

Lo Psicológicamente Correcto y lo Funcionalmente Adecuado: Los problemas Psicológicos son Problemas Conductuales, no Enfermedades.

*Julio Antonio Hernández-Pineda
Jorge Alberto Díaz Dávila
Aura María Andrade Hernández*

El presente trabajo no recibió financiación específica de agencias del sector público, comercial o de organismos no gubernamentales. Las personas autoras declaran que el presente texto es de autoría propia, es original e inédito y no ha sido enviado de forma sincrónica a ninguna otra revista.

Resumen

En este artículo se escribe sobre la importancia de abandonar la perspectiva del modelo biomédico como modelo explicativo y resolutorio del problema psicológico. Se presenta una manera de entender, explicar e intervenir desde una perspectiva eminentemente psicológica (una perspectiva analítico funcional) como una opción adecuada y congruente porque el hecho de situar un fenómeno en el nivel de análisis adecuado, contribuye mucho a la solución o corrección del mismo. No hay nada psicológico que no sea conductual y viceversa.

La conducta es dependiente de variables contextuales y al manipular esas variables la conducta se modifica. Por lo tanto, la intervención se debe basar en eso precisamente: en la manipulación de variables de las que la conducta es dependiente. Las explicaciones que se derivan de otras perspectivas como las médicas o neurológicas, por ser desde otras perspectivas, tienden a ser inadecuadas y a confundir más que aclarar; e incluso afectar a la psicología y a las personas que presentan un problema psicológico

Palabras clave: *conductismo radical, mecanismos de aprendizaje, problema conductual, función, modelo biomédico*

Introducción

Es importante que los psicólogos abandonen la perspectiva del modelo biomédico (Pérez, 2014), que empiecen a tomar, en realidad, el toro por los cuernos y que corten el cordón umbilical que tienen con esta madre (la medicina) que tanto problema le ha causado a la psicología, a los terapeutas y los usuarios mismos. Necesitan adherirse a una forma de entender e intervenir en los problemas de índole psicológico que no se derive del modelo médico, que sea una perspectiva psicológica en su totalidad en el sentido que no se describa el problema psicológico en términos de síntomas y signos atribuidos a causas orgánicas o ficciones explicativas y una etiquetación como estrategia diagnóstica (Froxán-Parga et al., 2018); sino que se explique un problema psicológico en términos funcionales (desde una perspectiva analítico funcional). Esto debido a que la atribución de los problemas psicológicos a ficciones explicativas o etiquetas diagnósticas (González-Terrazas y Colombo, 2022), tienen poco o nada que ver con una explicación eminentemente psicológica del problema psicológico, éste tipo de explicaciones, basadas en estadísticas, solo llegan a un nivel descriptivo de la topografía de la conducta y no a una descripción funcional (Eifert y Forsyth, 2018).

Las explicaciones que vienen sesgadas por el modelo biomédico (y que en un porcentaje mayor son mentalistas), en la mayoría de las ocasiones la mejor utilidad que se le puede dar es la comunicación del problema a otro profesional; ésto en cuanto a la psicología en general.

En lo que a los profesionales del campo clínico se refiere, y ni qué decir de los otros campos como: el educativo u organizacional, por nombrar algunos, no aporta nada en lo concerniente a la intervención debido a que no alcanza un nivel explicativo porque no pone en relieve las variables que controlan o rigen el comportamiento, lo que lo aleja de poder entender, predecir y en la medida de lo posible controlar (Holland,

1990) el problema psicológico, entendido esto como el objetivo de la psicología. Por otro lado, ésta perspectiva biomédica, a las personas que padecen un problema psicológico las deja indefensas y desarmadas para poder hacerse cargo de su problema.

Por la manera de explicar que tiene ésta perspectiva, lo entienden como si se tratase de algo ajeno a ellas, de algo que tienen dentro y los predispone a comportarse de una manera determinada sin que ellos quieran, al grado que exigen que el contexto se adecue a ellas; como si estuvieran lejos de aprender bajo los mismos mecanismos de aprendizaje que otros seres humanos. Llegan a manifestarlo diciendo: “A mi me tienen que enseñar de tal manera, porque tengo TDAH”, “yo soy así, porque tengo TLP” o “si no tuviera ansiedad, podría hacer tal cosa”, por ejemplo. Lo anterior es un problema que le compete aclarar a los psicólogos (Sociedad Mexicana de Psicología, 2010) y no a los médicos, porque son los psicólogos los que tienen que asumir el compromiso de informar o desinformar a la sociedad en cuanto a lo que deben o no saber, al cumplir con las acciones propias de la profesión y que estas lleven a una mejora en la calidad de vida de las personas.

La manera de entender y explicar los problemas guarda relación directa con la manera en que vamos a intentar darles una solución (Polaino, 1986) y también con la manera en que informaremos a la sociedad o usuarios de psicoterapia, en esta fase de la terapia entendida como psicoeducación. De hecho, si nos remontamos un poco al pasado, cuando las explicaciones de los problemas médicos y del comportamiento eran competencia de la religión, los tratamientos eran los exorcismos o la oración; debido al ingreso de un ente maligno (demonio) al cuerpo, solo los sacerdotes podían hacer ese ritual, ni si quiera los médicos podían

(aunque cualquiera estaría seguro que no les interesaría hacerlo) porque se tenía que “hacer contacto con los espíritus” para poder “curar”, el punto es que solo los sacerdotes lo hacían y nadie más. Cuando la medicina le gana terreno a la religión, los tratamientos para algunas enfermedades físicas empiezan a ser brindados por los médicos y por nadie más (Kazdin, 1983), obviamente es lo adecuado y lo mejor. Por ende, se asume que las explicaciones de los problemas psicológicos o del comportamiento deben ser competencia del psicólogo y si se quiere, del psiquiatra (o profesionales afines con formación en psicoterapia); pero que sus explicaciones y descripciones del problema sean en términos de los mecanismos de aprendizaje, quizá como un aprendizaje erróneo (Hernández, 2017) porque sus ganancias son a corto plazo, pero un aprendizaje al fin, un aprendizaje que se desarrolló bajo los mismos principios que se aprende cualquier otra conducta y no en

términos de un desnivel de los neurotransmisores o disfuncionalidades del cerebro.

Porque todo lo psicológico es conductual y todo lo conductual es psicológico. El presente texto es un artículo teórico (crítico) sobre la perspectiva actual de la psicopatología, su elaboración se lleva a cabo a través de una revisión de artículos de revistas científicas (revisiones teóricas, estudios empíricos, estudios de casos, etc.), capítulos de libros con perspectiva analítico funcional y contextual en psicología. También se revisaron manuales y protocolos con perspectivas médicas (TCC). Ya recopilados los textos, fueron seleccionados los más idóneos para integrar la información en una revisión teórica, con la intención de promover avances en las perspectivas de los problemas psicológicos en psicología clínica; no con el fin de promover una nueva teoría sino de reformular la conceptualización del fenómeno en cuestión.

El problema es más filosófico

Se considera que al día de hoy cualquier psicólogo (ya sea clínico, educativo o laboral) tiene muy claro que el objeto de estudio de la psicología es la conducta, pero la conducta desde el punto de vista conductista radical (Freixa, 2003) debería ser lo idóneo. En lo que respecta al objeto de estudio, aún hay muchas confusiones entre lo que es y lo que no es conducta. Por ejemplo: si hablamos de conducta privada e incluso la conducta verbal, aún muchos creen que esa no es una conducta y otros creen que el conductismo radical no toma en cuenta las conductas privadas por su posición antimentalista, lo que es total mente falso.

Puede parecer increíble, pero realmente no lo es, que aún haya profesionistas que siguen creyendo que conducta es solo lo que se puede observar; es decir, las acciones de las personas (nada más) y dejan por otro lado las emociones, sensaciones y los pensamientos. Al grado que llegan a ubicar tales variables al interior del individuo (tal como lo hacen con los “trastornos”) y hasta llegan a tomar los pensamientos como una explicación o como creadores de la conducta (Ellis y Grieger, 2003) y no como el objeto de estudio per se. Nada más alejado de la realidad y nada más complicado que ello para entender un problema psicológico.

Desde el conductismo radical, las manifestaciones que tienen lugar “al interior” de un organismo, como las actividades glandulares o eléctricas (actividad cognitiva) son conductas (Martín y Pear, 2008) como las públicas, porque están sujetas a las mismas leyes a las que está sujeta la conducta que emite un organismo y que es accesible para todo el mundo.

Pero se usan las comillas porque la conducta no está al interior del individuo, ni en ninguna parte, la conducta es una entidad interactiva. Por tal razón, no se ubica ni afuera ni adentro. Por eso mismo, cualquier forma de interacción que establece un organismo con el medio es considerada conducta. Dicho de una manera más simple: todo lo que hace una persona desde que nace hasta que muere es conducta. Es la manera en que un sujeto se relaciona con su historia y con el contexto que lo rodea, por lo que la conducta se entiende, se conceptualiza, se explica y cobra sentido cuando se le relaciona con variables contextuales.

Aislar la conducta de las variables contextuales nos aleja de una comprensión adecuada de la misma, lo que además la deja incompleta porque no hay conducta sin contexto. El contexto es el lugar y el momento en el que acontece la vida misma y a su vez acontece en cualquier lugar, en cualquier momento; al estar con la pareja, en el trabajo, con la familia, con los amigos e incluso estando solos se despliega el contexto porque los pensamientos, emociones y sensaciones (las conductas privadas) también tienen la función de variables que pudieran elicitar, discriminar, reforzar y castigar un comportamiento.

Desde esta perspectiva, tales asunciones tienen como base el determinismo, eventos que guardan relación con otros eventos de la misma naturaleza, y se entiende el organismo como una sustancia natural y única (materia), como un todo que interactúa con el ambiente (monismo) y se considera que de dos explicaciones que se puedan dar de un mismo fenómeno la más sencilla será la correcta (principio de parsimonia); en este caso resulta más sencillo y más útil explicar la conducta en relación al contexto, en lugar de apelar a explicaciones sobre las funciones de un órgano que es más complejo aún -como lo es el cerebro o peor aún la mente-.

Esto porque se asume que existe un mundo real que a su vez tiene un orden que responde a leyes que rigen en dicho mundo. Lo que conlleva a dejar por un lado las posturas mentalistas que sugieren que hay una mente que es la reguladora de la conducta o en el peor de los casos la causante. No se descarta el papel fundamental que tiene el cerebro en el comportamiento. El cerebro podría modificar ciertas respuestas (fracciones de conductas), pero la conducta es mucho más amplia. Lo que se explica es que si bien el cerebro tiene un papel importante, no tiene un papel protagónico como causante de la conducta.

Otro punto a aclarar, para que se entienda, es: qué es o qué se quiere decir con problema psicológico y es lo que durante mucho tiempo se le ha llamado trastorno mental o trastorno (a secas). No obstante, cabe aclarar que el hecho de no estar de acuerdo con una conceptualización de un fenómeno, no implica que se esté negando el fenómeno. No se asume que los problemas psicológicos no existan, lo que se pretende exponer es: cómo existen. Se prefiere el término problema psicológico por dos razones muy sencillas: la primera es que la mente (es una metáfora) no podría ser un objeto de estudio debido a su inexistencia y la segunda, y no menos importante, trastorno es un término más del modelo biomédico que del psicológico porque alude a una alteración de una condición “normal” (Morrison, 2015). Pero... ¿Acaso quien está experimentando depresión, es anormal? ¿Experimentar ansiedad te hace anormal? Se entiende que no es solo eso, o aun desde la perspectiva biomédica o psiquiátrica no es así de simple, o sea, que experimentar ansiedad en una ocasión no te hace acreedor de la etiqueta o diagnóstico.

Debe existir un síndrome “caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental (...)” (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales [DSM-5], 2014, p. 20).

Pero también se menciona que debe ser útil. La cuestión es que no es nada útil, de hecho no aporta nada de claridad al entendimiento del problema, porque nadie puede tener una depresión ya que no es un virus o una bacteria, que habita al interior del individuo. Si se toma esa perspectiva de enfermedad seguirán imperando los modelos de la conducta anormal provenientes de disciplinas no psicológicas (Arias-Holgado et al, 2000) y no se permitirá dar paso a los tratamientos congruentes y eso es precisamente lo que se pretende evitar; el complicarles más la vida a las personas ubicándole el problema al interior y dejándolo desamparado y sin recursos para hacerle frente o superarlo, asumiendo que no hay nada que hacer para cambiar su situación. Porque no tienen un entendimiento funcional de su problema psicológico, o sea, como un problema derivado de la gestión inadecuada de dicho problema.

El contexto no ayuda

Un problema psicológico no tiene un estatus ontológico como cualquier otra enfermedad física (como el cáncer o la tuberculosis), si bien es una entidad, es una entidad interactiva (Pérez y Fernández, 2008). Entonces, pasa a ser innecesaria la medicación. Flexibilizando un poco, se podría aceptar en casos muy extremos como un paliativo que le genere cierta sensación de tranquilidad o alivio al paciente y que le permita estar en condiciones de recibir terapia psicológica, sin intentar exceder ese propósito. Eso sin tomar en cuenta la cuestionable efectividad de los fármacos utilizados para el “tratamiento” de un problema psicológico, dichas intervenciones son muy comunes en atención primaria sin importar la evidencia de eficacia que ha demostrado la psicoterapia (Flores-Hens et al., 2024) en comparación con la medicación; medicación que en muchos casos termina por hacerse un problema crónico: el uso y abuso de sustancias (farmacodependencia). Obviamente esto tiene sentido en su totalidad, por las contingencias en la que están implicados esos comportamientos (tomar un medicamento), cosa que ya no es nueva para nadie, tienen una utilidad a corto plazo que fortalece el comportamiento. Aunque a largo plazo termine por ser en realidad el verdadero problema o alimentándolo. Pero siendo realistas, el simple hecho de tener un problema no tiene porqué ser necesaria la intervención del psicólogo; en todo caso, que sea necesaria la intervención de un profesional, debido a que la persona ha agotado todos sus recursos y no ha podido solo, no tiene porqué ser un trastorno mental y mucho menos una enfermedad. Otra cuestión que tiene sentido es que el modelo biomédico es omnipresente, culturalmente estamos adoctrinados para pensar y actuar como si un problema psicológico tuviera una causa orgánica. Y no nada más en un problema psicológico, sino cualquier malestar, una simple dificultad o una incomodidad, ya nos parece algo difícil de sobrellevar y cada día la sociedad es menos tolerante a las incomodidades del día a día (Barraca, 2005).

Sin embargo, el problema es que en lugar de permitirse hacer cambios en su vida prefieren el camino más fácil, el cual a la larga tiene costos exorbitantes para la salud. Por ejemplo, las personas en lugar de mejorar sus hábitos con referencia al sueño (higiene del sueño) prefieren consumir pastillas a las que terminan haciéndose dependientes, desarrollando algunas verbalizaciones del tipo: “si las dejo, la voy a pasar mal. Y quién sabe hasta cuándo pueda dormir”. A su vez, estas verbalizaciones discriminan comportamientos problemáticos y también elicitaban emociones que hacen difícil conciliar el sueño. Pensar así para una persona leiga en el tema es válido, pero no para los psicólogos. Kazdin (1983) plantea que en 1913 se lleva a cabo esta generalización del modelo biomédico a la cultura en general y desafortunadamente al modelo psicológico, al encontrar la causa de la paresia general. Se comienza a considerar que todo comportamiento “anormal” tiene o debería tener una causa orgánica.

Esta perspectiva no es nada útil para el psicólogo, sin importar qué terapia psicológica utilice en la clínica, ni para quien está experimentando el problema. Esto por varias razones, de las que se destacan dos: 1) al psicólogo no le aporta claridad al problema ni le permite desarrollar una intervención congruente; 2) cuando al cliente se le dice que el problema es por cuestiones relativas a alteraciones químicas en el cerebro (explicación neurológica), la persona, además de estigmatizada, asume un papel muy pasivo ante su problema y lo pone como obstáculo para realizar cualquier actividad. Como sociedad se tiene claro que el diagnóstico es una etiqueta que se pone a posteriori. Es decir, que cualquier profesional, sin temor a equivocarnos, antes de diagnosticar a alguien le pregunta sobre síntomas y signos y después le pone la etiqueta. Pero jamás esa etiqueta podrá justificar o ser la explicación de “X” problema porque se estaría incurriendo en una falacia tautológica. Por eso es el desacuerdo en que las personas se conformen con que su comportamiento está bien justificado por una etiqueta diagnóstica ya que eso es a lo que se le llama tautología (un razonamiento circular). Sería lo equivalente a afirmar que alguien está deprimido porque tiene una disminución en los neurotransmisores y los niveles de tales neurotransmisores están bajos porque está deprimido. Entonces, como ya es sabido, el objeto de estudio de la psicología es la conducta y la estudia a nivel agencial, debido a que ningún problema psicológico tiene una etiología orgánica. Si fuera así, dejaría de ser un problema psicológico y al tener otra naturaleza sería competencia de otro profesional.

Entendiendo el problema (el problema real del problema)

Problema psicológico es como se hace referencia a una manera de resolver un problema, pero de una forma muy desfavorable, es decir, que tiene un efecto muy distinto al deseado (Pérez, 2014). Los comportamientos que se emiten como soluciones, con el fin de suprimir o mitigar el dolor (psicológico) o malestar, una emoción o un pensamiento terminan por aumentarlos (intensidad, frecuencia o duración) y con ello se reduce la satisfacción con la vida. Al grado de que los intentos de solución se convierten en el verdadero problema. Los intentos de solución no son más que un conjunto de conductas, que al agruparlas las etiquetamos de esa manera, que para el caso es lo mismo que se hace con un problema psicológico. Si se observa que una persona hace tales conductas se dice que tiene bulimia, por ejemplo.

Si hablamos de conductas, al día de hoy solo existen dos tipos: las reflejas y las operantes. Las conductas reflejas son conductas involuntarias y se manifiestan ante la presencia del estímulo incondicionado o condicionado, según sea el caso. Al nacer ya tenemos las condiciones necesarias para responder de manera determinada ante la estimulación del contexto; por ende no requieren de aprendizaje y muy pocas conductas son reflejas (no aprendidas). Nótese que en el caso del condicionamiento clásico o pavloviano se demuestra que lo que se aprende es a responder a un estímulo como si fuera otro, pero no se aprende una conducta nueva. El porcentaje mayor de conductas que emiten a diario las personas, son aprendidas (Barraca, 2014) y son aprendidas en el devenir de la vida como una manera de adaptarse al contexto en cuestión, a estas conductas se les conoce como operantes.

Las operantes no son elicitadas (disparadas por el estímulo), como es el caso de las reflejas, no las provoca ningún estímulo antecedente, son emitidas y son los consecuentes (la función) lo que determinará si se repetirán en el futuro o no, o sea que son mantenidas o dejarán de emitirse por la función que tienen: por sus consecuencias, porque son exitosas o no (relativamente). Dicho de una manera simple, una conducta o un conjunto de conductas operantes son aprendidas.

Si los problemas psicológicos son un conjunto de comportamientos, entonces con justa razón se dice que los problemas psicológicos son aprendidos.

Este éxito y el eventual fracaso del comportamiento es el que cobra relevancia para entender un problema psicológico. Con éxito o fracaso se hace referencia a las relaciones de contingencia en las que pudieran estar implicados los comportamientos, ya sea por que consiguen algo (reforzamiento positivo) o porque evitan, decrementan, eliminan o posponen algún tipo de estimulación (reforzamiento negativo).

Los consecuentes hacen que a futuro aumente o disminuya la ocurrencia del comportamiento en cuestión (Cooper et al., 2019). Si la persona emite un comportamiento usual y no tiene los resultados que anteriormente había estado obteniendo y esto sucede en repetidas ocasiones, se puede dar una ruptura de la relación de contingencia (extinción). O si su comportamiento lo aleja o separa de contextos reforzantes (castigo negativo) o en el peor de los casos, si su comportamiento lo lleva a hacer aparecer consecuencias aversivas (castigo positivo) notaremos un decremento en la ocurrencia futura de dicha conducta (Miltnerberger, 2013). Claro está, que no se está hablando de conductas problema o conductas deseadas, sino más bien se está hablando de excesos o déficits que se darían a futuro como consecuencia del éxito o fracaso del comportamiento. Pero si se habla de conductas deseadas o problema, cualquiera de ellas podría estar implicada en cualquier tipo de relación de contingencia y aumentar o disminuir su ocurrencia a futuro según sus consecuencias.

La cuestión en este punto es que depende más de lo que sea socialmente aceptado o de lo que sea congruente con los objetivos vitales, los propósitos, que puedan tener a largo plazo las personas (o hasta a mediano plazo), más que con la conducta en si misma. ¿Por qué a mediano o largo plazo? Porque es en relación al tiempo en que se limita la vida de las personas debido a que lo que controla el comportamiento se encuentra a corto plazo y ahí es donde está la utilidad del comportamiento y a su vez afecta a largo plazo, ya que “los estudios sobre aprendizaje se centran en la identificación de cómo la experiencia previa ocasiona cambios a largo plazo en la conducta” (Domjan, 2015, p. 16) y es ahí donde se da la incongruencia con los objetivos vitales y es lo que conforma un problema clínicamente relevante. Las personas, cuando acuden a consulta, a psicoterapia, tienen como queja que no pueden llevar a cabo algunos comportamientos deseados o que están haciendo con frecuencia algunos comportamientos (se incluyen pensamientos, emociones y sensaciones). A la vez que demandan poder llevar a cabo ciertos comportamientos o dejar de hacer ciertos comportamientos que son muy repetitivos en su día a día. La premisa es que esos comportamientos o la omisión de algunos comportamientos los hacen disfuncionales, por eso es congruente la demanda. Lo ideal sería entender todos los comportamientos como adaptativos y no como desadaptativos o disfuncionales, aunque esto podría ser polémico porque hay conductas que parecen atentar contra la vida misma y esta manera de entender los problemas podría parecer incongruente con esta concepción de problema psicológico y con otras teorías importantes que alimentan y nutren a la psicología, en particular al análisis de la conducta; como la teoría de la evolución de Darwin (Pérez et al., 2010), la cual postula que la variación y selección tienen como objetivo la adaptación del organismo al contexto. Por eso se presta especial atención al contexto en el que acaece la conducta, por la necesidad de entender la manera en que se está adaptando un sujeto a su entorno, aunque esto suponga que la persona no se esté sintiendo bien a lo largo del tiempo. Además del éxito mencionado, al que se hace referencia que se da a corto plazo, algunos comportamientos también llegan a tener otro tipo de ganancias que quizá muchos suelen pasar por alto, como las de tipo sociales.

¿Cuáles podrían ser estas ganancias? De entrada podríamos ver dos vertientes que son muy evidentes: 1) las personas que presentan un problema psicológico pueden recibir mucha atención y apoyo por parte de las personas que los quieren o hasta personas que han padecido el problema, además de reducir

las exigencias o los criterios de las responsabilidades y en algunos casos el diagnóstico sirve para la cobertura de algún tipo de seguro. 2) El hecho de no estar en contacto con el malestar que se presenta al enfrentarse con las situaciones que los elicitán o discriminan. Tal es la relevancia de la situación, que algunos autores ya perciben la evitación vivencial como un problema grave en sí mismo (Hayes et al., 2014; Wilson y Luciano, 2012; Mandil et al., 2017). Y no es que sea del todo malo, tampoco, sino que se convierte en un problema cuando es el único recurso que se emplea como intento de solución al problema y eso es lo que lo hace que sea perjudicial. Si observamos desde una perspectiva analítico funcional la conducta en el contexto en el que tiene lugar y prestamos especial atención a los cambios estímulares consecuentes (funciones) o a los cambios estímulares que la discriminan o la elicitán, le encontraríamos total sentido a la conducta sin importar la topografía de la misma.

Por ejemplo, si un estímulo o contexto es emparejado en repetidas ocasiones (a veces solo una es suficiente) con estímulos incondicionados o estímulos condicionados que tengan una función aversiva, o significado aversivo, por condicionamiento clásico (de primer o segundo orden, relativamente), dicho estímulo por sí mismo podrá elicitár emociones y sensaciones muy parecidas a las que son elicitadas por los incondicionados o los que estaban ya condicionados. Ésto es lo que los vuelve estímulos condicionados y por la función aversiva será más probable que discriminen conductas de evitación o escape, las que a su vez mantienen el comportamiento por reforzamiento. Por ejemplo, Mowrer (como se citó en Caballo, 2007) en su teoría bifactorial explica que los problemas de ansiedad se inician por condicionamiento clásico y se mantienen por condicionamiento operante. Lo que justifica que los tratamientos se basen en la exposición con prevención de respuesta (Barlow, 2018). Lo que permite entender que las estrategias que han mostrado eficacia es porque tienen su fundamento en los procesos psicológicos básicos y por la congruencia con la causa del problema.

Siguiendo esta lógica, podemos entender que los cambios o las dificultades en el curso de la vida pueden, en algún momento, o podrían causar alteraciones en las personas; pero si esas dificultades son gestionadas de manera inadecuada, los problemas se mantendrán a mediano y largo plazo (Martell et al., 2013), como una forma de adaptarse a dichos cambios. Esto es posible debido a que los mecanismos de aprendizaje se ponen en marcha en los contextos naturales, operando cambios en el comportamiento y es independiente de que el organismo sea consciente o no.

Todos los problemas psicológicos tienen estos elementos en común y cumplen con los mismos criterios para su descripción y explicación, lo que permite su predicción y eventualmente su control; si podemos establecer relaciones de contingencia que lo permitan. Desde el análisis funcional del comportamiento podemos analizar cualquier conducta y de cualquier organismo, atendiendo a su carácter adaptativo (Froxán, 2020). Cuando hablamos de contextos en los que tiene lugar una conducta, también nos estamos refiriendo a el contexto clínico o consultorio, donde por ende la conducta del terapeuta tiene una función de estímulo discriminativo, estímulo condicionado, reforzador positivo, castigo positivo o negativo, etc. (Valero y Ferro, 2015; Froján et al., 2006; Pereira et al., 2019). Esto también permite el cambio terapéutico en la sesión y que a su vez se generalice a la vida cotidiana del paciente.

Conclusión

El análisis de la conducta y la investigación han ido de la mano desde sus inicios (Froján et al., 2011) lo que ha permitido el conocimiento en detalle de los fenómenos psicológicos (y no solamente de los problemas psicológicos) con precisión y profundidad, gracias a que se apega rigurosamente al método experimental y por su capacidad explicativa es que se ha aportado eficacia, eficiencia y puntualidad en las intervenciones que tienen como objetivo la mejoría de la calidad de vida de las personas, o si se prefiere; potenciar su capacidad de control en los problemas que aquejan a las personas. Y no nada más de las personas que la están pasando mal, también las personas que no tienen un problema clínicamente relevante se han beneficiado de mejoras en su calidad de vida, porque las estrategias para la modificación de la conducta no están confinadas solamente a los problemas psicológicos.

Como se ha mencionado anteriormente, la manera de entender el problema nos da las pautas para derivar o aplicar los tratamientos y por eso, desde la perspectiva analítico funcional se apela a que cuando los problemas psicológicos son entendidos con base en los mecanismos de aprendizaje, los tratamientos deberían ser en términos del aprendizaje y con estrategias psicológicas (Condicionamiento Clásico y Operante) puesto que el problema no está dentro del individuo (Barraca y Pérez, 2015); es decir, estrategias de corte conductual y que tengan su base en los principios de aprendizaje y no un tratamiento farmacológico. Ésto aporta beneficios a los tratamientos y también a las personas que lo presentan, cuando es puesto en común entre psicoterapeuta y cliente debido a que el usuario de psicoterapia conocerá la naturaleza y la anatomía del problema y asumirá un papel más activo en la verdadera solución, ya esto representa un enfoque cientifista con un mínimo de inferencias o interpretaciones (Ruíz et al., 2012), lo que a su vez nos da la certeza de que la intervención es adecuada por la congruencia en la manera de entender, explicar y la manera de intervenir. Es sabido que las personas tienen en su haber los recursos necesarios para cambiar sus vidas, en terapia aprenden a manipular algunas variables contextuales y en caso de que esas variables no puedan ser modificadas, modificarán su forma de interactuar con ellas. Aunado a la utilidad y congruencia que tiene con la intervención que se deriva del conocimiento del problema, y que tiene como base la observación a través de la evaluación funcional, lo anterior nos permite detectar las fuentes que mantienen el problema antes del tratamiento.

Lo importante es tener claro que los psicólogos no deberían estar en contra de la medicina, en general, sino de la extrapolación a un campo que no es de su competencia: el conflicto está en la extrapolación a la psicología, en que se pretende ver un problema psicológico como una enfermedad. Ver un problema psicológico como una enfermedad y dejarlo en manos de un psiquiatra, médico o neurólogo sería lo equivalente a asumir que por toda la evidencia científica y empírica que tiene el Análisis Conductual Aplicado podríamos curar enfermedades medicas como el VIH o la tuberculosis. Obviamente que cualquiera con mínimo de inteligencia se daría cuenta de que tal afirmación no tiene sentido porque estamos hablando de dos dimensiones muy diferentes. Los medicamentos podrían ser un paliativo en los casos en los que la remisión de los síntomas fuera necesaria para la iniciación del tratamiento psicológico, pero no como el ingrediente principal. Los efectos del comportamiento en el ambiente aumentan o reducen la ocurrencia futura del mismo comportamiento. Todos los comportamientos son adaptativos y funcionales, lo que hace referencia a un eventual éxito que conforma una historia de aprendizaje que se actualiza constantemente.

Los problemas psicológicos se dan como resultado de las experiencias del individuo en las que están implicadas contingencias de reforzamiento y castigo o acontingencias. Hablar de castigo, reforzamiento o extinción no solo se hace referencia a lo que acontece en la vida diaria, sino también en la sesión, porque ambos son contextos naturales por excelencia para el cambio terapéutico (Ruiz-Sancho et al., 2013) en el que se someten a contingencias de reforzamiento o castigo a las conductas, para conseguir los objetivos o propósitos vitales. Ese contexto natural vendría siendo el contexto clínico a través de la relación terapéutica (interacción terapeuta-paciente). Obviamente con un terapeuta que sabe lo que hace y por qué lo hace (Froxán-Parga, 2024) y que también moldea de manera continua la conducta del cliente (Ferro y Valero, 2015), en una sesión típica de intervención psicológica.

Referencias

- American Psychiatric Association (2014). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales (DSM-5). Panamericana
- Arias-Holgado, M. F., Fernández-Serra, F. y Perona-Garcelán, S. (2000). Psicología básica, psicología aplicada y metodología de investigación: el caso paradigmático del análisis experimental y aplicado del comportamiento. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 32(2), 277-300
- Barlow, D. H. (2018). Manual clínico de trastornos psicológicos: tratamiento paso a paso. Manual Moderno
- Barraca, J. (2005). La mente o la vida. Una aproximación a la terapia de aceptación y compromiso. Desclée de Brouwer
- Barraca, J. (2014). Técnicas de modificación de conducta. Una guía para su puesta en práctica. Editorial Síntesis
- Barraca, J. & Pérez, M. (2015). Activación Conductual. Para el tratamiento de la depresión. Editorial Síntesis
- Caballo, V. E. (dir.) (2007). Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos (vol. 1). Siglo XXI
- Cooper, J. O., Heron T. E. & Heward, W. L. (2019). Análisis aplicado de conducta (2a Ed.). ABA España.
- Domjan, M. (2015). Principios de aprendizaje y conducta (7a Ed.). Cengage Learning.
- Eifert, G. H. & Forsyth J. P. (2018). La terapia de Aceptación y Compromiso para trastornos de ansiedad. Mensajero
- Ellis, A. & Grieger, R. (2003). Manual de terapia racional-emotiva (10a Ed.). Desclée De Brouwer
- Ferro, G. R., y Valero, A. L., (2015). Avances en la Psicoterapia Analítica Funcional. Avances en Psicología Latinoamericana, 33(1), 15-30. <http://dx.doi.org/10.12804/apl33.01.2015.02>
- Flores-Hens, M., Gálvez-Lara, M., Cano-Vindel, A., y Moriana-Elvira, J.A. (2024). Estudio piloto sobre la eficacia de un tratamiento transdiagnóstico para trastornos emocionales en atención primaria. *Apuntes de Psicología*. 42(1), 11-19. <https://doi.org/10.55414/ap.v42i1.1545>
- Freixa, E. ¿Qué es conducta? *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 3 (3), 595-613. http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-89.pdf
- Froján, M. X., Calero, A. y Montaña, M. (2006). Procesos de aprendizaje en las técnicas de reestructuración semántica. *Análisis y Modificación de Conducta*. 32 (143) 287-305. <https://doi.org/10.33776/amc.v32i143.1927>
- Froján, M. X., Montaña, M., Calero, A. y Ruiz, E. (2011). Aproximación al estudio funcional de la conducta verbal entre el terapeuta y cliente durante el proceso terapéutico. *Clínica y Salud*. 22 (1) 69-85. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742011000100005&lng=es&tlng=es
- Froxán, M. X. (Coord.) (2020). Análisis funcional de la conducta humana. Concepto, metodología y aplicaciones. Ediciones Pirámide
- Froxán-Parga, M.X. (2024). PRESENTACIÓN DEL MONOGRÁFICO: Procesos de aprendizaje en la terapia psicológica. *Apuntes de Psicología*, 42(2), 77-81. <https://doi.org/10.55414/ap.v42i2.7711>
- Froxán-Parga, M.X., Alonso-Vega, J., Trujillo, C. y Estal, V. (2018). Eficiencia de las terapias: ¿un paso más allá de la eficacia? Análisis crítico del modelo cognitivo-conductual. *Apuntes de Psicología*, 36 (1-2), 55-62. <https://doi.org/10.55414/ap.v36i1-2.711>
- González-Terrazas, R. & Colombo, M. (2022). Análisis de conducta. Teoría y aplicaciones clínicas. Psara Ediciones.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (2014). Terapia de aceptación y compromiso. Proceso y practica de cambio consciente (mindfulness). Desclée de Brouwer.
- Hernández, J. (2017). Trastornos psicológicos: un punto de unión entre la TCC y la Neuropsicología. PSYCIENCIA. <https://www.psyciencia.com/neuropsicobiologia-terapia-congnitivo-conductual/>
- Holland, J. G. (1990). Análisis de la conducta: Texto programado (2a Ed.). Trillas
- Kazdin, A. E. (1983). Historia de la modificación de conducta. Desclée de Brouwer

- Mandil, J., Quintero, P. J. & Maero, F. (2017). Terapia de aceptación y compromiso con adolescentes. Librería Akadia Editorial
- Martell, C. R., Dimidjian, S. & Herman-Dunn, R. (2013). Activación conductual para la depresión. Una guía clínica. Desclée de brouwer
- Martín, G. & Pear, J. (2008). Modificación de conducta: qué es y cómo aplicarla. Pearson Educación
- Miltenberger, R. G. (2013). Modificación de conducta. Principios y precedimientos (5a Ed.). Ediciones Pirámide.
- Morrison, J. (2015). DSM-5: Guía para el diagnóstico clínico (1a Ed). Manual Moderno
- Pereira, G. L., Ricote, A., de Pascual-Verdú, R. y Froxán-Parga, M. X. (2019). Procesos de condicionamiento clásico en la interacción verbal terapéutica. Revista Mexicana de Análisis de la Conducta. 45 (1) 90-110.
<http://dx.doi.org/10.5514/rmac.v45.i1.70870>
- Pérez, M. (2014). Las terapias de tercera generación como terapias contextuales. Editorial Síntesis.
- Pérez, M. y Fernández, J. R. (2008). Más allá de la salud mental: la psicología en atención primaria. Papeles del psicólogo. 29 (3) 251-270.
<https://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1608.pdf>
- Pérez, V., Gutiérrez, M. T., García, A. & Gómez, J. (2010). Procesos psicológicos básicos. Un análisis funcional. Librería UNED
- Polaino, A. (1986). La Psicología de la Salud: entre el paradigma patogénico y salutogénico. Apuntes De Psicología. 4(18-19), 10-16. <https://doi.org/10.55414/nofh9v51>
- Ruiz, M. A., Díaz, M. I. & Villalobos, A. (2012). Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer
- Ruiz-Sancho, E. M., Froján, M. X. y Calero-Elvira A. (2013). Análisis de la conducta verbal del cliente durante el proceso terapéutico. Anales de Psicología. 29 (3) 779-790. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.3.135401>
- Sociedad Mexicana de Psicología (2010). Código ético del psicólogo (5a Ed.). Trillas
- Valero, L. & Ferro R. (2015). Psicoterapia Analítica Funcional. El análisis funcional en la sesión clínica. Editorial Síntesis
- Wilson, K. G. & Luciano, M. C. (2012). Terapia de aceptación y compromiso (act). Un tratamiento conductual orientado a los valores. Ediciones Pirámide
- Miltenberger, R. G. (2013). Modificación de conducta. Principios y precedimientos (5a Ed.). Ediciones Pirámide.
- Morrison, J. (2015). DSM-5: Guía para el diagnóstico clínico (1a Ed). Manual Moderno
- Pereira, G. L., Ricote, A., de Pascual-Verdú, R. y Froxán-Parga, M. X. (2019). Procesos de condicionamiento clásico en la interacción verbal terapéutica. Revista Mexicana de Análisis de la Conducta. 45 (1) 90-110.
<http://dx.doi.org/10.5514/rmac.v45.i1.70870>
- Pérez, M. (2014). Las terapias de tercera generación como terapias contextuales. Editorial Síntesis.
- Pérez, M. y Fernández, J. R. (2008). Más allá de la salud mental: la psicología en atención primaria. Papeles del psicólogo. 29 (3) 251-270.
<https://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1608.pdf>
- Pérez, V., Gutiérrez, M. T., García, A. & Gómez, J. (2010). Procesos psicológicos básicos. Un análisis funcional. Librería UNED
- Polaino, A. (1986). La Psicología de la Salud: entre el paradigma patogénico y salutogénico. Apuntes De Psicología. 4(18-19), 10-16. <https://doi.org/10.55414/nofh9v51>
- Ruiz, M. A., Díaz, M. I. & Villalobos, A. (2012). Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer
- Ruiz-Sancho, E. M., Froján, M. X. y Calero-Elvira A. (2013). Análisis de la conducta verbal del cliente durante el proceso terapéutico. Anales de Psicología. 29 (3) 779-790. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.3.135401>
- Sociedad Mexicana de Psicología (2010). Código ético del psicólogo (5a Ed.). Trillas
- Valero, L. & Ferro R. (2015). Psicoterapia Analítica Funcional. El análisis funcional en la sesión clínica. Editorial Síntesis
- Wilson, K. G. & Luciano, M. C. (2012). Terapia de aceptación y compromiso (act). Un tratamiento conductual orientado a los valores. Ediciones Pirámide