

Afinidades entre las nuevas terapias de conducta y las terapias tradicionales con otras orientaciones

Marino Pérez Álvarez
Departamento de Psicología
Universidad de Oviedo

Resumen

En primer lugar, se presentan las nuevas terapias de conducta, señalándose sus aspectos distintivos. Se trata, en concreto, de la Psicoterapia Analítica Funcional (Kohlenberg & Tsai, 1991), de la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999) y de la Terapia de Conducta Dialéctica (Lineham, 1993). En segundo lugar, se presentan las terapias tradicionales a las que se refiere aquí, que son terapias de orientación distinta a la terapia de conducta. Se trata, en concreto, del Psicoanálisis, de la Terapia Existencial, de la Psicoterapia Experiencial y de la Terapia Estratégica. A su vez, se distinguen dentro de cada una de ellas sus principales variantes. Finalmente, se establecen las afinidades apuntadas en el título. A este respecto, se han encontrado afinidades que vienen dadas por los conceptos de transferencia, interpretación, experiencia emocional correctiva, aceptación, compromiso y des-psicologización. Se espera que estas afinidades de hecho lleguen a ser afinidades electivas.

Abstract

Firstly, the new behavior therapies are presented, indicating the characteristics of each. Specifically, they include the following: Functional Analytic Psychotherapy (Kohlenberg & Tsai, 1991), Acceptance and Commitment Therapy (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999), and Dialectical Behavior Therapy (Lineham, 1993). Secondly, some traditional therapies, whose orientations differ from behavior therapy, are also presented. Specifically, they include the following: Psychoanalysis, Existential Therapy, Experiential Psychotherapy, and Strategic Therapy. At the same time, distinctions are made between the main variants within each therapy. Finally, the affinities mentioned in the title are established. In this respect, the affinities found are the following: transference, interpretation, acceptance, commitment, and 'de-psychologization'. It is hoped that these real affinities become elective affinities.

Afinidades entre las nuevas terapias de conducta y las terapias tradicionales con otras orientaciones.

Las nuevas terapias de conducta

Corresponde señalar cuáles son las nuevas terapias de conducta pero, antes que nada, importa tener presentes algunas vicisitudes de la Terapia de Conducta. Estas vicisitudes, por lo que aquí concierne, se pueden formular en tres términos. A este respecto se diría que la terapia de conducta ha pasado por su *consolidación*, a la vez que por su *culturización* y no sin cierta *pérdida de identidad*, reutilizando términos de Nelson-Gray, Gaynor & Korotitsch (1997).

En relación con la consolidación, habría que señalar que la terapia de conducta se ha convertido en uno de los enfoques más reconocidos del campo clínico, sin que sea necesario abundar más en este punto. En cuanto a la culturización, se habría de reparar en su doble sentido de 'adoptar de' y de 'influir en'. La terapia de conducta ha adoptado de la psicología tradicional un respeto por el diagnóstico y un interés por la investigación psicopatológica, así como ha experimentado una notable colonización de parte de la psicología cognitiva. Referente a la psicología tradicional, aunque lo

propio de la terapia de conducta es la evaluación conductual (más que el análisis funcional, como debiera ser), las categorías diagnósticas no son escatimadas en la literatura científica y, en particular, a la hora de hablar de terapias empíricamente validadas. Es más, el diagnóstico no dejaría de tener su consideración conceptual en términos de covariación nomotética de respuestas. Con todo, la evaluación conductual no necesita terminar en una categoría diagnóstica, ni una categoría diagnóstica dada excusa la evaluación conductual. La terapia de conducta también ha tomado interés en la investigación psicopatológica. Su fundamento en la teoría del aprendizaje ha llevado a la investigación de procesos y a la propuesta de modelos según los cuales se entiende el desarrollo y mantenimiento de determinadas condiciones problemáticas. Referente a la colonización cognitiva señalada, vino a suponer una suerte de degeneración o, cuando menos, una pérdida de identidad (como se dirá después).

Por otro lado, la terapia de conducta también ha influido en otras corrientes de la psicología clínica. Desde el primer momento de su existencia, como forastera de la psicología clínica, ha comprometido a las psicoterapias vigentes entonces en la evaluación de sus resultados. En este sentido, la terapia de conducta ha subido el nivel de la psicoterapia, con sus críticas, con su ejemplo y con su oferta de métodos. Aún hoy día, la terapia de conducta es líder del movimiento de identificación y desarrollo de terapias empíricamente validadas (o cuando menos evaluadas). Igualmente, la terapia de conducta ha expandido técnicas terapéuticas o, quizá mejor, otras terapias han adoptado las técnicas conductuales, sin perjuicio de que sigan manteniendo su propias concepciones. Así, por ejemplo, cabría ver que el movimiento de integración en psicoterapia consiste, sobre todo, en un movimiento de la psicoterapia hacia la integración de técnicas de terapia de conducta (al margen, luego, de la amalgama conceptual resultante).

Finalmente, cierta pérdida de identidad es posible que fuera el precio de esa consolidación y culturización. Se cifraría esta pérdida de identidad, sobre todo, en la recaída en el intrapsiquismo, lo que iría en detrimento de su vocación contextual. Si bien la terapia de conducta se había erigido contra la psicoterapia intrapsíquica, entonces, de corte psicodinámico, recaería después en una nueva versión intrapsíquica, ahora de corte cognitivo. Ello supondría, a su vez, el abandono de la perspectiva contextual, representada en términos experimentales por el análisis experimental de la conducta, en términos aplicados por el análisis aplicado de la conducta y en términos filosóficos por el conductismo radical. En realidad, la perspectiva contextual (radical y del análisis de la conducta) no quedaría abandonada pero, y es lo que se quiere decir, no se convirtió en la corriente dominante o mayoritaria de la terapia de conducta sino que, incluso, quedó identificada aparte como 'análisis de la conducta'. La verdad es que el propio origen de la terapia de conducta es anfíbio en cuanto a esa doble condición contextual e intrapsíquica dada, respectivamente, por el conductismo radical y el metodológico, siendo el segundo el más expandido y el que daría lugar a esa pérdida de identidad señalada. Es de añadir que el análisis de la conducta quizá no estaba, entonces, en los comienzos de la terapia de conducta, en condiciones de hacerse cargo del amplio cometido de la terapia psicológica como lo ha llegado a estar después, en los tiempos actuales en los que se habla de 'nuevas terapias de conducta'.

Pues bien, estas nuevas terapias de conducta tienen una inspiración skinneriana o, cuando menos, una afinidad electiva con el conductismo radical o contextualismo, un sinónimo que parece ser menos engañoso, (Jacobson, 1997). En concreto, se trata de la *Psicoterapia Analítica Funcional* (PAF; Kohlenberg & Tsai, 1987; 1991), de la *Terapia de Aceptación y Compromiso* o ACT, formando en inglés el acróstico 'act', (Hayes, 1987; Hayes, Strosahl & Wilson, 1999), y de la *Terapia de Conducta Dialéctica* (TCD; Linehan, 1987; 1993).

Tanto la PAF como la ACT fueron recibidas a principios de los noventa como 'novedades para la práctica clínica', señalándose además su procedencia de un sitio inesperado como lo fuera el conductismo radical (Wilson, 1990). La PAF y la TCD tienen su capítulo en el texto con las principales teorías de la terapia de conducta, editado por O'Donohue & Krasner (1995). La PAF y la ACT se han expuesto como ejemplos de psicoterapia desde el punto de vista conductista (Ferro &

Valero, 1998; Pérez Álvarez, 1996a), así mismo se han expuesto conjuntamente sobre su base en el análisis de la conducta verbal (Luciano, 1999). Las tres terapias se han presentado, en el capítulo relativo a la terapia de conducta, como formas de 'intervención con base en el lenguaje' (Pérez Álvarez, 1996b). En fin, las tres son reconocidas como nuevos enfoques en terapia de conducta (Nelson-Gray, Gaynor & Korotitsch, 1997; Vallejo, 1998). Sea, pues, una breve descripción de cada una de ellas, cara a percibir su afinidad con las psicoterapias tradicionales, que es a lo que se va en este trabajo.

Psicoterapia Analítica Funcional (PAF). La PAF se caracteriza por establecer una equivalencia funcional entre la relación terapéutica y las relaciones interpersonales del cliente fuera de la sesión clínica. La cuestión es que los problemas del cliente en la vida cotidiana pueden, y puedan, presentarse en la sesión clínica. Pueden presentarse en la medida en que el terapeuta ofrezca la condición para crear una relación intensa, incluyendo cierta implicación personal. De esta manera, la relación terapéutica pone en juego las pautas de conducta del cliente en la vida real (en vez de, únicamente, hablar de ellas). El punto es que gran parte de los problemas psicológicos tienen buena parte de problemas interpersonales. Siendo así, el terapeuta tiene presentes las conductas clínicamente relevantes, de modo que el cambio resulte de y en el propio proceso de la terapia (como corresponde a la lógica del aprendizaje). Las conductas clínicamente relevantes son tanto los problemas como las mejorías del cliente presentadas en la sesión, así como las interpretaciones que ofrezca de su propia conducta. Todo ello supone por parte del terapeuta un dominio del análisis funcional de la conducta, donde la conducta verbal cobra la importancia que tiene, habida cuenta que es la conducta más frecuente en terapia (y que, curiosamente, la terapia de conducta tradicional no había alcanzado a entender).

Pero no sólo el lenguaje es materia del análisis funcional, sino la propia presencia del terapeuta, con su triple funcionalidad evocadora, discriminativa y reforzante, la estructura misma de la sesión clínica y el curso de la terapia. Así, por ejemplo, se han identificado al menos catorce situaciones terapéuticas que pueden ser relevantes en el establecimiento de equivalencias funcionales con situaciones extra-clínicas (Kohlenberg & Tsay, 1991; Pérez, Álvarez, 1996a). En fin, la PAF propone al terapeuta reglas para una actuación terapéuticamente relevante, es decir, tendentes a hacer de la sesión clínica un contexto natural para el cambio psicológico. Estas reglas incluyen entender y, en su caso, evocar conductas clínicamente relevantes, reforzar las mejorías, donde se insiste en un uso natural del reforzamiento (más parecido al que ocurre en las relaciones cotidianas que el practicado por los terapeutas de conducta), y proporcionar interpretaciones que valgan al cliente para un mejor contacto con las contingencias y un más adecuado control de la conducta.

Es de señalar que la PAF cuenta con una teoría del yo y, así, viene a ofrecer una teoría conductista del yo, lo que podría resultar sorprendente tanto a propios como a extraños. En todo caso, lo cierto es que la concepción del yo es tan difícil como imprescindible. Como quiera que sea, la teoría del yo que ofrece la PAF tiene su base en el lenguaje. Concretamente, la teoría hace ver cómo las prácticas verbales dan lugar a la emergencia del 'yo', en principio, sujeto de la acción verbal, hasta alcanzar la función de perspectiva común de las distintas acciones y de control privado por el que se aprende a discriminar la identidad subjetiva (personal). Esta concepción permite entender los trastornos de personalidad en relación con las prácticas sociales mediante las que se aprende el control privado. Así mismo, permite concebir una terapia tendente a restaurar la personalidad a través de la experiencia emocional correctiva.

Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). La ACT se caracteriza por establecer un cambio en el cliente de su pretensión de controlar el contenido de experiencias psicológicas (para evitarlas), al desarrollo de un distanciamiento comprensivo de esas experiencias. La cuestión es que los trastornos consistentes en la evitación experiencial resultan de un excesivo empeño en el control de eventos privados, cuyo empeño no hace sino perpetuar su contenido. Es de señalar que el excesivo control deriva de una larga práctica social que supone que la causa de la evitación experiencial es algún evento privado (pensamiento, emoción), pero al tratar de remover esta presunta causa, en

realidad, se tiene más de lo mismo (para no pensar en algo se tiene que pensarlo). El caso es que los eventos privados y la evitación experiencial son contenidos de un mismo contexto, en concreto, el contexto social verbal por el que se explica que los eventos privados son causas de la evitación experiencial y que para controlar ésta hay que quitar aquéllos. Este contexto social verbal constituye la propia persona que tiene tales pensamientos, emociones y evitaciones, de modo que no por controlar unos contenidos por otros se dejan de tener, es decir, los deja de tener la persona, que los padece tanto más los intenta controlar.

Así, pues, la ACT cuenta con una determinada consideración del yo o de la persona. Es interesante señalar que la noción del yo como perspectiva común a las distintas acciones ofrecida por la PAF es relevante, también, a estas consideraciones de parte de la ACT. En este sentido, sería buena cosa recuperar la distinción de G. H. Mead (1934/1999) entre yo y mí, no en vano elaborada desde el punto de vista del conductismo social, que es justamente la distinción puesta en juego en la terapia. Concretamente, la ACT distingue entre el *yo como contexto* (perspectiva común, yo-observador) que sería, propiamente, el yo en el planteamiento de Mead, y el *yo como contenido* (pensamientos, emociones, evitaciones), que sería el *mí* según Mead (mi pensamiento, etc., pero al fin y al cabo eventos de un yo común o trascendental a todos ellos). Pues bien, la terapia se propone desarrollar un distanciamiento comprensivo, no en balde éste era su nombre inicial (Hayes, 1987) y, acaso, más apropiado que el actual, entre el yo y el mí.

Este distanciamiento es más una tarea experiencial (puesta en practica experimentalmente por el cliente) que intelectual o meramente comprensiva. Es más una cuestión de aprehender que de aprender. Para ello la ACT se propone seis objetivos con sus técnicas. Los objetivos son interdependientes unos de otros, pero se organizan según el caso. Son los siguientes.

1) Romper los esquemas del cliente acerca de la terapia, promoviendo una suerte de desesperanza creativa.

2) Hacer ver que el problema es el control, no la solución.

3) Construir la aceptación de lo que no se puede cambiar o se considera valioso tener. La aceptación es un elemento definitorio de la terapia que se ha de entender como un acto positivo de querer tener ciertas experiencias que se pretendían evitar o cambiar, lo que supone abandonar la lucha contra los síntomas. En este sentido, la aceptación es una estrategia de cambio contextual, puesto que cancela el problema. Puede que el cliente siga teniendo tristeza, miedo, pensamientos intrusivos, pero puede también que ya no le sean un problema.

4) Distinguir entre el yo y el mí o, como se podría decir igualmente, entre la persona y la conducta.

5) Tomar como cuestión fundamental los valores relevantes en la vida del cliente. En realidad, la aceptación de pensamientos, memorias, emociones negativas y otros eventos privados se justifica únicamente en la medida en que sirva a fines valiosos para el cliente y no, por ejemplo, por el interés en confrontar de por sí experiencias evitadas (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999, p. 205).

6) Establecer el compromiso de actuar. El compromiso se concibe como la voluntad de actuar en la dirección de los valores que orientan la trayectoria conductual en la vida de uno, poniendo en acción tanto el cambio de lo cambiabile como la aceptación de lo incambiabile (la aceptación supone igualmente un acto y un cambio). Es de notar la importancia que cobra la voluntad, cuando es una noción desacreditada en el contexto de la terapia de conducta y, aun, de la psicología (tan desacreditada como importante).

En cuanto a las técnicas, son de destacar el uso de paradojas (la propia terapia es ella misma paradójica), el uso de metáforas, la revisión de convenciones lingüísticas y la práctica de ejercicios

experienciales dentro de la sesión, además de las técnicas convencionales de la terapia de conducta (exposición, ensayo, modelado). Más que un protocolo de técnicas, lo que importa es la lógica y el método de su aplicación de acuerdo con sus objetivos. De ahí que la ACT se valga de técnicas comunes aunque aplicadas con otro sentido y conocimiento.

Terapia de Conducta Dialéctica (TCD). La TCD se caracteriza por la creación de un contexto terapéutico validante, sobre el que reconstruir la regulación emocional de personas con una marcada inestabilidad afectiva. En concreto, fue diseñada para personas para-suicidas (Linehan, 1987) especializándose después en el trastorno de personalidad límite (Linehan, 1993), sin perjuicio de su extensión posterior a otros trastornos. Como su apellido indica, es terapia de conducta emparentada con el materialismo dialéctico, lo que la sitúa en relación con el contextualismo (Reese, 1993) y, de ahí, en el perspectiva del conductismo radical o contextual y, por lo tanto, teniendo mucho que ver con la PAF y la ACT, a pesar de que por razones comerciales se presenta a veces como terapia cognitiva-conductual (Linehan, 1993).

Como tal terapia especializada en un trastorno, supone un modelo psicopatológico, en este caso, de la personalidad límite. Se trata, él mismo, de un trastorno dialéctico, cuyo estructura psicopatológica básica es una relación recíproca entre una disposición a la dis-regulación emocional y un ambiente invalidante, donde no se habría de suponer necesariamente una vulnerabilidad biológica previa a la espera de eventos estresantes del ambiente, puesto que el ajuste disfuncional de la persona puede ser una respuesta funcional a un ambiente invalidante (caótico y desajustado), valdría decir, un ajuste disfuncional de la persona debido a un des-ajuste funcional del ambiente que termina, dialécticamente, estabilizando la inestabilidad. Sobre esta estructura básica se han distinguido tres patrones de conducta formando, igualmente, una polaridad dialéctica. En concreto, se trata de la inestabilidad emocional adversus la auto-invalidación, la pasividad activa adversus la competencia aparente y la crisis implacable adversus el afligimiento inhibido. Se excusa decir que el proceso terapéutico es complicado y de larga duración, puesto que viene a ser una reconstrucción personal (una restauración del yo mediante la relación terapéutica).

La TCD se plantea una serie de objetivos, acordados con el cliente, que van del establecimiento de una relación terapéutica, la reducción de conductas que interfieren con la terapia y con la calidad de vida, pasando por el aumento de habilidades conductuales, hasta el aumento del respeto por sí mismo y la síntesis de las polaridades señaladas. La terapia se organiza conforme a cuatro tipos de estrategias.

1) Estrategias dialécticas específicas, tendentes a re-situar al cliente respecto de su problema (donde se usan la paradoja y la metáfora entre otras técnicas).

2) Estrategias centrales, donde entran en juego estrategias de validación emocional, conductual y cognitiva y de estimulación personal, y estrategias de cambio (las diversas técnicas de la terapia de conducta).

3) Estrategias estilísticas, relativas a la relación terapéutica (modos de reaccionar, auto-apertura, implicación personal). Se ha de notar que el terapeuta se mueve continuamente entre la aceptación (validación) y el cambio, la firmeza y la flexibilidad, el apoyo del cliente-como-es y el empuje para que deje-de-ser-así y, en fin, el foco sobre sus capacidades y, a la vez, sobre sus debilidades.

4) Estrategias para el manejo del caso, relativas a personas e instituciones fuera de la relación terapéutica.

Estas nuevas terapias vienen a recuperar las bases distintivas de la terapia de conducta, lo que es tanto como decir su identidad (supuesta aquella pérdida de identidad antes señalada). En primer lugar, son terapias que tienen como base la investigación, particularmente, en el ámbito de la

conducta verbal, un déficit tradicional de la terapia de conducta. En este sentido, son terapias que se inscribirían en la tercera generación del aprendizaje (O'Donohue, 1998). Se habría de señalar que la PAF y la ACT tienen un compromiso más directo con la investigación que la TCD, la cual más bien se diría que derivó de aquéllas. En segundo lugar, el análisis funcional de la conducta cobra toda su vigencia e importancia. Es de destacar que se trata, sobre todo, del análisis de la conducta en la propia situación clínica, ya que las conducta clínicamente relevantes se dan en la relación terapéutica. En tercer lugar, el reforzamiento se naturaliza, en la medida en que el terapeuta haga de la situación clínica un contexto equivalente a la vida real (lo que es distintivo de la PAF y la TCD). Se trata, por tanto, de nuevas terapias dentro de la terapia de conducta y, a la vez, de una nueva base de la terapia de conducta.

Las terapias tradicionales

Las terapias tradicionales a las que se refiere aquí son las terapias de orientación distinta de la terapia de conducta. A este respecto, unas 'terapias tradicionales' serán anteriores a la terapia de conducta y otras contemporáneas pero, en todo caso, de filiación distinta. De manera que se toma la filiación, más que la antigüedad, como demarcación. En rigor, todas las terapias serían contemporáneas, en la medida en que han continuado y siguen vigentes. En concreto, aquí se considerarán las cuatro siguientes: el psicoanálisis, la terapia existencial, la psicoterapia experiencial, y la terapia estratégica.

Psicoanálisis. En relación con el psicoanálisis, se impone distinguir la terapia psicoanalítica, para referirse al psicoanálisis clásico, y la psicoterapia de inspiración psicoanalítica, para referirse a toda una variedad de psicoterapias que suponen distintas variaciones del psicoanálisis canónico (Eagle & Woltzky, 1992; Wallerstein, 1989).

Por lo que aquí importa, baste tener presentes ciertos conceptos básicos. El concepto básico de la terapia psicoanalítica, de hecho, su piedra angular, es la transferencia o reedición de sucesos psíquicos anteriores, que se actualizan sobre la figura del terapeuta. En este sentido, la transferencia viene a ser una suerte de neurosis artificial (neurosis regresiva de transferencia) que, lejos de ser una dificultad, es una oportunidad para la labor analítica. De esta manera, el analista tiene ahí presente la neurosis actualizada, como zona intermedia (que diría Freud, 1914/1985) entre la enfermedad allí en la profundidad psíquica del paciente y la vida real de aquí en adelante, sobre la que llevar a cabo el trabajo de interpretación, a fin de producir una reconstrucción genética curativa.

En la psicoterapia psicoanalítica sigue siendo básica la transferencia (de hecho, es definitoria de la condición psicoanalítica), pero ya no es tanto un fenómeno intrapsíquico (autodesplegado ante la presencia del analista) como un fenómeno interpersonal, puesto en juego en la interacciones con el analista y, por tanto, revelando más sus conflictos actuales que los pasados. Por su parte, la interpretación sigue siendo una técnica importante, pero más interesada en el aquí-y-ahora y no la única, siendo empleada junto con otras como la aclaración, la confrontación, el apoyo o la abreacción. Un concepto que resulta ahora decisivo para entender el proceso y resultado terapéuticos es la experiencia emocional correctiva, introducida en su día por Alexander & French (1946/1965). Se entiende que la relación terapéutica brinda una oportunidad para tener experiencias interpersonales que pudieran ser beneficiosas (Mitchell, 1988). En particular, las psicoterapias breves tienen como piedra de toque la experiencia interpersonal que supone la propia relación terapéutica, sin perjuicio de que su doctrina sea más conforme con un modelo de corte impulsivo-estructural o propiamente relacional (Messer & Warren, 1995).

Terapia existencial. En cuanto a la terapia existencial, ante todo, se habría de destacar la logoterapia, desarrollada por V. E. Frankl desde la década de los años treinta, viniendo a ser una tercera vía de psicoterapia fundada en Viena, después de Freud y Adler, (Frankl, 1987/1990). La logoterapia responde a la preocupación existencial por el sentido de la vida. A este respecto, el paciente neurótico se encontraría metido en un circuito de acción (sin sentido), bien que la angustia le lleve a la evitación, lo que trae más de lo mismo (como si el temor trajera lo que teme) o bien que el

deseo de algo impida su consecución (como si el propio deseo imposibilitara lo que se propone). En el primer caso, uno carecería del distanciamiento necesario para salir del circuito y, en el segundo, de lo que carecería sería de la trascendencia adecuada para ir más allá de uno mismo. En ambos casos, el sentido de la vida estaría cancelado, puesto que el sentido de la vida pasaría por el auto-distanciamiento y la auto-trascendencia.

A fin de salir de esta situación, la logoterapia ofrece dos soluciones, una para cada condición, llevadas a cabo mediante dos técnicas precisas. Para el primer supuesto (en el que el temor trae lo que teme) la solución sería, precisamente, desear tener aquello que se evita, cuya técnica es la intención paradójica (una forma de objetivar la neurosis y distanciarse de ella). Para el segundo (en el que el deseo imposibilita lo que se desea) la solución sería despreocuparse de aquello que se quiere tener, cuya técnica es la de-reflexión (una forma de trascender del síntoma orientándose a algo diferente). Ambas son soluciones paradójicas y más que tratar el síntoma se dirigen a la persona del paciente, a fin de cambiar su actitud ante el síntoma.

La terapia existencial cuenta con otros temas o preocupaciones básicas y, más que la originalidad de sus técnicas, lo destacable es el horizonte que propone (Yalom, 1980/1984). Así, en relación con la angustia ante la muerte, que estaría más implicada en los trastornos psicológicos que lo que está presente en los protocolos del clínico, el horizonte sería la adquisición de fortaleza, donde figura la técnica de des-identificación, un ejercicio para establecer la trascendentalidad de la persona respecto de la eventualidad de las cosas con las que uno se identifica y que, a pesar de su eventualidad, le neurotizan. En relación con la libertad que cada uno tiene en lo que hace, a menudo no reconocida, el horizonte sería la toma de responsabilidad, donde figuran técnicas consistentes en el hacerse cargo, en la confrontación y en el desarrollo de la voluntad (promoviendo acciones y decisiones). Finalmente, en relación con la incomunicación humana, en su sentido existencial, el horizonte terapéutico sería la confrontación de la soledad, donde cobra importancia decisiva la relación terapéutica (como encuentro personal y separación).

Cabría incluir como terapia existencial el análisis transaccional y la terapia gestáltica, por lo siguiente. El análisis transaccional tendría un punto existencial en su análisis y des-enmascaramiento de los problemas psicológicos como juegos, poniendo al paciente ante la decisión de seguir o no el juego. Por su parte, la terapia gestáltica, a pesar de su mezcolanza conceptual y técnica, tendría su punto existencial en la toma de responsabilidad y el hacerse cargo. En todo caso, la terapia existencial habría que concebirla, más que como una escuela particular de terapia, como un enfoque que toda escuela debiera tener en alguna medida.

Psicoterapia experiencial. Por lo que se refiere a la psicoterapia experiencial, se diría que es una evolución de la terapia 'centrada en el cliente' (Lietner, 1997). En este sentido, podría decirse que viene a ser una suerte de 'terapia directiva' centrada en el cliente pero, al ser así, todo es diferente (Brodley, 1990). De la terapia centrada en el cliente importa destacar las condiciones de la relación terapéutica supuestas por Rogers como las condiciones mismas del cambio. A este respecto, como pusieran de relieve los análisis de Truax (1966), se ha visto que el terapeuta no deja de influir selectiva y sutilmente en el cliente, a pesar de auto-concebirse como no-directivo, lo que significaría que su directividad es espontánea y de sentido común (valdría decir que pone en ejercicio un modo de reforzamiento natural, puesto que, sin pretenderlo, ocurre de hecho).

De la psicoterapia experiencial, propiamente, habría que distinguir dos variantes, la psicoterapia de focalización sensorial, desarrollada por E. T. Gendlin (1981/1991; 1996) y la psicoterapia de proceso experiencial, desarrollada por L. S. Greenberg y colegas (Greenberg, Rice & Elliot, 1993/1996; Greenberg & Paivio, 1997/2000). Mientras que la terapia de Gendlin se mantiene más sobria en sus principios humanísticos, la de Greenberg incorpora la terapia cognitiva (sobre todo en el plano conceptual) y la terapia gestáltica en el plano de la técnica (particularmente los ejercicios consistentes en el diálogo de la silla vacía). Sin embargo, ambas tienen como cuestión fundamental la experienciación de todo contenido psicológico, en particular, sentimientos y emociones. Igualmente,

insisten en el proceso de simbolización o articulación en palabras de las sensaciones y emociones sentidas. Con todo, la terapia de Greenberg, en su trabajo de las emociones, quizá es más clara en destacar la importancia de la provocación y aceptación y, según también dicen a menudo, el permitirse tener los sentimientos y emociones que se preferirían evitar, como condición terapéutica (Greenberg & Paivio, 1997/2000).

Terapia estratégica. Tocante a la terapia estratégica, se propone esta modalidad como representante de un campo con toda una variedad de terapias relativamente distintas y, ciertamente, diferenciadas entre ellas, bien que enfaticen el aspecto comunicacional, bien el sistémico, bien el familiar o bien el de la focalización en la solución (Guerin & Chabot, 1992; Pérez Álvarez, 1996b).

Su base conceptual es la pragmática de la comunicación humana (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1967/1995), es decir, la comunicación tal como se da en las interacciones entre las personas, donde comunicación es prácticamente sinónimo de conducta. Se ha de añadir que la comunicación o interacción se entiende en el marco de un sistema, donde la familia sería el sistema privilegiado por este enfoque para entender y resolver los problemas psicológicos. En esta línea, se ofrece toda una pragmática de la comunicación patológica. De esta manera, los problemas psicológicos son vistos en términos de la comunicación entre las personas dentro de un sistema, en vez de verlos dentro de una persona. Así, estudiando la comunicación en familias con un miembro esquizofrénico, han puesto de relieve el concepto de *doble vínculo* que, más que un concepto, es toda una teoría acerca de la comunicación patológica. Se trata de un patrón comunicacional estructurado de un modo paradójico tal que pone al destinatario en una situación conflictiva y sin posibilidad de elección. Pedir a alguien que sea espontáneo o dar un abrazo efusivo y, a la vez, con gesto de rechazo serían ejemplos de doble vínculo. Su importancia estaría, naturalmente, cuando constituya una pauta repetitiva que termina por envolver a ambos participantes. Consiguientemente, la cuestión sería que los problemas se instauran de un modo que las soluciones intentadas no hacen sino contribuir a su mantenimiento. Es decir, la solución puesta en práctica por los propios actores de la comunicación patológica llega a ser parte del problema y no su solución, lo que Watzlawick, Weakland & Fish (1974/1989) denominan *cambio 1*. Siendo así, lo que se necesita sería un *cambio 2*, en el que se reestructure el marco del problema, incluyendo la solución intentada. El cambio 2 consiste, pues, en una reestructuración del problema y de la solución según vienen funcionando, lo que supone alguna forma de intervención paradójica y, en general, del cambio del contexto (O'Hanlon & Wilk, 1987).

Afinidades

Con lo expuesto, se tiene mucho anticipado para establecer las afinidades anunciadas en el título. Se ha de adelantar que, en general, tales afinidades tienen más el primer sentido de semejanzas de hecho que el segundo de atracción 'química' entre sujetos. Es decir, se trataría de afinidades objetivas antes que de afinidades subjetivas, puesto que los sujetos (autores y practicantes de las terapias) no se han conocido ni, por tanto, atraído entre ellos. En consecuencia, no son afinidades electivas en el sentido goethiano pero, dada la ocasión propicia (y un artículo como este podría ser una), las personas, como los elementos químicos, pueden dar lugar a nuevas recombinaciones. Siendo así, afinidades objetivas antes que subjetivas, quizá su conocimiento preceda al reconocimiento.

Transferencia e interpretación. Empezando por la psicoterapia analítica funcional (PAF), se impone de inmediato percibir su afinidad con la (psico)terapia psicoanalítica, sobre todo, por lo que se refiere a la transferencia. De esta manera, se reconoce en el psicoanálisis una aportación fundamental a la terapia, por parte de un enfoque tradicionalmente contrario (a lo que parece, *contraria sunt circa eadem*, es decir, lo contrarios andan cerca unos de otros). Sin embargo, la transferencia quedaría inscrita en otra perspectiva y en otra práctica, que ya no sería la misma del psicoanálisis (pero que tampoco la contradiría). Por lo pronto, quedaría inscrita en la perspectiva del análisis de la conducta. En esta línea, la transferencia vendría a ser un conjunto de respuestas generalizadas en la relación terapéutica, debidas a la similitud entre la situación clínica y las

relaciones dadas en el pasado (Dollard & Miller, 1950/1972). Semejante generalización está facilitada por la actitud analítica de neutralidad, donde no se satisface pero tampoco se castiga ni censura la conducta del paciente. Como ha señalado Skinner, el terapeuta es una audiencia que no castiga y, así, la conducta que hasta aquel momento había estado reprimida empieza a aparecer en el repertorio del paciente y, a la vez, el paciente se 'desensibiliza' ante su propia conducta, anteriormente impensada e, incluso, impensable (Skinner, 1953/1974).

Por lo que respecta a la práctica, la transferencia quedaría inscrita en el proceso contingente de la relación terapéutica, dependiendo no ya de la supuesta actitud neutral del clínico sino de su intervención sistemática. De esta manera, la PAF estaría en condiciones de manejar la transferencia con conocimiento de causa, entre tanto identifica las condiciones dadas en la situación clínica de las que depende o es contingente (o, en fin, son su causa). "En suma", dicen Kohlenberg y Tsai, "nuestra posición es que la transferencia es conducta operante que ocurre debido a la similitud entre la situación presente (que incluye el terapeuta y la relación cliente terapeuta) y las pasadas que el cliente ha experimentado. Por lo demás, las reacciones del terapeuta son contingentes respecto de las respuestas del cliente, de modo que tendrán los efectos del reforzamiento. Finalmente, como tal operante, no hay garantía de que el problema ocurra en la relación. Esta visión de la PAF acerca de la transferencia tiene la ventaja de sugerir su causas, sus relaciones con los problemas cotidianos del paciente y cómo es afectada por el proceso terapéutico" (Kohlenberg & Tsai, 1991, p. 166). Es interesante alinear aquí la terapia cognitiva interpersonal (Safran & Segal, 1991/1994) en su consideración de la conducta en la sesión como manifestación del problema.

Puede verse que esta consideración de la transferencia supone invertir la tradicional preocupación de la terapia de conducta por el transfer y la generalización. En efecto, la cuestión es antes la transferencia del problema real a la situación clínica que el transfer de la mejoría habida en ésta al mundo real.

Es interesante señalar que la más notable reforma de la transferencia dentro del lineamiento psicoanalítico como es, seguramente, la debida al Grupo Monte Sion (Weiss, 1990; Weiss, Simpson & Mounth Zion Psychotherapy Group, 1986) presenta una noción de transferencia no distante del espíritu de la conducta operante aunque bien distinta de su letra. En esencia, este enfoque entiende que los problemas psicológicos se deben a 'ideas patógenas' que impiden alcanzar ciertas metas (nótese que la motivación se cifra en términos de metas, del para qué, en vez de impulsos, del por qué). El punto es que los pacientes en terapia tratarían de confirmar o no ciertas ideas patógenas probando la respuesta del terapeuta. Si el terapeuta ofrece interpretaciones a favor de los planes y metas del paciente (en buena medida inconscientes y, por tanto, sin formular), entonces se tendría tanto un insight clarificador como una experiencia correctiva, lo que supondría un alivio y una decisión cara al plan. (No se dejaría de ver que las pruebas o actuación del paciente serían operaciones, por no decir operantes, y las respuestas del terapeuta serían aprobaciones selectivas, por no decir reforzadores.)

Otra afinidad notable viene dada por la interpretación, un concepto fundamental del psicoanálisis que también figura en la PAF. Obviamente, no se trata de una interpretación psicoanalítica sino de una interpretación conductista pero que, no por ello, deja de ser una explicación ofrecida al cliente de las 'causas' y motivos de su conducta o dada por el mismo cliente y que el terapeuta reconoce como relevante (no en vano la interpretación del cliente es una de las conductas clínicamente relevantes).

Por lo demás, es evidente la importancia que cobra la relación terapéutica como contexto en el que se opera el cambio. En este sentido, habría que hablar de la relación terapéutica como experiencia ella misma terapéutica. Sin embargo, este aspecto se resaltaré a propósito de la TCD.

Experiencia emocional correctiva. Continuando por la terapia de conducta dialéctica (TCD), se destacaría, efectivamente, la experiencia emocional correctiva que supone esta terapia. Como se recordará, la TCD se caracteriza por la creación de un contexto terapéutico validante, sobre el que

reconstruir la regulación emocional de personas con una marcada inestabilidad afectiva. En este sentido, tendría una notable afinidad con la psicoterapia psicoanalítica en la línea de Alexander & French (1946/1965), cuando introdujeron el concepto de experiencia emocional correctiva como proceso básico sobre el que reentender y reformar el psicoanálisis. De hecho, este concepto es considerado el factor curativo básico y común a las distintas terapias psicodinámicas breves (Messer & Warren, 1995). En verdad, dicho concepto ya suponía en su primer momento una reconsideración del psicoanálisis en términos de entrenamiento emocional, donde se destaca la importancia de la prueba de la realidad y, en general, de la práctica activa de nuevas pautas de conducta. No es trivial señalar que Alexander & French conciben la psicoterapia psicoanalítica como un proceso de aprendizaje (y a este respecto ponen el ejemplo de un niño aprendiendo a caminar). En esta línea, la TCD vendría a desarrollar el concepto de experiencia emocional correctiva sobre la lógica de la terapia de conducta y valiéndose de su logística.

Con todo, habría que decir que el horizonte de la TCD es nada menos que la reconstrucción personal o restauración del yo de personas con un grave trastorno de personalidad, tarea que no es para una terapia breve. A este respecto, la restauración del yo por parte de la TCD no tiene afinidad con lo propio por parte de la terapia psicoanalítica (O. F. Kernberg o H. Kohut). Las doctrinas de estos autores, tanto relativas a los trastornos de personalidad (Kernberg, 1984/1987) como al sí mismo (Kohut, 1977/1990), constituyen todo un universo del discurso que hace imposible percibir por dónde podrían venir sus posibles afinidades con la TCD, aun tratando de la mismo (como no fuera en generalidades o trivialidades como, por ejemplo, reconocer la importancia de las relaciones interpersonales). En este sentido, la TCD cuenta con la teoría del yo ofrecida por la PAF, con la que la afinidad es electiva (Kohlenberg & Tsai, 1991).

Finalmente, por lo que concierne a la terapia de aceptación y compromiso (ACT), se verían sus afinidades sobre todo con relación a la terapia existencial, pero también con la terapia experiencial y la terapia estratégica.

Distanciamiento y toma de perspectiva. La mayor afinidad con la terapia existencial (empezando por la logoterapia) viene dada por el auto-distanciamiento, que se proponen ambas, cada una a su manera. Mientras que la ACT funda la necesidad del distanciamiento en el contexto social verbal por el que uno resulta envuelto, tratando en vano de controlar las supuestas causas de sus problemas, la logoterapia funda tal necesidad sobre su consideración del 'existir' como apertura y trascendencia de sí mismo, justamente, lo contrario de la acción cerrada y auto-reflexiva en que consistiría el problema psicológico. En todo caso, resulta fundamental para las dos terapias la promoción de la perspectiva sobre sí mismo (auto-distanciamiento). A este respecto, ambas se valen ampliamente de la paradoja, pues tratan, ante todo, de dismantelar la lógica del sentido común, proponiendo como estrategia terapéutica desear tener aquello que se quiere evitar, lo que es, sin duda, paradójico. En este sentido, la ACT es ella misma paradójica (aparte de valerse de las paradojas) y, por su lado, la intención paradójica es una técnica emblemática de la logoterapia.

Puede añadirse que el auto-distanciamiento figura también en la terapia existencial en la línea de Yalom, a propósito de la 'adquisición de fortaleza' frente a la angustia ante la muerte. Concretamente, se vería que el distanciamiento respecto de las cosas con las que uno se identifica, incluyendo las propias emociones y deseos, es lo que se propone la técnica llamada, precisamente, 'des-identificación' (Yalom, 1980/1984). Una técnica enteramente similar, denominada 'observador de sí-mismo', figura en la ACT. Esta técnica tiene el propósito de promover la toma de perspectiva, estableciendo la diferencia del yo como contexto trascendental respecto de los distintos eventos (emociones, pensamientos) que serían sus contenidos eventuales (Pérez Álvarez, 1996a). Es interesante alinear aquí la técnica denominada 'método cinematográfico de reconstrucción personal' de la terapia cognitiva-estructural de Guidano (1991/1994), así como el 'descentramiento' de la terapia cognitiva interpersonal (Safran & Segal).

Aceptación y compromiso (hacerse cargo y voluntad). Otra afinidad de la ACT con la terapia

existencial, relacionada con la anterior, se encuentra en la aceptación. Se entiende la aceptación como al acto ('act') de aceptar ciertas experiencias que, de otro manera o hasta entonces se trataba, en vano, de evitar. La aceptación viene a ser, entonces, una estrategia de cambio contextual. Efectivamente, si uno acepta tener aquello que no se puede cambiar y que es causa de problema psicológico, quizá no haya dejado de tenerlo como problema pero no lo tendrá ya como problema psicológico. Es decir, quizá siga siendo un problema, pero no uno psicológico, sino la condición misma de la vida, no exenta ciertamente de problemas (lo que se habrían quitado o ahorrado serían los problemas psicológicos). En todo caso, la aceptación de lo que no se puede cambiar supone, sin embargo, un cambio radical del contexto y, por tanto, de la función (neurótica) que tenía, (véase Ferro, 1998). La aceptación tendrá que ser retomada después, a propósito también de la psicoterapia experiencial.

Ahora queda todavía por señalar (relativo a la ACT y la terapia existencial) el desarrollo de la responsabilidad, la voluntad o el compromiso, en lo que también son afines. El punto es el hacerse cargo y afrontar la responsabilidad de uno en las condiciones problemáticas que se tienen. A este respecto, se hace preciso alinear junto a la terapia existencial (Yalom), la terapia gestáltica y el análisis transaccional (Pérez Álvarez, 1996b). Se recordaría que un objetivo de la terapia gestáltica es el desarrollo de la responsabilidad en el sentido de hacerse cargo de lo que se hace. Por su parte, el objetivo final del análisis transaccional es desenmascarar los juegos en que consistirían los problemas neuróticos y poner a los 'jugadores' ante la decisión de seguir con él o no. Pues bien, la noción de compromiso contenida en la ACT apunta en la misma dirección. Se trata de la aplicación de la voluntad para apoyar una acción consistente con los valores relevantes para uno (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999). Ciertamente, también tiene que ver con la voluntad necesaria para llevar a cabo una exposición sistemática de acuerdo con la terapia de conducta. En todo caso, se trata de una voluntad ejercitada con diversos ejercicios que la ponen en práctica. Nótese que se reintroduce la voluntad, después de su misteriosa desaparición y en vez de su sucedáneo de la motivación (Marina, 1997). En fin, permítase declarar sin más argumentación que, en la perspectiva de este trabajo, la voluntad es considerada no ya como una noción imprescindible en terapia sino como un constitutivo de la psique humana.

Referente a la psicoterapia experiencial, se apreciaría una cierta afinidad con la ACT en la noción de aceptación, como ya se anunció. En efecto, en su trabajo con las emociones (Greenberg & Paivio, 1997/2000), la psicoterapia experiencial tiene como objetivo conseguir el contacto con los sentimientos, supuesto que ciertos problemas se enraízan en la evitación crónica, o en el control excesivo de la experiencia afectiva. La focalización en que insiste esta terapia consiste en la evocación de la experiencia emocional desadaptativa (abandonando la lucha inútil contra ella) y su simbolización por medio de palabras, de modo que los sentimientos queden asidos al lenguaje (en vez de seguir uno asido por ellos). Así, pues, por un lado, se trata de "aceptar aquello que no puede ser evitado", lo que "capacita a uno para comenzar a adoptar la responsabilidad de nuevos esfuerzos y metas. Esta desesperanza conlleva el abandono de los esfuerzos inútiles, así como la reorganización" (Greenberg & Paivio, 1997/2000, p. 145). Por otro lado, se trata también de "simbolizar lingüísticamente la emoción", lo que crea "un nuevo lugar donde situarse, una nueva perspectiva desde la que ver el sentimiento". "Ahora 'soy yo' quien siente 'esto', y 'esto' está separado de mí" (p. 149), lo que supone un sí-mismo como agente en la reconstrucción de los sentimientos (p. 150). No haría falta glosar su afinidad con la ACT, si bien la ACT cuenta con una fundamentación más sólida.

Des-psicologización de los problemas psicológicos. Finalmente, en relación con la terapia estratégica, la primera afinidad que sale al paso de la ACT tiene que ver, seguramente, con el 'arte de reestructurar', consistente en cambiar el marco de referencia del problema tal como lo tiene inscrito el cliente. Esto supone tanto romper los esquemas que trae el cliente acerca de su problema y de lo que espera de la terapia como resituarlo de otra manera ante todo ello. Aunque, como dice Watzlawick (1976/2000), toda psicoterapia eficaz consiste en un cambio exitoso de este marco de referencia y, en efecto, la reestructuración se lleva de varias maneras, la afinidad señalada alcanza su mayor visibilidad en el uso de la paradoja.

De todos modos, hay una diferencia entre el uso de la paradoja por parte de la terapia estratégica y la ACT, ya advertida por Hayes & Melancon (1989). Mientras que la primera parece usarla más bien como 'engaño benevolente' del cliente, pues si la paradoja es obedecida (por ejemplo, 'tenga tal síntoma') significaría que uno tuvo el síntoma porque quiso y si no es obedecido significaría que no se ha tenido el síntoma (*paradoja social*), en la ACT no hay caso para 'ganar' tanto si se obedece como sino, pues la cuestión es establecer un 'distanciamiento comprensivo', desmantelando el sentido literal del lenguaje (*paradoja literal*). En este sentido, la ACT empezaría por lograr la paradoja literal (como tarea de la sesión clínica), lo que supondría no sólo alterar el marco del síntoma sino el contexto mismo del lenguaje en su raíz, para después poner en práctica el cambio extra-clínico (por decirlo así, la paradoja social), mientras que la terapia estratégica parece conformarse con una suerte de paradoja social (a menudo con todo el aspecto de un truco terapéutico), sin reparar (en) el contexto verbal socialmente aprendido y aun se diría aprehendido (por lo que difícilmente se cambiaría ni siquiera mediante una ingeniosa ocurrencia paradójica por parte del terapeuta más audaz).

Con todo, hay una afinidad más notable entre la terapia estratégica y la ACT que la debida al uso de la paradoja. Se apuntaría, en este caso, a la 'epistemología clínica de O'Hanlon & Wilk (1987).

La epistemología clínica, permítase recordarla mínimamente, es un análisis conceptual del efecto sobre la práctica terapéutica de los cambios en las presuposiciones del terapeuta acerca del funcionamiento psicológico. La aplicación clínica de acuerdo con este análisis conceptual implica resoluciones terapéuticas mediante la alteración de las presuposiciones del cliente, así como de las asunciones del terapeuta acerca de sus problemas (qué los causa y cómo se solucionan). Supone, por tanto, una tarea de desenmascaramiento y de desafío de presuposiciones epistemológicas, tanto del cliente como del terapeuta, llevada, según dicen los autores, conforme a un proceso de negociación. Una de las primeras asunciones desafiadas es el supuesto de que las emociones, las sensaciones y los pensamientos son causas de la conducta, por señalar un punto igualmente relevante a la ACT. El principal empeño del terapeuta es conseguir alterar la visión que tiene el cliente de su dificultad cara a que salga de la oficina clínica dispuesto a hacer algo diferente (a lo que hacía hasta ahora, con el problema). Así pues, la cuestión no estaría en reunir información, por ejemplo, relativa a las emociones y pensamientos porque fueran las supuestas causas del problema, sino en alterar cómo el cliente habla acerca de los hechos de la situación problemática, dependiendo de lo cual haga algo diferente. En este sentido, la epistemología clínica sería una terapia estratégica que remueve el contexto social verbal (los presupuestos clínicos) antes de poner al cliente ante una situación paradójica (hacer algo diferente), sobre la que confiar (bastante ingenuamente) que vaya a des-contextualizar el problema. Siendo así, la epistemología clínica sería una terapia estratégica radical, por cuanto plantea el problema de raíz, esto es, en términos del contexto de conocimiento en el que los clientes aprenden a hablar de los problemas y, por tanto, a tenerlos.

Se advertiría que la epistemología clínica se propone desmontar las concepciones psicológicas o, quizá mejor, psicologistas que tiene el cliente y sostiene el saber clínico al uso. Pues bien, una tarea similar caracterizaría, igualmente, a la ACT en la medida en que se propone desmantelar el contexto social verbal en el que, y el porque, se darían determinados problemas psicológicos. Semejante cometido no dejaría de verse como una suerte de des-psicologización de los problemas psicológicos. El supuesto sería que una determinada psicologización convertiría una condición existencial en un problema o, quizá, un problema de la vida en un problema psicológico. Esta des-psicologización se apreciaría también en conceptos señalados antes, tales como la aceptación y el compromiso (o el hacerse cargo y la voluntad) y el distanciamiento.

En fin, se han puesto de relieve ciertas afinidades entre las nuevas terapias de conducta y las terapias de otras orientaciones, bajo el supuesto de que su conocimiento sirva a un posible reconocimiento mutuo. En efecto, se entiende que sería buena cosa una mayor reconocimiento entre las distintas terapias sin perjuicio, obviamente, de la crítica y diferenciación cuando corresponda.

Todas las terapias ganarían si repararan más en sus afinidades con las demás, puesto que las afinidades existen en realidad aunque no sean electivas. En la medida en que llegaran a ser afinidades electivas podrían darse nuevas combinaciones y, por tanto, transformaciones saludables. Al fin y al cabo, eso es lo que se proponen las terapias con sus pacientes o clientes.

Referencias

- Alexander, F. & Frebch, T. (1946/1965). Terapéutica psicoanalítica. Buenos Aires:Paidós
- Brodley, B. T. (1990). Client-centered and experiential: two different therapies. En G. Lietaer, J. Rombauts & R. Van Balen, eds., Client-centered and experiential psychotherapy in nineties (pp. 87-107). Leuven: Leuven University Press.
- Dollard, J. & Miller, N. E. (1950/1974). Personalidad y psicoterapia. Bilbao: DDB
- Eagle, M. N. & Wolitzky, D. L. (1992). Psychoanalytic theories of psychotherapy. En D. K. Freedheim, ed., History of psychotherapy: a century of change (pp. 109-158). Washington: APA
- Ferro, R. (1998). La aceptación y la terapia de conducta. Análisis y Modificación de Conducta, 24, 94, 217-237.
- Ferro, R. & Valero, L. (1998). Psicoterapias conductistas: nuevos enfoques clínicos. Psicologemas, 12, 31-62.
- Freud, S. (1914/1985). Recuerdo, repetición y elaboración. En S. Freud, Psicoanálisis aplicado y técnica psicoanalítica (pp. 183-192). Madrid: Alianza
- Frankl, V. E. (1987/1990). Logoterapia y análisis existencial. Barcelona: Herder
- Gendlin, E. T. (1981/1991). Focusing. Bilbao: Mensajero
- Gendlin, E. T. (1996). A focusing approach to psychotherapy. Nueva York: Guilford
- Greenberg, L. S., Rice, L. N. & Elliott, R. (1993/1996). Facilitando el cambio emocional. Barcelona: Paidós
- Greenberg, L. S. & Paivio, S. C. Paivio (1997/2000). Trabajar las emociones en psicoterapia. Barcelona: Paidós
- Guerin, P. J. & Chabot, D. R. (1992). Development of family systems theory. En D. K. Freedheim, ed., History of psychotherapy: a century of change (pp. 225-260). Washington: APA
- Guidano, V. F. (1991/1994). El sí-mismo en proceso. Barcelona: Paidós
- Hayes, S. C. (1997). A contextual approach to therapeutic change. En N. S. Jacobson, ed., Psychotherapists in clinical practice (pp. 327-381). Nueva York: Guilford
- Hayes, S. C. & Melancon, S. M. (1989). Comprehensive distancing, paradox, and the treatment of emotional avoidance. En L. M. Ascher, ed., Therapeutic paradox (pp. 184-218). Nueva York: Guilford
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (1999). Acceptance and commitment therapy. An

experiential approach to behavior therapy. Nueva York: Guilford

Jacobson, N. S. (1997). Can contextualism help? Behavior Therapy, 28, 435-443.

Kernberg, O. F. (1984/1987). Trastornos graves de la personalidad. México: El Manual Moderno

Kohlenberg, R. J. & Tsai, M. (1991). Functional analytic psychotherapy. Creating intense and curative therapeutic relationship. Nueva York: Plenum

Kohut, H. (1977/1990). La restauración del sí-mismo. México: Paidós

Liettaer, G. (1997). La evolución histórica del paradigma de Carl Rogers y la terapia centrada en el cliente: de la actitud no-directiva a la actitud experiencial. Revista de Psicoterapia, 8, 23-35.

Linehan, M. M. (1987). Dialectical behavioral therapy: a cognitive behavioral approach to parasuicide. Journal of Personality Disorders, 1, 328-333.

Linehan, M. M. (1993). Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. Nueva York: Guilford

Luciano, M. C. (1999). Terapia de aceptación y compromiso (ACT) y psicoterapia analítica funcional (FAP). Análisis y Modificación de Conducta, 25, 497-584.

Marina, J. A. (1997). El misterio de la voluntad perdida. Barcelona: Anagrama

Messer, S. B. & Warren, C. S. (1995). Models of brief psychodynamic therapy. Nueva York: Guilford

Mitchell, S. A. (1988). Relational concepts in psychoanalysis. Cambridge, MA: Harvard University Press

Nelson-Gray, R., Gaynor, S. T. & Korotitsch, W. J. (1997). Behavior therapy: distinct but acculturated. Behavior Therapy, 28, 363-372.

O'Donohue, W., (1998), ed., Learning and behavior therapy. Boston: Allyn and Bacon

O'Donohue, W. & Krasner, L., (1995), eds., Theories of behavior therapy. Washington: APA

O'Hanlon, B. & Wilk, J. (1987). Shifting contexts. Nueva York: Guilford

Pérez Álvarez, M. (1996a). La psicoterapia desde el punto de vista conductista. Madrid: Biblioteca Nueva

Pérez Álvarez, M. (1996b). Tratamientos psicológicos. Madrid: Universitas

Reese, H. W. (1993). Contextualism and dialectical materialism. En S. C. Hayes, L. J. Hayes, H. W. Reese & T. R. Sarbin, eds., Varieties of scientific contextualism (pp. 71-105). Reno, NV: Context Press

Safran, J. & Segal, Z. (1991/1994). El proceso interpersonal en terapia cognitiva. Barcelona: Paidós

Skinner, B. F. (1953/1974). Ciencia y conducta humana. Barcelona: Martínez Roca

Truax, C. B. (1996). Reinforcement and nonreinforcement in Rogerian psychotherapy. Journal of Abnormal Psychology, 21, 1-9.

Vallejo, M. A. (1998). Situación actual de la terapia de conducta. En M. A. Vallejo, ed., Manual de terapia de conducta (vol 1; pp. 27-49). Madrid: Dykinson

Wallerstein, R. S. (1989). Psychoanalysis and psychotherapy: a historical perspective. International Journal of Psycho-Analysis, 70, 563-591.

Watzlawick, P. (1976/2000). La técnica psicoterapéutica de la reestructuración. En P. Watzlawick & G. Nardone, eds., Terapia breve estratégica (pp. 131-138). Barcelona: Paidós

Watzlawick, P., Beavin, J. H. & Jackson, D. D. (1967/1995). Teoría de la comunicación humana. Barcelona: Herder

Watzlawick, P., Weakland, J. H. & Fish, R. (1974/1989). Cambio. Formulación y solución de los problemas humanos. Barcelona: Herder

Wilson, G. T. (1990). Clinical issues and strategies in the practice of behavior therapy. En C. M. Franks, G. T. Wilson, P. C. Kendall & J. P. Forsyth, Review of Behavior Therapy. Theory and Practice (vol. 12; pp. 271-301). Nueva York: Guilford

Weiss, J. (1990). El funcionamiento del inconsciente. Investigación y Ciencia, Mayo (nº 164), 5-11.

Weiss, J., Sampson, H. & the Mount Zion Psychotherapy Research Group, (1986), eds., The psychoanalytic process. Nueva York: Guilford

Yalom, I. D. (1980/1984). Psicoterapia existencial. Barcelona: Herder