiendo de la consciencia del otro (de su expresión emocional, revelaciones y demandas), debe responder con un comportamiento auténtico y valiente a la conducta del hablan-

te (cliente). Son estas respuestas naturales de validación, seguridad y aceptación del oyente ante la conducta del hablante, mostrando afecto, apoyo y dando una respuesta ajustada y natural a sus peticiones, lo que los autores identifican con el término *amor*. Además, el antiguo hablante por reciprocidad ahora es oyente y debe tener como habilidad *aceptar ese amor* (CCR2). A diferencia de los otros dos elementos del modelo (consciencia y coraje), el amor está poco representado en las publicaciones de la FAP, y debe ser mejorado según Maitland et al. (2017). En la presentación del modelo (Tsai et al., 2009), el amor es cómo los terapeutas deben responder funcionalmente a las CCR2 del cliente. La habilidad propuesta por el modelo, de aceptar el amor del terapeuta, en el sentido de aceptar el apoyo del mismo, es novedosa como clase de CCR.

Las CCR basadas en cada subrelación del modelo ACL

El estudio de Maitland et al. (2017), revisa los estudios empíricos que encontraron de FAP hasta esa fecha. Identificaron 98 posibles CCR y las clasificaron como CCR1 o CCR2 dentro de 24 clases funcionales de CCR que establecieron en función de estas subrelaciones descritas anteriormente. En el texto se ha eliminado la subrelación *dar seguridad y aceptación* porque se han considerado redundantes.

Auto-consciencia.

Dentro de esta subrelación se identifican cuatro clases funcionales de CCR. En la clase funcional de la *consciencia de la experiencia emocional propia*, las CCR1, descritas son: fal-

ta de habilidad para describir una emoción en sesión, y en las CCR2, identificar y etiquetar sus experiencias emocionales de forma detallada, y detectar la relación entre la situación y el dolor o sufrimiento.

En cuanto a la *consciencia sobre la influencia externa sobre la conducta*, las CCR1 descritas son: no explicar claramente qué ha ocurrido sobre su conducta o la de los demás, culpar a los demás de sus problemas, no admitir su papel en los hechos, no saber por qué las cosas han sucedido de esa manera, tener un control público del yo excesivo. Las CCR2, mantener relaciones sociales, y no evitar las reuniones familiares con pretextos.

En relación con la clase funcional la *consciencia de las necesidades*, se marca solo la siguiente CCR2: cuando el cliente identifica claramente qué quiere de los demás (terapeuta, otros).

En referencia a la *consciencia de sus valores*, se exponen solo las CCR2 siguientes: definir prioridades; hacer explícitos sus valores, organizar, planear, y actuar en relación con sus propios deseos u objetivos.

Consciencia de los demás

En esta subrelación se identifican tres clases funcionales. En relación con la clase funcional de la *consciencia de los sentimientos del otro*, se expone como CCR1, una deficiencia a la hora de estar abierto a momentos de intimidad y de conexión dentro de la relación terapéutica. En cuanto a las CCR2: un comportamiento social en alerta y comprometido (autocorregirse o disculparse cuando se va por la tangente o por las ramas); reconocer cuando su impacto hace distanciarse de los demás, y si lo desea, puede

dar una respuesta diferente; reconocer ante el terapeuta su efecto sobre los demás (describir circunstancias vitales de forma no juiciosa y aceptando su parte de responsabilidad); describir correctamente la relación funcional entre la conducta y sus consecuencias (explicar abiertamente qué le ocurre, qué hace y por qué, sin excusas ni explicaciones correctas); y oír de forma cuidadosa y empática la opinión del terapeuta.

En cuanto a *la consciencia de las necesidades de los demás*, se describen las siguientes CCR1: demandar comunicación de forma excesiva (a través de texto y/o mensajes de teléfono); hablar con verborrea con abundantes palabras y pocas ideas concretas; y hablar sin correspondencia con el discurso del terapeuta, con sus comentarios, solicitudes u otros intentos del terapeuta de entrar en la conversación.

En referencia con *la consciencia de los valores de los otros*, se expone como una CCR1: quejarse de lo que ha pasado, de su vida, de las cosas que hacen los demás y de cómo lo/a tratan, criticar a los otros y no comprender las preferencias de otras personas. También exponen las siguientes CCR2: reconocer el impacto de su propia conducta sobre el terapeuta (a menudo se reprime y pide disculpas antes de recibir *feedback*), y preguntar sobre lo que siente y piensa el terapeuta.

Expresar emociones

En esta subescala se identifican tres clases funcionales diferentes.

En la clase funcional de *la evitación de estímulos evocadores*, se consideran las siguientes CCR1: la evitación experiencial/emocional; el aislamiento social y la evitación de relacionarse con otros,

estar solo, perder relaciones sociales, no estar dispuesto a hablar de alternativas, ser socialmente agresivo/a; y evitar los malos sentimientos, enfadarse cuando se siente triste o ansioso, evitar hablar de cosas que hacen sentir infeliz, evitar los sentimientos de ansiedad. En esta clase consideran las siguientes CCR2: salir con amigos y compañeros, discutir desacuerdos y expresar malestares, compartir información privada y dolorosa; decir la verdad independientemente de lo que piense qué debería decir, dar razones de lo que su conducta depende en ese momento (CCR3); aproximarse y participar en situaciones que podrían elicitar emociones aversivas; y tener interacciones más personales e íntimas con el terapeuta.

Otra clase funcional es *el escape no verbal*, y consideran los autores tres CCR2: responder al pensamiento paranoico de manera pragmática social o construyendo intimidad (discutir abiertamente y evaluar la exactitud de los pensamientos y temores paranoicos con respecto al terapeuta); tomar riesgos para estar emocionalmente más cerca del terapeuta; y crear un espacio de aceptación y sin juicios para los sentimientos de incomodidad.

En la clase *la conversación tangencial para escapar*, se categorizan dos tipos de CCR1: evadir temas cambiando de conversación, y bromear e intelectualizar durante las sesiones. Describen estas CCR2: para mantener relaciones sociales no evitar reuniones familiares poniendo pretextos; no asumir la responsabilidad de la experiencia y las respuestas emocionales del terapeuta; hablar más y permitirse pensar en su propio potencial; y responder de forma emocional genuina y pro-social (compartiendo información o sentimientos).

Autorrevelaciones

En esta subcategoría los autores describen dos clases funcionales de respuesta. La primera es *la expresión clara y honesta*, para las que identifican estas CCR1: pobre comunicación con su pareja y no ser honesto sobre temas difíciles; problemas con falta de autorrevelaciones y su control contextual. Encuentran en los estudios las siguientes CCR2: expresión emocional directa con el terapeuta (reportando estados emocionales); hablar de sentimientos aversivos; desarrollar y mantener un repertorio prosocial con el terapeuta y los demás; discutir sus sentimientos y sus efectos en sesión (p.ej.: miedo, tristeza) a pesar de verlos negativamente; autorrevelaciones de sus pensamientos ante el terapeuta; eliminar las respuestas superficiales a preguntas sobre sus opiniones; expresar verbalmente deseos y sentimientos; y hacer juicios críticos sobre la gente abusiva en su vida.

La otra clase funcional que proponen es *la pasividad*. En ella plantean las siguientes CCR1: dificultad para revelar pensamientos, sentimientos, e impulsos para exponerlos durante la sesión; fallar en revelar (como una clase). Y por el contrario proponen estas CCR2: iniciar temas y hacer solicitudes; expresión genuina (p. ej.: indicar claramente los temas deseados en terapia); hablar sobre qué siente, quiere o pretende hacer; confiar y compartir, así como tener una actitud abierta en las relaciones interpersonales; y decir abiertamente *no* sin culpar a su malestar físico.

Pedir/dar

En esta subrelación identifican tres clases funcionales. La primera es *preguntar/pedir/exponer*, en la que solo se exponen CCR2. Cuando una

persona identifica claramente qué es lo que ella quiere de los demás y entonces hace una demanda directa de esto; expresar sus puntos de vista, necesidades y deseos; expresar sus necesidades y solicitudes con el terapeuta; decir a los demás lo que él quería en relación con el terapeuta; revelación emocional de cualquier necesidad relacionada con el terapeuta, incluida discutir con él de temas difíciles y cargados de emociones; evaluar y afirmar sus necesidades en sesión; no pedir la divulgación de otros; dar consejos o tomar decisiones e iniciativas relacionadas con la actividad en grupo; y pedir lo que necesita.

Otra clase funcional sería la *expresión de necesidades inexacta o disfrazada*. En la que se expone la CCR1 de tener una conducta histriónica (buscar atención, validación y aprobación). En cuanto a las CCR2, plantean: identificar las necesidades en la terapia y del terapeuta y requerir claramente ayuda al terapeuta; hacerse cargo de sus trabajos y aceptar los riesgos que estos implican; aceptar sus responsabilidades con sus tareas y compromisos según sus valores; y hacer mandos claros de apoyo emocional al terapeuta.

Hay una tercera clase funcional que han denominado *dependencia de los demás* y que indican como una CCR2 la expresión y descripción de sus opiniones sobre el proceso terapéutico. Y finalmente otra clase en cuanto a la resolución de conflictos, exponiendo como CCR1 la evitación de los conflictos con los demás.

Dar seguridad y aceptación

En la que distinguen dos clases funcionales. La primera es *responder de forma intensa ante una emoción*, con las siguientes CCR2: descri-

bir sus sentimientos en el momento tactando o describiendo claramente; y confiar en las relaciones compartiendo sus sentimientos con el terapeuta y expresando su necesidad de cercanía por parte del terapeuta de una manera considerada. La segunda clase funcional la denominan *dar feedback/comentarios productivos* en la que seleccionan como CCR2, ser directo al expresar dudas y confusión, expresar los sentimientos negativos en la sesión y con el terapeuta, con autenticidad.

Expresar comprensión, empatía y validación

En esta subcategoría distinguen una única clase funcional: *rechazar las ideas y las opiniones de los demás*. En la que se exponen tres CCR1: respuestas verbales agresivas caracterizadas por expresiones del cliente de desacuerdo, juicio u otras opiniones negativas sobre las declaraciones, sugerencias, opiniones u otro comportamiento del terapeuta; agresividad contra el terapeuta, como quejarse fuertemente de algo que se dijo en una sesión anterior sin considerar el contexto; y ser inflexible sobre las sugerencias o solicitudes del terapeuta.

Darle a los demás lo que necesitan

En esta subcategoría han considerado tres clases funcionales. Una de ellas es *aceptar los comentarios de los demás*, en la que consideran una CCR1, cuestionar los consejos o sugerencias del terapeuta. Otra clase funcional es *reaccionar aversivamente al feedback*, en la que marcan dos CCR2: reaccionar de forma activa y constructiva a la crítica y aceptar de forma apropiada el *feedback* del terapeuta. Y la clase funcional de *dar feedback a los demás*, propo-

nen como CCR2, interactuar espontáneamente, preguntando a los demás sobre sus opiniones y estar interesado en lo que dicen.

Otras CCR

Hay un grupo de CCR que no encajaban en las subrelaciones antes expuestas y que los autores las extraen clasificándolas en tres clases funcionales.

La clase funcional de la *autoaceptación*, clasifican tres CCR1: No aceptar su situación personal (que la deje el novio, no poder tener hijos, etc.); mala apariencia y auto-concepto (quejarse de su apariencia y edad, no arreglarse, etc.); y una excesiva autocrítica y rumiación. En cuanto a las CCR2, describen: aceptar su pasado y las experiencias aversivas vividas; y ser más autocompasivo.

En relación con *aceptar el amor de los demás*, clasifican como CCR2 solo aceptar el apoyo del terapeuta.

Finalmente, clasifican una serie de conductas relevantes en un apartado como *demasiado amplias para definir*. En CCR1: agresividad; comportamiento desafiante; escape; apatía; repertorio inadecuado de descripciones de relaciones entre su conducta y las variables de la que es función; y episodios de celos ocurridos durante la sesión equivalentes a los que ocurrían en la vida diaria. Clasifican en este apartado cuatro CCR2: conductas que sirven para mejorar la cercanía con el terapeuta; indicar que va a llegar tarde a la sesión o pedir reprogramar las sesiones; discutir temas emocionales y expresar sentimientos hacia el terapeuta y los demás; y asumir la responsabilidad compartida de las situaciones.

La influencia del Sistema FIAT en el Modelo ACL

El sistema FIAT (Functional Idiographic Assessment Template) creado por Glenn Callaghan (2006) es un sistema de codificación y conceptualización de casos clínicos centrado en las relaciones interpersonales. Evalúa y clasifica los repertorios conductuales del cliente y detecta los posibles problemas que pueda tener en las relaciones sociales. Propone cinco clases de funcionamiento interpersonal: identificación y expresión de necesidades, comunicación bidireccional, problemas en la resolución de conflictos, habilidades de revelación relacionadas con la intimidad y dificultades con la experiencia y expresión de emociones. Para cada una de estas clases funcionales de respuesta, se evalúan: unas claves contextuales o funciones de estímulo discriminativas donde la clase se da, los problemas relacionados con el control contextual apropiado, y los repertorios de respuesta en esa clase.

El sistema FIAT ha influido de forma clara en el Modelo ACL. Aunque hay sus diferencias, el ACL tiene en cuenta la mayoría de las clases funcionales, pero adaptándolo a las relaciones de intimidad.

Conclusiones

Compartimos la idea de Fuentes y Quiroga (2005) cuando mantienen que hay un trasfondo cultural de la psicopatología actual, y que esa visión más fenomenológica posibilita una mayor comprensión de dichos trastornos. Y creemos que este Modelo de Conexión Social hace un análisis fenomenológico de la relación terapéutica y, en general, de las relaciones

de intimidad. Nos gustaría aclarar que, desde nuestro punto de vista, las relaciones terapéuticas no son procesos de cambio sino un contexto donde se produce el cambio.

Coincidimos también con Marín-Vila et al. (2020), en que las dificultades interpersonales juegan un papel esencial en el contexto de la psicoterapia. Además, desde FAP se ha considerado que estos problemas tienen un carácter transdiagnóstico. En este sentido, bajo nuestro punto de vista, el Modelo de Conexión o ACL, aporta un análisis con matices útiles para la práctica clínica. Por otro lado, y relacionado con lo anterior hay una hipótesis de un modelo transdiagnóstico sobre la formación del yo (Ferro & Valero, 2017), que estaría en la base de los problemas de intimidad como algo transversal en muchos problemas psicológicos. Desde la FAP se explica la formación del yo y de sus patologías (Kohlenberg & Tsai, 1991), y además de su forma de intervención, generando relaciones terapéuticas íntimas cambiando esa experiencia del Yo a lo largo del proceso.

El modelo de relaciones íntimas propuesto por Maitland et al (2017), es un modelo que mejora el sistema de FIAT siendo más preciso en las definiciones de sus categorías y que nos permite hacer un análisis de las conductas necesarias para establecer una relación de intimidad. Se exponen en él varios de los procesos que son cruciales en el cambio psicológico y, de forma más general, en las relaciones de intimidad y en la conexión social. Estamos seguros que la validación es un proceso clave que promueve el cambio y el progreso terapéutico. Otro de los procesos descritos es el de *aceptación*, entendiendo la aceptación

como permitir la ocurrencia de eventos privados (pensamientos, emociones, etc.) que evocan la situación en cuestión sin intentar evitar, controlar o cambiar estos eventos (Ferro, 1998). Una relación de intimidad tal y como lo describe el Modelo ACL, implicaría aceptar las emociones y pensamientos que evoca la expresión emocional del hablante.

Una limitación que se ha encontrado en el modelo, es la eliminación de forma explícita de las CCR3, es decir de las explicaciones que los clientes realizan en relación con su comportamiento y de las variables de las que depende. Esta CCR pensamos que es necesaria y útil para el proceso de cambio. Además, las clases funcionales establecidas dentro de cada subrelación no ofrecen límites claros, por lo que una misma CCR1 ó 2 podría encajar dentro de más de una clase funcional.

El modelo ACL expone una serie de limitaciones de FAP, en primer lugar en relación a su eficacia porque la mayor parte de las investigaciones son casos clínicos, y, en segundo lugar, porque su carácter idiográfico no facilita un modelo con unas dianas terapéuticas que puedan ser transversales (Maitland et al., 2017) y adaptarse así a la corriente principal del estudio de los trastornos mentales y lograr el reconocimiento como terapia empíricamente validada. En cuanto a la primera limitación, no estamos totalmente de acuerdo. Las raíces conductistas de FAP, según Callagan y Follete (2020) la más idiográfica de las terapias contextuales, suponen un abordaje funcional e idiográfico de los problemas que estudia. Por este motivo, de manera congruente con su naturaleza, la eficacia de FAP tradicional-

mente se sustenta en investigaciones basadas en la metodología de caso único. Los diseños de caso único son una metodología con una larga tradición, aceptada por la comunidad científica y que ha probado su eficacia para estudiar las variables de control y los efectos del tratamiento. En concreto con FAP, desde su origen se han hecho estudios de eficacia y efectividad (Kohlenberg et al., 2002; Macías et al., 2019; Maitland et al., 2016, entre otros); e incluso recientemente (López-Bermúdez et al., 2021). Aunque en la actualidad no existe una aceptación generalizada de los diseños de caso único frente al estándar de los estudios de grupo y ensayo aleatorizado controlado, bajo nuestro punto de vista, cada una de estas metodologías no son más que una tecnología diferente, y ninguna debiera ser juez y parte que dictamine la eficacia de una terapia.

Creemos que existe una alternativa a este esfuerzo por adaptar FAP a los criterios de validez aceptados mayoritariamente por la comunidad científica (el ensayo aleatorizado controlado y el metaanálisis como estándar de oro), que se corresponde con una visión mecanicista-tecnológica de los trastornos psicológicos como entidades naturales (Pérez-Álvarez, 2019), y apoyada en un sistema diagnóstico que cada vez se desvela más claramente como una impostura, como una mentira conveniente.

Dicha alternativa pasa por profundizar hacia metodologías de sujeto único, métodos narrativos, de casos clínicos, realmente congruentes con la perspectiva idiográfica, funcional, y no diagnóstica que tiene FAP sobre las expresiones de sufrimiento social y emocional y de los trastornos psicológicos como entidades relacio-

nales, multicausales, enraizadas en el contexto verbal y social y en la biografía personal. Una alternativa que creemos más coherente con sus bases epistemológicas y ontológicas, que implicaría renunciar a artificios para encajar en las normas que le permitan jugar en la corriente científica y académica *mainstream*, y que le ofrece la posibilidad de alinearse con las crecientes corrientes críticas al modelo de salud mental dominante, desde donde se están ofreciendo alternativas de conceptualización y abordaje de los trastornos psicológicos mucho más cercanas y coherentes con los principios de FAP (Angus & McLeod, 2004; Elliott, et al, 2021; Fried, 2022; Hopfenbeck, 2015; Johnstone, 2018, 2022; Johnstone & Boye, 2018; Moncrieff, 2018, 2020; Norcross & Lambert, 2019; Norcross, & Wampold, 2011a, 2011b; Read, & Harper, 2022; Seikkula, 2011; Seikkula, & Arnkil, 2013; Timimi, 2014, 2017; Wampold & Imel, 2015).

En cuanto a la segunda limitación, hay formas de codificación de las interacciones terapeuta-cliente, escalas de evaluación y nuevas formas de medidas (Valero & Ferro, 2015; 2017) que contribuyen a establecer variables independientes y dependientes transversales que pueden ayudar a la replicación de casos clínicos. Creemos que este interés por encontrar dianas terapéuticas transversales está alejando a FAP de su descripción inicial, sustentada en los principios básicos propios del análisis de conducta con términos como control antecedente de estímulos, reforzamiento natural, castigo, extinción, bloqueo de evitación o reforzamiento diferencial. A la vez se está produciendo una evolución de FAP hacia modelos que utilizan los llamados términos de nivel

medio (Barnes-Holmes et al., 2016), como es el Modelo de *Consciencia, Coraje y Amor*. Otras terapias contextuales también hacen uso de términos de nivel medio, como es el caso de la flexibilidad cognitiva o de la defusión en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Sin embargo, éstos, a diferencia de términos como intimidad, consciencia, coraje o amor, no son términos del lenguaje común, con los que los consultantes tienen una historia previa más allá de la que el terapeuta les ofrece en terapia.

Autores como Muñoz-Martínez y Follete (2019) o Callagan y Follette (2020) indican que, si bien estos términos pueden ayudar a la difusión de estas terapias acercándolas a clientes y profesionales menos familiarizados con FAP, esto no carece de ciertos riesgos. Para dichos autores la utilidad de estos términos no está clara y puede ser un inconveniente en la práctica clínica de terapeutas que carecen de una sólida formación en los principios básicos del aprendizaje y del análisis funcional de la conducta verbal que sustentan FAP, a la hora de determinar con mayor precisión las variables de control de los problemas que tiene un cliente. En definitiva, critican que estos términos de nivel medio no capturan con suficiente precisión la complejidad de los principios que producen el cambio terapéutico desde la perspectiva del análisis funcional.

Otras dificultades del uso de términos de nivel medio provienen de las funciones de estímulo y equivalencias que esos términos ya tienen para los clientes como resultado de su historia con dicha palabra y la experiencia vivida asociada ella, que en ocasiones podría estar muy alejada de la que se

propone desde la terapia. Un ejemplo claro de esto lo tenemos en el uso del término *Relación de Intimidad*, con el que creemos que habría que tener especial cuidado con la traducción literal de su uso original en estudios en inglés, precisamente por los diferentes campos semánticos que dicho concepto tiene en la cultura anglosajona y la hispana.

Todo lo expuesto, no quita mérito ni utilidad clínica a este modelo de análisis de las relaciones terapéuticas que propone categorías y clases funcionales de las CCR1 y 2, de gran utilidad para el proceso de cambio, mejorando incluso al FIAT. Compartimos las críticas analizadas aquí a la vez que consideramos que el Modelo ACL o de Conexión Social, supone un esfuerzo importante en el intento de estudiar y operativizar desde una perspectiva idiográfica y funcional estos términos de nivel medio.

En la revisión realizada no se ha encontrado ningún estudio empírico en el que se aplique el Modelo ACL como una forma de evaluar la efectividad en el estudio de la intimidad o Conexión Social. Sería interesante aplicarlo en este tipo de problemática para ver su utilidad e incluso, compararlo con el sistema FIAT.

Referencias

- Angus, L. E., & McLeod, J. (Eds.). (2004). *The handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory and research*. Sage.
- Barnes-Holmes, Y., Hussey, I., McEnteggart, C., Barnes-Holmes, D., & Foody, M. (2016). The relationship between Relational Frame Theory and Middle-level Terms in Acceptance and Commitment Theory. En R. D. Zettle, S. C. Hayes, D. Barnes-Holmes, & A. Biglan (Eds.), *The Wiley Handbook of Contextual Behavioral Science* (pp. 365–382). John Wiley & Sons.
- Callaghan, G. M. (2006). The Functional Idiographic Assessment Template (FIAT) System. *The Behavior Analyst Today*, 7, 357–398. <https://doi.org/10.1037/h0100160>
- Callaghan, G. M., & Follette, W. C. (2020). Interpersonal Behavior Therapy (IBT), functional assessment, and the value of principle-driven behavioral case conceptualizations. *The Psychological Record*, 70(4), 625–635. <https://doi.org/10.1007/s40732-020-00395-1>
- Elliott, R., Watson, J., Timulak, L., & Sharbanee, J. (2021). Research on humanistic-experiential psychotherapies: Updated review. In M. Barkham, W. Lutz, & L. G. Castonguay (Eds.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change: 50th anniversary edition* (pp. 421–467). John Wiley & Sons.
- Ferro-García, R. (1998). La aceptación y la terapia de conducta. *Análisis y Modificación de Conducta*, 24(94), 217–237.
- Ferro-García, R. Valero-Aguayo, L. (2017). Hipótesis transdianóstica desde la Psicoterapia Analítica Funcional: La formación del Yo y sus Problemas. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 19(3), 145–165. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v19i3.1060>.
- Ferro-García, R., Valero-Aguayo, L. & López-Bermúdez, M.A. (2015). Fundamentos, características y eficacia de la Psicoterapia Analítica Funcional. *Análisis y Modificación de Conducta*, 41(163–164), 51–73.
- Fried, E.I.(2022). Studying mental disorders as systems, not syndromes. *Current Directions in Psychological Science*. <https://doi.org/10.1177/09637214221114089>
- Fuentes, J.B. & Quiroga, E. (2005). La relevancia de un planteamiento cultural de los trastornos de la personalidad. *Psicothema*, 17(3), 422–429.
- Holman, G., Kanter, J., Tsai, M. & Kohlenberg, R.J. (2017). *Functional Analytic Psychotherapy made simple*. New Harbinger Publications.
- Hopfenbeck, M. (2015). Peer-supported open dialogue. *Context*, 138, 29–31.

- Johnstone, L. (2018). Psychological formulation as an alternative to psychiatric diagnosis. *Journal of Humanistic Psychology, 58*(1), 30-46. doi.org/10.1177/002216781772223
- Johnstone, L. (2022). General patterns in the Power Threat Meaning Framework—principles and practice. *Journal of Constructivist Psychology, 35*(1), 16-26. doi.org/10.1080/10720537.2020.1773358
- Johnstone, L., & Boyle, M. (2018). The power threat meaning framework: An alternative nondiagnostic conceptual system. *Journal of Humanistic Psychology, 0022167818793289*. doi.org/10.1177/0022167818793289
- Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Bolling, M.Y., Parker, C. R. y Tsai, M. (2002). Enhancing Cognitive Therapy for Depression with Functional Analytic Psychotherapy: Treatment Guidelines and Empirical Findings. *Cognitive and Behavioral Practice, 9*, 213-229. doi.org/10.1016/s1077-7229(02)80051-7
- Kohlenberg, R.J. y Tsai, M. (1991). *Functional Analytic Psychotherapy. Creating intense and curative therapeutic relationship*. Plenum Press. (Traducción española en Editorial Psara, 2021).
- López-Bermúdez, M.A., Ferro-García, R., Calvillo-Mazarro, M. & Valero-Aguayo, L. (2021). Importance of the Therapeutic Relationship: Efficacy of Functional Analytic Psychotherapy with Different Problems, *Clinica y Salud, 32*(3). 103-109. doi.org/10.5093/clysa2020a32
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (Eds.). (2019). *Psychotherapy relationships that work: Volume 1: Evidence-based therapist contributions*. Oxford University Press.
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011a). Evidence-based therapy relationships: research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy, 48*(1),98. doi.org/10.1037/a0022161
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011b). What works for whom: Tailoring psychotherapy to the person. *Journal of clinical psychology, 67*(2), 127-132. doi.org/10.1002/jclp.20764
- Macias, J.J., Valero, L., Bond, F, & Blanca M.J. (2019). The efficacy of Functional-analytic psychotherapy and acceptance and commitment therapy (FACT) for public employees. *Psicothema, 31*(1), 24-29. http://www.psicothema.com/pdf/4510.pdf
- Maitland, D. W., & Lewis, J. A. (2022). Creating Connection and Reducing Distress: the Effects of Functional Analytic Psychotherapy on Measures of Social Connection across Levels of Analysis. *The Psychological Record, 1-18*. doi.org/10.1007/s40732-022-00526-w
- Maitland, D.W., Kanter, J.W., Manbeck, K.E. & Kuczynski, A.M. (2017). Relationship science informed clinically relevant behavior in Functional Analytic Psychotherapy: The Awareness, Courage, and Love Model. *Journal of Contextual Behavioral Science, 6*, 347-359. doi.org/10.1016/j.jcbs.2017.07.002
- Maitland, D.W., Petts, R.A., Knott, L.E., Briggs, C.A., Moore, J.A. & Gaynor, S.T. (2016). A randomized controlled trial of Functional Analytic Psychotherapy versus watchful waiting: Enhancing social connectedness and reducing anxiety and avoidance. *Behavior Analysis: Research and Practice, 16*(3), 103-122. doi.org/10.1037/bar0000051
- Marin-Vila, M., Ortiz-Fune, C. & Kanter, J.K. (2020). Modelo conductual-contextual de las relaciones intimas: aplicabilidad en psicoterapia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy; 20*(3). 373-394.
- Moncrieff, J. (2018). Un enfoque alternativo del tratamiento farmacológico en psiquiatría. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 38*(133), 181-193. doi.org/10.4321/s0211-57352018000100010
- Moncrieff, J. (2020). "It Was the Brain Tumor That Done It!": Szasz and Wittgenstein on the Importance of Distinguishing Disease from Behavior and Implications for the Nature of Mental Disorder. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology, 27*(2), 169-181.

- Muñoz-Martínez, A. M., & Follette, W. C. (2019). When love is not enough: The case of therapeutic love as a middle-level term in functional analytic psychotherapy. *Behavior Analysis: Research and Practice*, 19(1), 103. <https://doi.org/10.1037/bar0000141>
- Pérez-Álvarez, M. (2019). La psicoterapia como ciencia humana, más que tecnológica. *Papeles del Psicólogo*, 40(1), 1-14. doi.org/10.23923/pap.psicol2019.2877
- Read, J., & Harper, D. J. (2022). The power threat meaning framework: Addressing adversity, challenging prejudice and stigma, and transforming services. *Journal of Constructivist Psychology*, 35(1), 54-67. doi.org/10.1080/10720537.2020.1773356
- Seikkula, J. (2011). Becoming dialogical: Psychotherapy or a way of life? *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 32(3), 179-193. doi.org/10.1375/anft.32.3.179
- Seikkula, J., & Arnkil, T. E. (2013). *Open dialogues and anticipations-Respecting otherness in the present moment*. Thl. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-022-1>
- Skinner, B. F. (1957/1981). *Verbal behavior*. Copley Publishing. (Traducción española en Ed. Trillas).
- Timimi, S. (2014). No more psychiatric labels: Why formal psychiatric diagnostic systems should be abolished. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14(3), 208-215. doi.org/10.1016/j.ijchp.2014.03.004
- Timimi, S. (2017). Non-diagnostic based approaches to helping children who could be labelled ADHD and their families. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 12(sup1), 1298270. doi.org/10.1080/17482631.2017.1298270
- Tsai, M., Callaghan, G. & Kohlenberg, R.J. (2013). The Use of Awareness, Courage, Therapeutic Love, and Behavioral Interpretation in Functional Analytic Psychotherapy. *Psychotherapy*, 50(3), 366-370. doi.org/10.1037/a0031942
- Tsai, M., Kohlenberg, R.J., Kanter, J.W., Holman, G.I. & Loudon, M.P. (2012). *Functional Analytic Psychotherapy. Distinctive Features*. Routledge.
- Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Kohlenberg, B., Follette, W. C. & Callaghan, G. M. (2009). *A Guide to Functional Analytic Psychotherapy: awareness, courage, love, and behaviorism*. Springer.
- Valero, L. & Ferro, R. (2015). *Psicoterapia Analítica Funcional. El análisis funcional en la sesión clínica*. Ed. Síntesis.
- Valero, L. & Ferro, R. (2017). *Tratando con... Psicoterapia Analítica Funcional*. Ed. Pirámide.
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*. Routledge. doi.org/10.4324/9780203582015

