



Universidad
del País Vasco

Euskal Herriko
Unibertsitatea

Psikologia Fakultatea
Facultad de Psicología



Más allá de la técnica: Habilidades del terapeuta

Análisis funcional de la empatía y recomendaciones para su
entrenamiento en terapeutas noveles



TRABAJO DE FIN DE GRADO

Modalidad V

Alumna: Sonia Pozo-Aragó

Tutora: Monika Salgueiro

Grado en Psicología

Junio 2023

Índice

1.	Resumen.....	4
2.	Introducción a las habilidades del terapeuta	5
2.1-	¿Qué funciona en psicoterapia?	5
2.2-	Efectos del terapeuta.....	6
2.3-	La importancia de focalizarnos en las habilidades del terapeuta y los procesos	8
3.	Objetivos del trabajo	8
4.	Conceptualización de la empatía desde diferentes modelos teóricos	9
4.1-	El origen de la empatía en psicoterapia: Rogers y la terapia centrada en el cliente ..	9
4.2-	La empatía en el psicoanálisis: De elemento periférico a elemento central	11
4.3-	El rol de la empatía en el modelo cognitivo-conductual	12
5.	Análisis funcional de la empatía y recomendaciones para su entrenamiento...	13
5.1-	Bases filosóficas y científicas del Análisis Funcional de la Conducta.....	13
5.2-	Análisis Funcional de la Conducta en el contexto terapéutico	15
5.3-	Análisis funcional de la empatía.....	16
5.4-	Recomendaciones para su entrenamiento	19
6.	Discusión y conclusiones finales	23
7.	Bibliografía	25
	Anexo I. Características principales de la conducta respondiente y operante.....	31

Índice de figuras

Figura 1: Porcentaje de varianza total del éxito en psicoterapia explicada por los factores terapéuticos.....	6
Figura 2: Ejemplos de procesos de condicionamiento clásico en la empatía.....	17
Figura 3: Ejemplos de procesos de condicionamiento operante en la empatía	18

Índice de tablas

Tabla 1: Condiciones necesarias y suficientes para que se produzca el cambio terapéutico en la terapia centrada en el cliente.	10
Tabla 2: Ejemplos de verbalizaciones consideradas más y menos empáticas.....	20

1. Resumen

Los efectos del terapeuta refieren al efecto sistemático que tiene la figura del terapeuta en los resultados terapéuticos. Están bien establecidos en la literatura científica, explicando hasta un 8% sobre el total de la varianza del resultado. Las habilidades del terapeuta tienen tanta evidencia empírica como los diferentes métodos terapéuticos y, sin embargo, gran parte de las guías de Psicología Basada en la Evidencia (PBE) proporcionan pocas o incluso ninguna directriz acerca de cómo utilizarlas de manera eficaz. El presente Trabajo de Fin de Grado se centra en la empatía como habilidad del terapeuta y plantea como objetivo llevar a cabo una revisión narrativa en torno a la forma de conceptualizarla desde diferentes modelos teóricos de la psicología y, en particular, desde el marco teórico del Análisis Funcional de la Conducta. A partir de esta operativización de la habilidad se proponen una serie de recomendaciones para su entrenamiento dirigidas principalmente a terapeutas noveles. Finalmente, se reflexiona acerca de las limitaciones y las implicaciones formativas, clínicas e investigadoras de este trabajo.

Palabras clave: Efectos del terapeuta, Habilidades interpersonales, Empatía, Análisis funcional de la conducta.

Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS):

1. **Salud y bienestar (ODS 3):** Este trabajo cumple con este ODS mediante la aportación de conocimiento útil en torno al concepto de empatía en el ámbito clínico-sanitario, una habilidad transversal y central en la interacción terapéutica con gran capacidad predictora del resultado terapéutico.

2. Introducción a las habilidades del terapeuta

La Psicología Basada en la Evidencia (PBE) es la integración de la mejor investigación disponible con la experiencia clínica en el contexto de las características, cultura y preferencias del paciente. (...) El propósito de la PBE es promover una práctica psicológica eficaz y mejorar la salud pública aplicando principios empíricamente respaldados de evaluación psicológica, formulación de casos, relación terapéutica e intervención. (American Psychology Association [APA] Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006, p. 273)

2.1- ¿Qué funciona en psicoterapia?

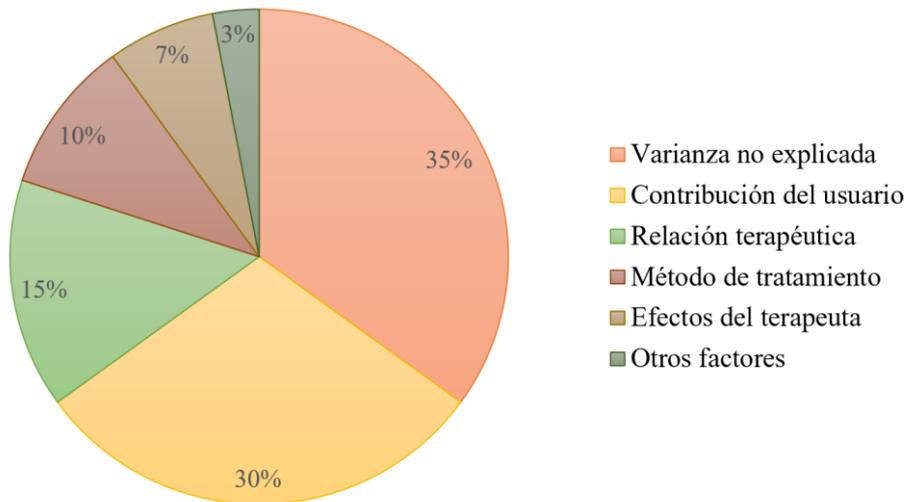
La pregunta “¿Qué funciona en psicoterapia?” es una de las más antiguas y nucleares de la práctica clínica en psicología. La forma de responder a ella ha sido, y es aún hoy en día, muy diferente en función del momento histórico y de la forma de conceptualizar nuestro objeto de estudio de cada modelo teórico. En un contexto de falta de consenso, la División de Psicoterapia de la Asociación Americana de Psicología (APA, 1999, como se cita en Norcross y Lambert, 2019) impulsa la creación del llamado *First Task Force on Empirically Supported Therapy Relationships*, un panel de expertos destinado a identificar e integrar la información disponible acerca de los diferentes factores predictores del éxito terapéutico. Los resultados se recogen en la primera edición de la obra *Psychotherapy relationships that work* (Norcross, 2002). En 2019 se publica la tercera edición de la obra, que incorpora referencias actualizadas en este campo y plantea, de forma tentativa, un modelo explicativo del éxito terapéutico que recoge la influencia de los diferentes agentes que participan en ella: el usuario, el terapeuta y la relación entre ambos (Norcross y Lambert, 2019).

Atendiendo a dicho modelo (véase Figura 1), Norcross y Lambert (2019) estiman que los factores terapéuticos explicarían el 65% de la varianza total de éxito en psicoterapia¹. De este porcentaje, en torno a un 30% responde a factores correspondientes al cliente (motivación para el tratamiento, severidad del cuadro, etc.), un 15% a factores de la relación terapéutica, un 10% al método de tratamiento elegido, un 7% a la influencia del terapeuta en el resultado (*efectos del terapeuta*) y el 3% restante responde a otros factores (Norcross y Lambert, 2019).

¹ El 35% de varianza total no explicada recoge un porcentaje atribuible a la varianza de error, así como a la influencia de la complejidad de nuestro objeto de estudio: la conducta humana.

Figura 1.

Porcentaje de varianza total del éxito en psicoterapia explicada por los factores terapéuticos



Nota. Adaptado de *Psychotherapy Relationships that Work: Volume 1: Evidence-Based Therapist Contributions* (3a ed.). (p. 13), por J. C. Norcross y M.J. Lambert, 2019, Oxford University Press.

2.2- Efectos del terapeuta

Las partes participantes en el proceso psicoterapéutico (usuario/as y terapeuta/s) tienden a experimentarlo como un encuentro interpersonal enormemente idiosincrásico que se enriquece de la participación de ambas partes (Norcross y Lambert, 2019). Pese a ello, la figura del terapeuta se consideró, durante décadas, una variable de error, en tanto que se presuponía que su rol en el proceso terapéutico era y debía ser uniforme (Kiesler, 1966). A este respecto, sería el estudio de Ricks (1974) el que primero cuestionase esta suposición al hablar de terapeutas muy eficaces (*supershrinks*) y terapeutas ineficaces, momento a partir del cual los llamados *efectos del terapeuta* captarían la atención investigadora.

El término *efectos del terapeuta* refiere al efecto sistemático en los resultados del proceso terapéutico que tiene la figura del terapeuta, no siendo este efecto atribuible a errores aleatorios, características de los usuarios u otras fuentes sistemáticas de variabilidad (Castonguay y Hill, 2017). Se trata de un concepto transteórico que abarca habilidades técnicas, relacionales y conceptuales estables en el tiempo, y que permite hablar de terapeutas más y menos efectivos. El metaanálisis de Castonguay y Hill (2017) recoge cuatro tipos de habilidades del terapeuta efectivo:

1. **Habilidades para formar una buena alianza terapéutica**, entre las que se incluyen la capacidad para formar un vínculo con el usuario y la actitud colaborativa respecto a los objetivos y las tareas de la psicoterapia.
2. **Habilidades interpersonales facilitadoras del cambio**, que engloban una serie de características o rasgos relacionales entre los que destacan la calidez, la expresión emocional, la fluidez verbal, la aceptación incondicional y la empatía.
3. **Capacidad para cuestionar el propio desempeño** al tiempo que se mantiene un sentido positivo de uno mismo y de las propias capacidades para hacer frente a la situación.
4. **Práctica deliberada**, que se define como el entrenamiento en actividades específicamente diseñadas para mejorar aspectos del rendimiento personal a través de la reflexión, la repetición y la supervisión.

El *efecto del terapeuta*² es un fenómeno que explica la variabilidad existente en los resultados obtenidos por diferentes terapeutas, y está bien establecido en la literatura científica. Por ejemplo, el estudio naturalista de Wampold y Brown (2005), llevado a cabo con 581 psicoterapeutas y 6.146 usuarios, encuentra un efecto del terapeuta del 8% sobre el total de la varianza del resultado terapéutico. A nivel cuantitativo se ha demostrado la existencia de un efecto del terapeuta robusto y consistente que varía entre el 5% (Baldwin e Imel, 2013) y el 8% (Wampold, 2001; Barkham et al., 2017), manteniéndose este porcentaje incluso entre diferentes países (Barkham et al., 2017). En particular, la literatura disponible en torno a la empatía, foco principal de este trabajo, habla de esta habilidad como un predictor moderado-fuerte del resultado terapéutico, con un tamaño del efecto entre $r = 0,28$ (Norcross y Lambert, 2019) y $r = 0,31$ (Elliot et al., 2011).

Actualmente sabemos que no es posible enmascarar la contribución del terapeuta, y que esta puede tener tanta evidencia como los diferentes métodos terapéuticos (Castonguay y Hill, 2017). Sin embargo, gran parte de las guías de Psicología Basada en la Evidencia (PBE) ofrecen pautas centradas casi exclusivamente en los métodos de tratamiento, proporcionando pocas o incluso ninguna directriz sobre cómo utilizar eficazmente las habilidades del terapeuta.

² La correlación total entre el terapeuta y el resultado del proceso psicoterapéutico es una variable anidada; se compone de una *correlación interterapeuta* (efecto del terapeuta promediado en todos sus usuarios frente al de otros terapeutas) y una *correlación intraterapeuta* (influencia de las características del usuario sobre el terapeuta) (Baldwin e Imel, 2013).

2.3- La importancia de focalizarnos en las habilidades del terapeuta y los procesos que explican por qué funcionan

Las habilidades del terapeuta agrupan un conjunto de comportamientos y actitudes que, como tal, están sujetos a cambio y aprendizaje (Anderson et al, 2009; Walsh et al., 2018). Esta idea está en la misma base de los programas de formación de terapeutas, que parten del presupuesto de que el terapeuta no nace, se hace. La evidencia disponible en torno a las habilidades del terapeuta sugiere que estas son producto de la interacción entre el nivel basal de la habilidad, influido por factores biológicos-genéticos, de personalidad y de interacción a lo largo del desarrollo, y la formación específica posterior (Thwaites y Bennett-Levy, 2007). La formación del terapeuta no debe reducirse al aprendizaje de los métodos de evaluación y de tratamiento más eficaces, sino que debe permitir también un espacio para, entre otras cosas, el trabajo personal y el entrenamiento en habilidades interpersonales. Con o sin aptitud personal, las habilidades requieren conocimiento y práctica (Marinho et al., 2003).

Aunque un efecto del 5-8% en el resultado pueda parecer pequeño, no es en absoluto desdeñable. El equipo de Barkham y colaboradores (2017) encuentran que alrededor del 15-20% de los terapeutas obtienen mejores resultados respecto a la eficacia media de los terapeutas (entendiendo como tal el nivel de mejora y la tasa de abandono de los usuarios), siendo estos resultados hasta dos veces superiores (Barkham et al., 2017; Okiishi et al., 2006). Desde un enfoque descriptivo, la literatura científica en este campo nos ha proporcionado un gran volumen de información sobre *qué* habilidades cuentan con mayor evidencia. Con el objetivo de mejorar las guías de entrenamiento de los profesionales, un camino a seguir es la investigación de los procesos que subyacen a dichas habilidades, que explican *cómo* y *por qué* estas funcionan (Froxán, 2020), lo que a su vez puede redundar en una mejor descripción del fenómeno. El presente Trabajo de Fin de Grado se dirige en esta dirección.

3. Objetivos del trabajo

Hasta ahora se ha abordado la identificación de los elementos que contribuyen a explicar la varianza de cambio en psicoterapia; en particular, el papel de las habilidades del terapeuta en el contexto terapéutico. A partir de este punto, este Trabajo de Fin de Grado tiene como objetivo general llevar a cabo una revisión narrativa en torno al concepto de empatía como habilidad del terapeuta desde el marco teórico del Análisis Funcional de la Conducta. De forma específica, se abordarán los siguientes puntos:

- La definición de la empatía desde los modelos teóricos de la psicología que clásicamente han abordado su conceptualización: el modelo psicoanalítico, la terapia centrada en el cliente y el modelo cognitivo-conductual.
- La operativización del constructo *empatía* desde el paradigma del Análisis Funcional de la Conducta.
- Desde dicha operativización, la propuesta de recomendaciones de entrenamiento de la empatía para terapeutas noveles.
- La reflexión crítica sobre las aportaciones de este trabajo, así como sobre sus limitaciones.

4. Conceptualización de la empatía desde diferentes modelos teóricos

4.1- El origen de la empatía en psicoterapia: Rogers y la terapia centrada en el cliente

Aunque el concepto de empatía había sido acuñado y utilizado con otras acepciones décadas antes, su introducción como elemento clave en el marco de la psicoterapia se adscribe a Carl Rogers (1902-1987), fundador de la terapia centrada en el cliente. La terapia centrada en el cliente propone un modelo de psicoterapia de corte humanista y con un enfoque positivo dirigido al fomento del desarrollo y autorrealización del usuario (cliente), bajo la premisa de que en todo ser vivo hay una tendencia actualizante innata (Rogers, 1959). Desde este modelo, la labor del terapeuta será crear un clima psicológico facilitador del cambio terapéutico, siendo la relación terapeuta-cliente el elemento fundamental para el mismo (Rogers, 1980).

Rogers utilizaría por primera vez el término “empatía” en su libro *Client-centred therapy* (Rogers, 1951) para referirse a un tipo particular de comprensión emocional y cognitiva: empatía es “asumir el marco de referencia interno del cliente, percibir el mundo tal como lo ve el cliente, percibir al propio cliente tal como es visto por él mismo y comunicar algo de esta comprensión empática al cliente” (Rogers, 1951, p. 29). Con el tiempo, y fruto de la investigación y práctica clínica durante más de 40 años, la empatía se asentaría como una de las piedras angulares de su teoría (Cooper et al., 2013; Mateu et al., 2010).

Tras su introducción en 1951, Rogers incluiría en 1957 la empatía como una de las seis condiciones necesarias y suficientes para que se produzca el cambio en psicoterapia (véase

Tabla 1) (Rogers, 1957). En estas primeras formulaciones, la empatía hacía alusión a un *rasgo* o una *actitud* del terapeuta; a través de la empatía, el terapeuta dejaba de lado su propio marco de referencia para entrar en el del otro, lo que permitía que el cliente se escuchase a sí mismo y avanzase en su comprensión y aceptación. La empatía, definida así, posee capacidad curativa en sí misma. Años más tarde, Rogers reformularía su concepción de la empatía y hablaría de ella, no como un estado fijo, sino como un *proceso*: una experiencia mediante la cual el terapeuta vive temporalmente en el mundo perceptivo del otro, apreciando y comunicando sin juicios las sensaciones y significados cambiantes que fluyen en él, y acompañando a la persona en su propia experiencia. Desde esta concepción, la comunicación de la comprensión empática sería el último paso del proceso (Rogers, 1980, como se citó en Freire, 2013).

Tabla 1.

Condiciones necesarias y suficientes para que se produzca el cambio en la terapia rogeriana

-
1. Dos personas están en contacto psicológico.
 2. El cliente se encuentra en un estado de incongruencia.
 3. El terapeuta es congruente o está integrado en la relación.
 4. El terapeuta experimenta una consideración positiva incondicional hacia el cliente.
 5. El terapeuta experimenta una comprensión empática del marco de referencia interno del cliente y se esfuerza por comunicarle esta experiencia
 6. La comunicación al cliente de la comprensión empática del terapeuta y la consideración positiva no condicionada se consigue en un grado mínimo.
-

Nota: Adaptado de “The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change” (p. 93), por C. R. Rogers, 1957, *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95–103 (<https://doi.org/10.1037/h0045357>)

Aunque el lugar que ocupa la empatía en la terapia es una base común para todas las orientaciones centradas en la persona, entre ellas existen diferencias en la forma de comunicarla (Freire, 2013). La empatía puede expresarse mediante diferentes tipos de respuestas: el reflejo empático, tal y como conceptualizó Rogers primeramente, pero también mediante las preguntas, las interpretaciones cercanas a la experiencia o incluso el silencio (Mateu et al., 2010; Norcross y Lambert, 2019). Aunque desde este marco teórico la utilización de estas técnicas no es una condición necesaria para conseguir un cambio terapéutico, estas pueden actuar a modo de canal de comunicación de dichas condiciones (Rogers, 1957).

Más de medio siglo después, las aportaciones de Rogers siguen estimulando la elaboración teórica, la práctica clínica y la investigación de la empatía, habiéndose reconocido su importancia en el proceso terapéutico desde todos los modelos teóricos (Castonguay y Hill, 2017; Mateu et al., 2010).

4.2- La empatía en el psicoanálisis: De elemento periférico a elemento central de la terapia

El modelo psicoanalítico, cuyo fundador y máximo representante es Sigmund Freud (1856-1936), se configuró como el primer sistema integrado de psicoterapia moderna, ofreciendo un método de investigación propio, una técnica psicoterapéutica y una teoría acerca del desarrollo tanto de la estructura de la personalidad sana como de la patológica (Freud, 1922). Desde la formulación psicoanalítica más tradicional el síntoma se considera una manifestación simbólica de un conflicto intrapsíquico inconsciente entre las tres instancias que conforman la personalidad del usuario (paciente): el Ello, Yo y Superyó (Freud, 1923/2012). Ante dicho conflicto actúan los mecanismos de defensa, con el compromiso de la formación de síntomas. En este contexto, la labor del terapeuta será traspasar las resistencias psíquicas inconscientes del paciente para identificar el origen y causa del trastorno, que buscará en su desarrollo psicosexual (Freud, 1915, 1923/2012).

Si bien Freud (1912, 1913) mencionó la empatía (*Einfühlung*) en sus escritos, el lugar que ocupó dentro del psicoanálisis clásico era secundario al que luego ocuparía en las formulaciones psicoanalíticas más actuales (Mateu et al., 2010). Freud veía en la empatía simultáneamente un precursor y un gran obstáculo a la tarea analítica (Kaluzeviciute, 2020). Por un lado, consideraba que la empatía, definida como la capacidad de adoptar una actitud mental similar a la del paciente, era el elemento clave para comprender sus experiencias subjetivas (Freud, 1912). Por otro, consideraba que esta capacidad no era enteramente consciente, y que a través de ella existía el riesgo de proyectar inconscientemente los propios sentimientos y enturbiar así el proceso de interpretación, el verdadero agente curativo de la tarea analítica (Eagle y Wolitzky, 1997; Kaluzeviciute, 2020). A raíz de esto, promoverá el uso de la empatía como una herramienta exclusivamente intelectual y metodológica, precursora del tratamiento psicoanalítico, y remarcará la importancia de mantener un distanciamiento físico (a través del encuadre terapéutico) y emocional (a través de las técnicas de la abstinencia y la neutralidad) del paciente desde el que acometer la tarea de la interpretación (Eagle y Wolitzky, 1997; Kaluzeviciute, 2020).

Décadas más tarde, Kohut (1981/2010), con su Psicología del *Self*, recuperará el concepto de empatía y lo colocará en un lugar central del proceso psicoanalítico, llegando incluso a definir a través de ella el campo de acción del psicoanálisis: todo lo aprehensible a través de la empatía configura el objeto de estudio del psicoanálisis, en tanto que es el método que posibilita el acceso a la realidad interna del paciente (MacIsaac, 1997; Ornstein, 2011).

Para este autor, la empatía es el proceso por el que se asume, mediante “introspección vicaria”, la experiencia del otro como si fuese la propia. El terapeuta busca dentro de sí mismo el significado de lo comunicado por el paciente, que luego deberá contrastar con él a través de la interpretación tentativa (MacIsaac, 1997). Las funciones de la empatía de Kohut (1981/2010), eran varias: servir como método de observación cercano a la experiencia (en contraposición con la posición defendida por el psicoanálisis clásico de observación alejada de la experiencia), aumentar la receptividad del paciente a recibir interpretaciones, e incluso servir de agente curativo en tanto que a través de ella se responde a una necesidad que fue desatendida por los padres en el proceso de desarrollo del *self* (Bohart y Greenberg, 1997; Mateu et al., 2010).

La propuesta de Kohut revolucionó la forma en la que se entendía el propio tratamiento psicoanalítico: la empatía así concebida modifica el rol del terapeuta como “pantalla blanca” y desplaza el foco del tratamiento de la unidad analítica hacia el par analítico (Ornstein, 2011), convirtiéndose la relación intersubjetiva entre los miembros de la díada en la base del tratamiento (Trop y Storolow, 1997).

4.3- El rol de la empatía en el modelo cognitivo-conductual

La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) plantea un modelo de psicoterapia breve, activa, directiva y altamente estructurada cuya eficacia ha sido probada en el tratamiento de un amplio espectro de problemas psicológicos y psiquiátricos (Beck, 2020). El modelo cognitivo-conductual se basa en el supuesto teórico de que la conducta y las emociones de las personas están determinadas por la forma en que estas interpretan el mundo, considerando así las cogniciones³ como los agentes causales del comportamiento (Beck et al., 1979/2010; Ellis, 1962). De acuerdo con este modelo, en la base de la explicación de los problemas psicológicos se encuentran los pensamientos desadaptativos y/o alejados de la realidad, que constituirán el foco principal de trabajo del terapeuta cognitivo-conductual (Beck et al., 1979/2010).

Aunque se ha demostrado la eficacia de la empatía en el marco de la TCC, tradicionalmente no se ha abordado su conceptualización particular desde el propio modelo

³ El modelo cognitivo-conductual conceptualiza el constructo cognición como un “evento verbal o gráfico que tiene lugar en la corriente de conciencia de la persona” (Beck et al., 1979/2010, p. 13) y que puede ser de tres tipos: pensamientos automáticos (nivel superficial), creencias intermedias y creencias nucleares sobre uno mismo, los demás y el mundo (nivel profundo) (Beck et al., 1979/2010).

(Thwaites y Bennett-Levy, 2007), sino que se ha integrado el concepto definido de forma muy similar a como lo hizo Rogers (1951): empatía como la habilidad mediante la cual el terapeuta entra en el mundo del usuario y ve y siente como lo hace este, pero manteniendo al mismo tiempo su independencia (Beck, 2020; Beck et al., 1979/2010). Aun y todo, es cierto que dentro de la TCC la habilidad desempeña funciones propias: la creación de una alianza terapéutica sólida mediante la cual facilitar la recogida de información, el aumento de la adherencia terapéutica y la disminución de las conductas antiterapéuticas (p.ej., los juicios de valor). Frente al lugar que ocupa en la terapia centrada en el cliente como agente curativo, en la TCC la empatía se concibe como una habilidad básica con un papel secundario en el proceso terapéutico, por detrás de otros fenómenos como la validación, y además supeditada al objetivo central del tratamiento: la reevaluación de las cogniciones desadaptativas (Beck, 2020).

Hasta la fecha, la descripción y explicación de la empatía dentro de la TCC ha tendido hacia una definición genérica de la habilidad. Solo recientemente se ha comenzado a abordar su operativización desde las características particulares del modelo, con propuestas como la de Thwaites y Bennett-Levy (2007). Estos autores proponen un modelo de empatía terapéutica con cuatro elementos clave: (a) la *actitud empática*, que establece el tono de la terapia; (b) la *sintonización empática*, como habilidad perceptiva del estado emocional y marco de significado del usuario; (c) la *comunicación empática*, como habilidad relacional activa que abarca tanto el contenido del discurso como la paralingüística que lo rodea, y (d), el *conocimiento empático*, conocimiento declarativo adquirido durante la formación teórica, que debe ser transformado en habilidades procedimentales a través de la práctica (Thwaites y Bennett-Levy, 2007).

El interés en analizar los componentes y los procesos que se recogen bajo la etiqueta “empatía” desde la TCC es aún incipiente, pero prometedor, en tanto que solo a través de ello se puede contribuir al avance de la formación, la práctica clínica, y la investigación.

5. Análisis funcional de la empatía y recomendaciones para su entrenamiento

5.1- Bases filosóficas y científicas del Análisis Funcional de la Conducta

El Análisis Funcional de la Conducta (AFC) propone una metodología científica de estudio de la conducta de todo organismo vivo con base filosófica en el conductismo radical.

El conductismo radical, cuyo máximo exponente es Burrhus F. Skinner (1904-1990), es una filosofía de la ciencia que señala que el objeto de estudio propio de la psicología es la conducta, considerada la “raíz” de lo psicológico (Skinner, 1953; 1974). El AFC busca constituirse como una ciencia natural, y parte del presupuesto de que la conducta es un hecho natural que está determinado por leyes universales. La conducta se convierte en la variable a predecir, explicar y controlar (variable dependiente) a partir del análisis del contexto ambiental, externo y/o interno, del usuario (variable independiente) (Skinner, 1953).

Desde esta perspectiva, y tal y como ocurre en la teoría de la evolución de Darwin, la causalidad se entiende en términos históricos y relacionales: hemos de buscar la causa de la conducta del individuo en su historia de aprendizaje filo- y ontogenético, donde ha sido seleccionada en base a sus consecuencias (González-Terrazas y Colombo, 2022). A diferencia de otras ciencias naturales, como la neurociencia o la biología, que analizan la conducta a nivel subagencial (estudio de los nexos físico-contiguos entre los diferentes componentes del sistema sensoriomotor), el AFC aborda su objeto de estudio desde un nivel de análisis agencial; esto es, a través de la interacción entre el organismo en su conjunto y su entorno, que establecen relaciones de contingencia temporal (Núñez de Prado-Gordillo et al., 2020).

En contraposición con el conductismo metodológico propuesto por John B. Watson (1878-1958), el conductismo radical busca predecir, explicar y controlar la globalidad de la conducta, con independencia de su carácter manifiesto o encubierto⁴ o de sus posibles morfologías (cognitiva, motora o fisiológica), en tanto que sostiene que toda forma de conducta está sujeta a las mismas leyes explicativas: los principios del aprendizaje (Rocha, 2022; Skinner, 1953). Estas leyes constituyen el fundamento empírico del AFC, y permiten hablar de dos tipos de conducta: la *conducta respondiente*, sujeta a procesos de condicionamiento clásico o pavloviano, y la *conducta operante*, sujeta a procesos de condicionamiento operante o instrumental (para más información, véase Anexo I).

El objetivo primordial del AFC es identificar las variables que explican una determinada conducta y el tipo de relación funcional o de contingencia que existe entre ellas

⁴ En la filosofía skinneriana, la conducta manifiesta hace referencia a toda forma de conducta observable por dos o más observadores (por ejemplo, llorar, caminar o hablar), mientras que la conducta encubierta refiere a aquella perceptible por un único observador: el sujeto que se comporta (por ejemplo, resolver una operación matemática o recordar un evento pasado). La diferencia fundamental entre ambas formas de conducta no es su naturaleza, sino el número de personas que puede reportarlas (Núñez de Prado-Gordillo et al., 2020; Skinner, 1953).

(respondiente u operante) (Rocha, 2022). Las variables explicativas se pueden clasificar en dos tipologías: *variables funcionales* o “causales”, que participan directamente en la secuencia conductual con una función antecedente o consecuente; y *variables disposicionales*, que pese a no ser causa directa de la conducta, influyen en la secuencia conductual, modificando la morfología o el valor de alguno de sus elementos. Las variables disposicionales son enormemente variadas, pudiendo desempeñar dicho papel tanto variables del organismo (*biológicas*, p.ej. la edad; o *psicológicas*, p.ej. la historia de aprendizaje) como del entorno (*físicas*, p.ej. la temperatura; o *sociales*, p.ej. los valores familiares) (Froxán, 2020).

5.2- Análisis Funcional de la Conducta en el contexto terapéutico

El conocimiento obtenido a través del análisis experimental de la conducta, con base en el conductismo radical, se pone en juego en el contexto aplicado con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas (González-Terrazas y Colombo, 2022). El AFC explica la conducta de los usuarios atendiendo a su carácter adaptativo, tal y como hace la teoría de la evolución (Skinner, 1953): el individuo ha aprendido a comportarse de determinada manera a través de su interacción con el medio y con el objetivo de adaptarse a él, de forma que los problemas psicológicos abarcan conductas que en un contexto estimular determinado fueron adaptativas pero que cuando este cambió dejaron de serlo (Froxán et al., 2020). Tomando esto como base, el foco del tratamiento desde el AFC será la modificación de la conducta para lograr una mejor adaptación al entorno y a los objetivos particulares del usuario.

Actualmente, y a raíz de la popularización del modelo contextual en la década de los 90, la terapia conductual ha colocado en el centro de su intervención un fenómeno que había dejado de lado décadas atrás: el análisis de la interacción terapéutica a través de la conducta verbal de terapeuta y usuario (Froxán y Estal, 2022; Marinho et al., 2003). El AFC aplicado propone que, si bien no podemos controlar directamente la mayoría de las variables ambientales del usuario, podemos traerlas a la consulta a través del lenguaje, dando así la oportunidad al terapeuta de operar sobre ellas: el psicólogo utiliza los principios de aprendizaje (clásicos y operantes; de refuerzo y de castigo) en la propia interacción terapéutica con el usuario con el objetivo de moldear sus conductas verbales en el contexto clínico, de manera que las nuevas verbalizaciones actúen como estímulo discriminativo (E^d) de conductas más adaptativas en el contexto extraclínico (Froxán, 2011). Por ejemplo, la verbalización “No valgo para estudiar” puede moldearse hacia “Las matemáticas me parecen difíciles”, que discrimine conductas como preguntar al profesor o dedicar más tiempo de estudio a la asignatura.

La utilización del AFC en el contexto terapéutico comporta una serie de ventajas. En primer lugar, responde a las directrices de la APA (2006), que subraya la importancia de utilizar una metodología científica adecuada tanto en la investigación como en la intervención en psicología. El AFC propone un modelo explicativo conceptualmente sistemático, con bases filosóficas y científicas bien definidas y un nivel de análisis propio, agencial, que no requiere (aunque pueda nutrirse de) recurrir a constructos de un nivel inferior (p.ej., los neurotransmisores) o superior (p.ej., la tendencia actualizante rogeriana o la estructura de la personalidad psicoanalítica) para describir, explicar y controlar la conducta (Núñez de Prado-Gordillo et al., 2020). Es evaluable y replicable, con un nivel de inferencia bajo, lo que permite disminuir el riesgo de caer en sesgos de interpretación (González-Terrazas y Colombo, 2022). En tanto que considera que la conducta en su conjunto está determinada por leyes universales del aprendizaje, permite no solo describir (*qué*), sino también explicar (*cómo y por qué*) la conducta humana y animal en toda su diversidad y complejidad, tanto dentro como fuera de la consulta, tanto del usuario como del propio terapeuta (Froxán et al., 2020).

5.3- Análisis funcional de la empatía

La bibliografía disponible en torno a las habilidades del terapeuta coincide en la identificación de la empatía como uno de los factores más influyentes en el resultado terapéutico, llegando a considerarla un predictor moderado-fuerte del mismo (Norcross y Lambert, 2019). Sin embargo, los propios autores reconocen que no existe una definición unitaria del constructo (Norcross y Lambert, 2019), habiéndose convertido la empatía en un “término paraguas que engloba fenómenos distintos” (Gyran, 2022, p. 106). Entonces, ¿de qué hablamos cuando hablamos de empatía? ¿qué atributos, qué procesos estamos midiendo cuando evaluamos su eficacia?

Aunque existen tantas definiciones de empatía como autores que la definen, el recorrido realizado por la conceptualización del constructo por los diferentes modelos teóricos permite señalar los siguientes puntos comunes:

1. La empatía es la habilidad mediante la cual una persona asume el marco de referencia interno del otro (Rogers, 1951) o asume la experiencia del otro como si fuese la propia (Kohut, 1981/2010).
2. La empatía implica ver y sentir como lo hace el otro y transmitirle dicho entendimiento (Beck, 2020; Beck et al., 1979/2010); tiene por tanto (a) una *vertiente afectiva*, en la

que el terapeuta siente lo que está sintiendo el otro, (b) una *vertiente cognitiva*, en la que comprende (etiqueta) dicha experiencia desde los valores y experiencias del otro, y (c) una *vertiente expresiva*, en la que comunica dicha comprensión verbal y/o no verbalmente (Castonguay y Hill, 2017).

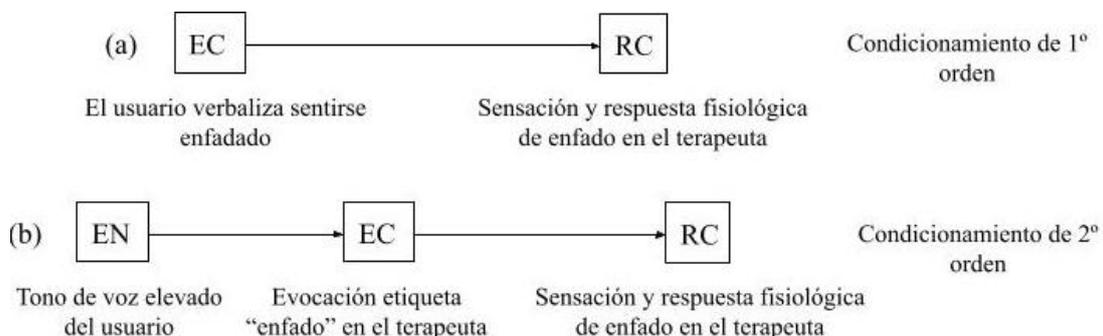
La empatía así definida se convierte en una variable mediadora entre el mensaje que transmite el usuario y la conducta del terapeuta; un fenómeno interno y no observable directamente pero con estatus fáctico para explicar el comportamiento (De Pascual-Verdú et al., 2020). Estando la definición del constructo alejada del plano de la experiencia, su evaluabilidad se reduce, lo que a su vez dificulta alcanzar un consenso en cuanto a la descripción y operativización de los procesos que le subyacen (Gyran, 2022).

Desde el AFC se considera que la empatía, más que una característica, cualidad o actitud de la persona, es una etiqueta que resume un conjunto de respuestas manifiestas y/o encubiertas, pavlovianas y operantes, que se dan en interacción y que pueden analizarse funcionalmente (Gyran, 2022; Marinho et al., 2003).

El condicionamiento pavloviano es relevante para explicar la *dimensión afectiva* de la empatía, que refiere al proceso por el cual la expresión emocional verbal o no verbal del observado (en este caso, el usuario) elicitaba una respuesta emocional, probablemente de menor intensidad, en el observador (en este caso, el terapeuta) (véase Figura 2). Para que esto ocurra, dicha expresión debe (a) elicitarse de manera refleja (EI) la respuesta emocional en el terapeuta (RI), o bien (b) estar asociada en su historia de aprendizaje con estímulos (EC) evocados por el terapeuta que elicitan dicha respuesta (RC) (De Pascual-Verdú et al., 2020; Gyran, 2022).

Figura 2

Ejemplo de procesos de condicionamiento clásico en la empatía



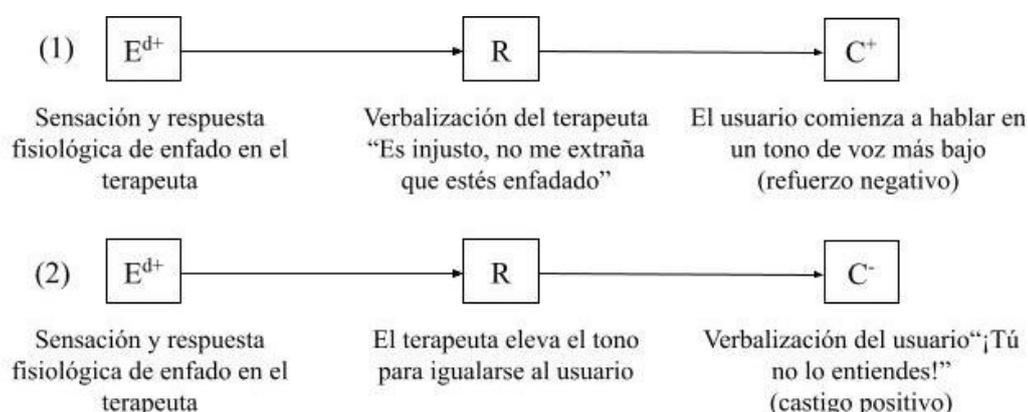
Nota: Elaboración propia

La ocurrencia de este proceso está sujeta a que durante la historia de aprendizaje del terapeuta este haya aprendido a asociar el tono de voz elevado ajeno (EC) con el enfado (RC), proceso en el que la comunidad verbal del individuo es clave⁵. Para ello, primero deberá haber asociado su propio tono de voz elevado (EN) con la sensación de enfado (RC o RI). Así, las respuestas emocionales elicítadas por la expresión emocional del usuario no serían únicamente reflejas (RI), sino que en ellas influiría enormemente la historia de aprendizaje del terapeuta, que permitirá que tengan lugar aunque las muestras de emoción sean escasas o indirectas. Por otro lado, se pone de manifiesto cómo los procesos operantes acompañan a los pavlovianos, evocando el etiquetamiento verbal de los estímulos (*dimensión cognitiva de la empatía*) que a su vez elicítará la respuesta afectiva (Gyran, 2022).

Finalmente, la *dimensión expresiva de la empatía*, que consiste en lo que el terapeuta hace o dice ante la expresión emocional del usuario, puede explicarse mediante procesos de condicionamiento operante (véase Figura 3). Tanto la expresión emocional del usuario como la RC emocional elicítada pavlovianamente por esta en el terapeuta pueden actuar a su vez como estímulos discriminativos (E^d) que evocan conductas operantes de morfología coherente con la RC que está experimentando el usuario (De Pascual-Verdú et al., 2020). El terapeuta será percibido como empático cuando etiquete adecuadamente las reacciones emocionales ajenas. La reacción del usuario (C) aumentará (C^+) o disminuirá (C^-) la probabilidad de que el terapeuta emita esa respuesta en las interacciones futuras con dicho usuario (Gyran, 2022).

Figura 3

Ejemplo de procesos de condicionamiento operante en la empatía



Nota: Elaboración propia

⁵ Al ver a un niño gritar, la comunidad verbal probablemente le enseñará a decir que está "enfadado", haciendo más probable que en el futuro, cuando sienta los mismos estados, evoque la palabra "enfado" (Gyran, 2022).

Esta operativización pone de manifiesto que la empatía no es un fenómeno en sí mismo, sino que designa un conjunto de respuestas que tienen lugar en interacción y que son dependientes tanto de la historia de aprendizaje del terapeuta como de la del usuario. La descripción de la empatía en términos conductuales y observables posibilita prescindir de su concepción como habilidad innata o inmodificable para pasar a concebirla como una habilidad sujeta a entrenamiento y adaptable a las necesidades del usuario y los objetivos del tratamiento.

5.4- Recomendaciones para su entrenamiento

En el apartado de Introducción del trabajo se ha establecido que la empatía, como habilidad del terapeuta, es producto de la interacción entre el nivel basal de la habilidad y la formación específica posterior (Thwaites y Bennett-Levy, 2007). En el apartado de Análisis Funcional de la empatía se ha profundizado en la explicación de los procesos agrupados bajo la etiqueta de empatía. Con el objetivo de mejorar nuestra capacidad de utilizar la habilidad cabe hacerse ahora varias preguntas: ¿cuándo debemos expresar empatía? ¿cómo demostramos empatía? y ¿cómo podemos entrenar la habilidad de cara a interacciones futuras?

La empatía es una herramienta más de la que dispone el terapeuta para ayudar a la consecución de un objetivo terapéutico específico, pudiendo tener su demostración propósitos diversos: (a) condicionar apetitivamente la figura del terapeuta (lo que desde otras corrientes de la psicología se conoce como crear una alianza terapéutica, esto es, que la persona se sienta cómoda, segura y confiada en la interacción con el terapeuta), (b) establecer o extinguir una conducta objetivo, (c) aumentar o disminuir la tasa de emisión de una conducta objetivo, etc. (Gyran, 2022). En esta línea, y contrario a lo que se suele defender habitualmente, un terapeuta no debe demostrar empatía siempre, sino que debe hacerlo cuando su AFC le indique que será beneficioso para el usuario. Por ejemplo, ante un usuario que en situaciones de conflicto expresa enfado porque en su historia de aprendizaje ha conseguido a través de ello ganar la discusión, demostrar empatía podría contribuir a mantener la conducta problema (Gyran, 2022). Utilizar la empatía en todo momento hace que esta pierda su valor discriminativo.

Asimismo, elaborar un análisis funcional es relevante para conocer qué clase de conductas son percibidas como empáticas por el usuario. Hay ciertas conductas, tanto motoras (p.ej., una sonrisa) como verbales (p.ej., “Entiendo”), que tienen una mayor probabilidad de ser percibidas como empáticas debido al significado que le asigna la comunidad cultural (sonrisa = amabilidad, receptividad, aprobación, etc.); sin embargo, este puede no ser el caso

para todos los usuarios. El AFC proporciona la posibilidad de analizar el efecto de las intervenciones del terapeuta y modificarlas cuando sea necesario, de forma que la intervención esté completamente adaptada a las necesidades del usuario (Gyran, 2022; Rocha, 2022).

Se ha abordado la cuestión de cuándo se debe expresar empatía. Ahora bien, ¿cómo hacerlo? La empatía no se define por adoptar una morfología conductual concreta sino por la función que desempeña: la demostración de comprensión del estado emocional del otro. El terapeuta podrá utilizar intervenciones de carácter verbal (reflejos empáticos, parafraseos, resúmenes, preguntas abiertas o cerradas, etc.) y no verbal (expresiones faciales, postura corporal, contacto visual, silencios, etc.), siempre prestando atención a las respuestas del usuario para valorar la consecución del efecto buscado (Castonguay y Hill, 2017). A menudo, y especialmente como terapeutas noveles, tendemos a focalizar nuestra atención en la conducta verbal, olvidando que gran parte de la comunicación se produce no verbalmente (Norcross y Lambert, 2019). Aunque es cierto que nuestra capacidad para controlar nuestra comunicación no verbal es limitada, es importante hacernos conscientes de qué puede estar transmitiendo.

La comunidad cultural habitualmente considera que las verbalizaciones más empáticas son las descriptivas, centradas en el otro y en la emoción que expresa (véase Tabla 2). Asimismo, son conductas motoras habitualmente valoradas como empáticas el acercamiento del cuerpo durante la expresión emocional del otro, el asentimiento con la cabeza o la sonrisa, que tienden a interpretarse como una muestra de receptividad, interés y/o comprensión (Marinho, 2003). Sin embargo, es importante recalcar que no hay una receta mágica en lo que respecta a la empatía. La empatía es ante todo un conjunto de respuestas individualizadas, adaptadas a partir de la información que recogemos acerca de las variables funcionales y/o disposicionales que influyen en la conducta del usuario. Asimismo, estas respuestas ocurren en un contexto espacial, temporal y relacional determinado; por tanto, la intervención “más empática” dependerá del momento y de las capacidades y necesidades tanto del terapeuta como del usuario (Norcross y Lambert, 2019).

Tabla 2.

Ejemplos de verbalizaciones consideradas más y menos empáticas

Verbalizaciones más empáticas	Verbalizaciones menos empáticas
“No ha salido como esperabas” (descriptiva)	“No debiste actuar como lo hiciste” (valorativa)
“Te sentiste...” (foco en el usuario)	“A mí también me pasa” (foco en el terapeuta)
“Estabas muy enfadado” (emoción)	“Rompió la foto que teniais juntos” (evento)

Nota: Elaboración propia

La empatía se define por la respuesta del otro (verbal y no verbal) ante nuestra expresión empática. Por ello, además de ser importante prestar atención para adaptar nuestras intervenciones a las respuestas y características del usuario, es recomendable también evaluar y privilegiar la experiencia de empatía del usuario (Elliot et al., 2019), pues esta contribuye en mayor medida al éxito terapéutico que la experiencia del terapeuta (Norcross y Lambert, 2019). Poner sobre la mesa cómo está yendo el proceso terapéutico nos abre posibilidades de cambio y mejora. El desacuerdo entre la evaluación del terapeuta y la evaluación del cliente no es algo negativo o algo que debemos temer, sino que puede ser un indicador de una discusión que podría resultar útil y/o necesaria (Norcross y Lambert, 2019).

Finalmente, cabe preguntarse cómo podemos entrenar esta habilidad de cara a interacciones futuras. Sin ánimo de elaborar una guía de recomendaciones exhaustiva debido a las limitaciones de espacio de este trabajo, se comparten varias propuestas para entrenar nuestra empatía tanto en contextos formales como en contextos informales:

Con o sin aptitud personal, las habilidades requieren conocimiento y práctica (Marinho, 2003). Sin embargo, la evidencia disponible no confirma que la mera práctica clínica se relacione con un mejor desempeño de la habilidad, sino que para que la práctica produzca resultados esta se tiene que llevar a cabo en determinadas condiciones (Rousmaniere, 2016; Wampold y Brown, 2005). En este sentido, es relevante recuperar el concepto de práctica deliberada expuesto en el apartado de Introducción del trabajo: la práctica deliberada se define como el conjunto de actividades específicamente diseñadas para mejorar aspectos concretos del rendimiento personal a través de la reflexión sobre el proceso, la repetición en el tiempo y la supervisión por parte de una persona más experta en el campo (Prado-Abril et al., 2019). Para llevar a cabo un programa de práctica deliberada focalizado en habilidades básicas como la empatía, Rousmaniere (2016) propone partir de la descomposición de la habilidad, más compleja, en objetivos y actividades concretas, por ejemplo:

- (1) Practicar la atención a la conducta motora del usuario. A partir de la visualización de las grabaciones sin sonido de las sesiones, Rousmaniere (2016) plantea varias preguntas, p. ej.: ¿qué comunica el lenguaje corporal del usuario? ¿hay aspectos de la comunicación que hubieses perdido si el sonido hubiese estado activo?
- (2) Practicar la atención a la conducta verbal del usuario. Escuchando ahora únicamente el audio de la grabación, ¿qué refleja su tono? ¿concuere con el mensaje verbal? ¿varía el ritmo del discurso durante la sesión? Si es así, ¿a qué puede responder?

- (3) Practicar la atención a la propia experiencia interna (desde el AFC, conductas encubiertas) del terapeuta durante la interacción. ¿Qué sensaciones físicas notas observando la grabación? ¿Qué pensamientos y emociones aparecen, y cuándo? ¿Cuál es tu nivel de atención durante la sesión? Habitualmente, nuestra atención durante la sesión terapéutica está en el usuario. Sin embargo, estos procesos pueden interferir con nuestra habilidad para comunicarnos empáticamente con los usuarios, y por ello es importante hacernos conscientes de ellos.

El programa de entrenamiento de Rousmaniere (2016) se dirige a aumentar la consciencia de los hechos que ocurren en sesión. En él, en el fondo, son clave dos procesos: (a) el aumento de la capacidad que tienen las demostraciones de emoción del usuario para discriminar respuestas adecuadas por parte del terapeuta (De Pascual-Verdú, 2020) y (b) el reforzamiento diferencial de dichas respuestas, que, en función de sus consecuencias, produce cambios en la morfología de la conducta para adaptarse al usuario (Skinner, 1953).

Por otro lado, la empatía es una habilidad que atraviesa todos los ámbitos de nuestra vida y que ponemos en práctica constantemente en nuestro día a día. Por ello, su entrenamiento va más allá del ámbito académico y formal. Sabiendo que la empatía es dependiente de la historia de aprendizaje del terapeuta, la interacción en contextos (más o menos formales, familiares, etc.) y con personas diversas (de diferente edad, cultura, intereses, etc.) crea nuevos aprendizajes que permiten que E^d muy diversos evoquen respuestas etiquetadas como empáticas; esto es, permiten una mayor adaptación de la interacción al otro, un componente esencial de la pericia clínica (APA, 2006). La empatía se entrena en los ejercicios que llevamos a cabo en los programas formativos, pero también, y probablemente, sobre todo, en nuestra interacción cotidiana y en la observación de la interacción ajena (reuniones sociales, películas, libros, etc.).

Como última propuesta en el marco de una práctica en contextos informales cabe señalar la importancia del trabajo personal de autoconocimiento del terapeuta. Como ejercicio a realizar en contextos formales se ha propuesto el trabajo de la consciencia de las experiencias internas durante el propio intercambio terapéutico. Más allá de este contexto, es importante que identifiquemos cómo nuestro propio repertorio conductual (nuestras habilidades, actitudes, motivaciones, prejuicios, ideologías, etc.) puede afectar al juicio clínico (APA, 2006), dificultando la experiencia y demostración de empatía. El autoconocimiento puede ser de utilidad para marcar la separación entre uno mismo y el otro, previniendo así la respuesta

en base a nuestra propia experiencia en lugar de la del usuario. Aunque haya conductas morfológicamente iguales entre ambos, no por compartir morfología (forma) están sujetas a las mismas contingencias (función) (Marinho et al., 2003).

6. Discusión y conclusiones finales

El contexto terapéutico es un escenario de interacción donde el método de tratamiento utilizado y las características del usuario, del terapeuta y del propio contexto de interacción influyen sobre el resultado terapéutico. En el presente Trabajo de Fin de Grado he buscado evidenciar que las llamadas habilidades del terapeuta ejercen un influjo sistemático y nada desdeñable en el resultado terapéutico, con tanta evidencia empírica como los métodos de tratamiento utilizados. Esto hace que la investigación y el desarrollo de pautas centradas en la utilización eficaz de las habilidades del terapeuta deba convertirse en un objetivo a incluir en toda guía de PBE y todo programa formativo. Como he tratado de transmitir a lo largo del texto, con o sin aptitud personal, las habilidades requieren conocimiento y práctica para lograr unos mejores resultados. Poner el foco en la divulgación de los tratamientos con mayor grado de evidencia empírica sin prestar atención a las habilidades de relación es dejar en manos del individuo un trabajo y una responsabilidad que debería ser recogida y cultivada como conocimiento compartido de la disciplina.

A este respecto, si bien es cierto que en este trabajo me he centrado en la empatía como habilidad de relación en el contexto terapéutico, considero que sus implicaciones trascienden este ámbito de la psicología e, incluso, salpican otros ámbitos de conocimiento como el de la enfermería, la medicina o el trabajo social. Al fin y al cabo, la empatía es y ha de ser uno de los pilares básicos en los que se base toda interacción de ayuda y cuidado de otras personas. Del mismo modo, la posición en la que me encuentro en este momento me ha llevado a focalizar mi revisión en la figura del terapeuta novel o en formación, en un intento de responder a los miedos y a las necesidades que percibo en mí misma y en mis compañeras. Sin embargo, en tanto que creo que la empatía es una habilidad estrechamente vinculada con nuestra historia de aprendizaje, considero que también puede ser de utilidad para terapeutas con un recorrido y un grado de experiencia diferente al nuestro.

La literatura disponible en torno a la empatía coincide en la identificación de esta habilidad como esencial en el proceso terapéutico y con gran capacidad predictora de su resultado. La empatía es un elemento que ocupa un lugar cada vez más central en todo modelo

psicológico, desde los modelos centrados en la persona hasta los cognitivo-conductuales, pasando por los psicodinámicos. Sin embargo, no existe un consenso acerca de cómo ha de operativizarse, lo que a su vez supone una dificultad para su medición y evaluación. Un camino a seguir en este punto es la investigación en procesos, que explican no solo qué son, sino también cómo y por qué funcionan habilidades como la empatía, lo que a su vez aumenta nuestra capacidad para ponerla al servicio del proceso terapéutico. Considero que su operativización desde el marco del AFC permite responder a este objetivo.

La descripción de la empatía en términos conductuales y observables acerca la habilidad al plano de la experiencia, facilitando así su evaluación y su medición. Desde el AFC, la empatía se considera una etiqueta que resume un conjunto de respuestas manifiestas y/o encubiertas que pueden analizarse funcionalmente en términos de condicionamiento clásico y operante. Se concibe como una habilidad de morfología flexible y función definida que ponemos en práctica constantemente en nuestro día a día. Esto hace que su entrenamiento deba ir más allá del ámbito académico y formal, abarcando formaciones y programas de práctica deliberada estructurados y centrados en la habilidad, pero también el trabajo personal de autoconocimiento y la interacción en contextos y con personas diversas. Su utilización debe ser intencional y estar supeditada a las necesidades del usuario y a los objetivos del tratamiento.

Considero que todo modelo y todo trabajo tiene limitaciones, y el Análisis Funcional de la Conducta no es la excepción. Una crítica que es relevante hacer es que la utilización del AFC en contextos aplicados puede ser complicada debido a la imposibilidad de analizar las secuencias conductuales con el nivel de control que exige el análisis experimental. Aunque todo AFC en contextos aplicados quedará siempre en terreno de lo hipotético, también es importante señalar que se han desarrollado estrategias que permiten estudiar la relación funcional entre variables con un grado de control y exhaustividad adecuados (el AFC indirecto a través de entrevistas, la observación sistemática o la manipulación experimental a través de diseños A-B-A). Como señala Skinner (1953):

La misión del estudio científico es permitirnos utilizar óptimamente el control que poseemos. (...) Puesto que una ciencia de la conducta continuará incrementado el uso eficaz de este control, es ahora más importante que nunca comprender los procesos implicados en ello para afrontar los problemas que con toda certeza surgirán. (p. 39-40)

7. Bibliografía

Anderson, T., Ogles, B. M., Patterson, C. L., Lambert, M. J., & Vermeersch, D. A. (2009).

Therapist effects: facilitative interpersonal skills as a predictor of therapist success. *Journal of Clinical Psychology*, *65*(7), 755–768.

<https://doi.org/10.1002/jclp.20583>

APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *The American Psychologist*, *61*(4), 271–285.

<https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271>

Baldwin, S. A., & Imel, Z. E. (2013). Therapist effects: Findings and methods. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed., pp. 258–297). Wiley.

Barkham, M., Lutz, W., Lambert, M. J. & Saxon, D. (2017). Therapist effects, effective therapists, and the law of variability. In L. G. Castonguay y C. E. Hill (Eds.), *How and why are some therapists better than others? Understanding therapist effects* (pp. 13-36). American Psychological Association.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., y Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión* (19a ed.). Desclée de Brouwer. (Trabajo original publicado en 1979).

Beck, J. S. (2020). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (3a ed.). Guilford Press.

Castonguay, L. G., & Hill, C. E. (Eds.). (2017). *How and why are some therapists better than others? Understanding therapist effects*. American Psychological Association.

Cooper, M., O'Hara, M., & Schmid, P. F. (2013). *The handbook of person-centred psychotherapy and counselling* (2a ed.). Macmillan Education.

De Pascual-Verdú, R., Gálvez, E., Serrador, C., Gyran, T. y Froxán, M. X., (2020).

Análisis funcional de términos psicológicos. En M. X. Froxán (coord.) *Análisis funcional de la conducta humana: Concepto, metodología y aplicaciones* (pp. 127-157). Pirámide.

- Eagle, M., & Wolitzky, D. L. (1997). Empathy: A psychoanalytic perspective. In A. C. Bohart & L. S. Greenberg (Eds.), *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy* (pp. 217–244). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10226-009>
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Greenberg, L. S. (2011). Empathy. *Psychotherapy*, 48(1), 43–49. <https://doi.org/10.1037/a0022187>
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Murphy, D. (2019). Empathy. In J. C. Norcross, & M. J. Lambert (Eds.), *Psychotherapy Relationships that Work: Volume 1: Evidence-Based Therapist Contributions* (3a ed.) (pp. 245-287). Oxford University Press.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Carol Publishing Corporation.
- Freire, E. S. (2013). Empathy. In M. Cooper, M. O'Hara & P. F. Schmid (Eds.), *The handbook of person-centred psychotherapy and counselling* (2a ed.). Macmillan Education.
- Freud, S. (1912). The dynamics of transference. In J. Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*. (vol. 12, pp. 97-108). Hogarth Press.
- Freud, S. (1913). On beginning the treatment. In J. Strachey, *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (vol. 12, pp. 123-144). Hogarth Press.
- Freud, S. (1915). *Lo inconsciente*. Escuela de Filosofía Universidad ARCIS. <https://www.philosophia.cl/biblioteca/freud/1915%20Lo%20inconsciente.pdf>
- Freud, S. (1922). Beyond the pleasure principle. In J. Strachey (Ed.) *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*, (vol. 18, pp. 1-64). Hogarth Press.
- Freud, S. (2012). *El yo y el ello*. Alianza Editorial. (Trabajo original publicado en 1923).

- Froján, M. X. (2011). Introducción: ¿Por qué funcionan los tratamientos psicológicos? *Clínica y salud*, 22(3), 201–204. <https://doi.org/10.5093/cl2011v22n3a1>
- Froxán, M. X. (2020). *Análisis funcional de la conducta humana: Concepto, metodología y aplicaciones*. Pirámide.
- Froxán, M. X., Andrés, N., Estal, V., Pereira, G. y Trujillo, C. (2020). Desarrollo del análisis funcional de la conducta humana en contextos naturales. En M. X. Froxán (coord.) *Análisis funcional de la conducta humana: Concepto, metodología y aplicaciones* (pp. 81-123). Pirámide.
- Froxán, M. X., y Estal, V. (2022). Procesos de condicionamiento clásico y operante en la interacción verbal en terapia. En R. González-Terrazas y M. Colombo (Coords.), *Análisis de la conducta: Teoría y aplicaciones clínicas* (pp. 275-296). Psara Ediciones.
- González-Terrazas, R. y Colombo, M. (2022). *Análisis de la conducta. Teoría y aplicaciones clínicas*. Psara Ediciones.
- Gyran, T. (2022). La empatía desde el análisis de conducta. En R. González-Terrazas y M. Colombo (Coords.), *Análisis de la conducta: Teoría y aplicaciones clínicas* (pp. 103-122). Psara Ediciones.
- Kaluzeviciute, G. (2020). The role of empathy in psychoanalytic psychotherapy: A historical exploration. *Cogent Psychology*, 7(1), 1748792. <https://doi.org/10.1080/23311908.2020.1748792>
- Kiesler, D. J. (1966). Some myths of psychotherapy research and the search for a paradigm. *Psychological Bulletin*, 65(2), 110–136. <https://doi.org/10.1037/h0022911>
- Kohut, H. (2010). On Empathy. *International Journal of Psychoanalytic Self Psychology*, 5(2), 122-131. <http://dx.doi.org/10.1080/15551021003610026> (Trabajo original publicado en 1981)
- MacIsaac, D. S. (1997). Empathy: Heinz Kohut's contribution. In A. C. Bohart & L. S. Greenberg (Eds.), *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy* (pp. 245–264). American Psychological Association. <http://dx.doi.org/10.1037/10226-010>

- Marinho, M. L., Caballo, V. y Silveira, J. (2003). Cuestiones olvidadas en la terapia conductual: las habilidades del terapeuta. *Psicología Conductual*, 11(1), 135-161.
- Mateu, C., Campillo, C., González, R., & Gómez, O. (2010). La empatía psicoterapéutica y su evaluación: una revisión. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 15(1)-18. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.15.num.1.2010.4081>
- Norcross, J. C. (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. Oxford University Press.
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (Eds.). (2019). *Psychotherapy Relationships that Work: Volume 1: Evidence-Based Therapist Contributions* (3a ed.). Oxford University Press.
- Núñez de Prado-Gordillo, M., Abalo-Rodríguez, I., Estal, V., y Froxán, M. X. (2020). Cuestiones filosóficas en torno al análisis de la conducta. En M. X. Froxán (coord.) *Análisis funcional de la conducta humana: Concepto, metodología y aplicaciones* (pp. 53-80). Pirámide.
- Okiishi, J. C., Lambert, M. J., Eggett, D., Nielsen, L., Dayton, D. D. & Vermeersch, D. A. (2006). An analysis of therapist treatment effects: Toward providing feedback to individual therapists on their clients' psychotherapy outcome. *Journal of Clinical Psychology*, 62(9), 1157-1172. <https://doi.org/10.1002/jclp.20272>
- Ornstein, P. H. (2011). The centrality of empathy in psychoanalysis. *Psychoanalytic Inquiry*, 31(5), 437-447. <https://doi.org/10.1080/07351690.2011.552047>
- Prado-Abril, J., Gimeno-Peón, A., Inchausti, F. y Sánchez-Reales, S. (2019). Pericia, efectos del terapeuta y práctica deliberada: el ciclo de la excelencia. *Papeles del Psicólogo*, 40(2), 89-100. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2019.2888>
- Rocha, M. (2022). Análisis funcional de la conducta. En R. González-Terrazas y M. Colombo (Coords.), *Análisis de la conducta: Teoría y aplicaciones clínicas* (pp. 67-102). Psara Ediciones.
- Rogers, C. (1951). *Client-centred therapy*. Houghton Mifflin.

- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95–103.
<https://doi.org/10.1037/h0045357>
- Rogers, C. R. (1959). A Theory of Therapy, Personality, and Interpersonal Relationships: As Developed in the Client-Centered Framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology: A Study of a Science. Formulations of the Person and the Social Context* (Vol. 3, pp. 184-256). McGraw Hill.
- Rogers, C. R. (1980). The basic conditions of the facilitative therapeutic relationship. In M. Cooper, M. O'Hara & P. F. Schmid (Eds.), *The handbook of person-centred psychotherapy and counselling* (2a ed., pp. 24-29). Macmillan Education.
- Rousmaniere, T. (2016). *Deliberate practice for psychotherapists: A guide to improving clinical effectiveness*. Routledge.
- Ricks, D. F. (1974). Supershrink: Methods of a therapist judged successful on the basis of adult outcomes of adolescent patients. In D. F. Ricks, M. Roff, & A. Thomas (Eds.), *Life history research in psychopathology* (Vol. 3, pp. 275–297). University of Minnesota Press.
- Skinner, B. F. (1953) *Ciencia y conducta humana*. Editorial Fontanella.
- Skinner, B. F. (1974) *About behaviorism*. Knopf.
- Thwaites, R., & Bennett-Levy, J. (2007). Conceptualizing empathy in cognitive behaviour therapy: Making the implicit explicit. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 35(5), 591–612. <https://doi.org/10.1017/s1352465807003785>
- Trop, J. L., & Stolorow, R. D. (1997). Therapeutic empathy: an intersubjective perspective. In A. C. Bohart & L. S. Greenberg (Eds.), *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy* (pp. 279–291). American Psychological Association. <http://dx.doi.org/10.1037/10226-012>
- Walsh, L. M., Roddy, M. K., Scott, K., Lewis, C. C., & Jensen-Doss, A. (2018). A meta-analysis of the effect of therapist experience on outcomes for clients with internalizing disorders. *Psychotherapy Research: Journal of the Society for*

Psychotherapy Research, 29(7), 846–859.

<https://doi.org/10.1080/10503307.2018.1469802>

Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*.
Routledge.

Wampold, B. E., & Brown, G. S. (2005). Estimating variability in outcomes attributable to therapists: A naturalistic study of outcomes in managed care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(5), 914–923. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.73.5.914>

Anexo I. Características principales de la conducta respondiente y operante

Tipo de conducta	Esquema básico	Principales características	
Conducta respondiente	EI → RI	Denominado reflejo simple o incondicionado (RI). Por su valor para la supervivencia, se han seleccionado filogenéticamente y forman parte del repertorio innato del organismo. <i>Ej.: Arañazo (EI) → Dolor, ↑ ritmo cardíaco (RI)</i>	Morfológicamente, tanto el reflejo condicionado como el incondicionado son respuestas reflejas emocionales o fisiológicas. Ambos son elicitados de forma automática por la aparición de la estimulación antecedente (EI o EC), e implican secuencias conductuales de dos términos (EI o EC y RI o RC).
	EN – EI → RI ... <i>n</i> veces ... [EC → RC]	Denominado reflejo condicionado (RC). Se adquiere por condicionamiento clásico, donde un estímulo (EN) adquiere la capacidad de elicitar una respuesta que ya estaba en el repertorio del individuo (RI) debido a su asociación contingente con otro estímulo (EI) con capacidad elicitoria de dicha respuesta. <i>Ej.: Gato (EN) – Arañazo (EI) → Dolor, ↑ ritmo cardíaco (RI); Gato (EC) → Miedo, ↑ ritmo cardíaco (RC)</i>	
Conducta operante	E ^d – R – C	Adquirida por condicionamiento operante, involucra secuencias conductuales de tres términos (E ^d , R y C) donde se aprende a emitir una respuesta nueva (R) ante determinados antecedentes (E ^d), en base a las consecuencias experimentadas anteriormente (C). Dichas consecuencias pueden aumentar (refuerzos, C ⁺) o disminuir (castigos, C ⁻) la probabilidad de emitir la respuesta. La estimulación antecedente marca la disponibilidad (E ^{d+}) o no (E ^{d-}) de dichos consecuentes. <i>Ej.: Gato (E^{d+}) → Acariciar (R) → Arañazo (C⁻)</i>	Morfológicamente son respuestas no reflejas, motoras o verbales. A diferencia de la conducta respondiente, la conducta operante es evocada, no elicitada, por sus antecedentes; las conductas operantes están determinadas por muchos factores, lo que permite gran variabilidad en la emisión de la respuesta. El estímulo discriminativo no provoca una respuesta, sino que altera su probabilidad de emisión.

Nota: Elaboración propia a partir de Rocha (2022) y Skinner (1953)