



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

Trabajo Fin de Grado

Revisión sistemática sobre la eficacia de la Psicoterapia Analítico Funcional

Alumno/a: Beatriz García Morejudo

Tutor/a: Miguel Rodríguez Valverde
**Dpto.: Psicología, Área de Personalidad,
Evaluación y Tratamiento Psicológico**

Mayo, 2020

AGRADECIMIENTOS

No me gustaría poner punto y final a estos maravillosos años como estudiante de psicología sin dedicar unas palabras en mi último proyecto del grado.

A mis padres, Lucía y Feliciano, por haberme dado la oportunidad de realizar mi más ansiado sueño. Gracias por vuestro amor incondicional.

A mi hermana, Laura, por ser mi confidente en la distancia, y dejarme ser su faro cuando se ha sentido perdida. Gracias por la admiración que siempre refieres hacia a mí. Estoy segura, que hagas lo hagas, seas lo que seas, serás excelente en ello.

A Marta, por su infinita paciencia con mi locura con la psicología, y a pesar de ello, no dejar de alimentarla. Gracias por estar a mi lado.

A Lourdes Espinosa, y Beatriz López, profesoras maravillosas que han confiado en mí, y me han ayudado siempre que lo he necesitado. Gracias por transmitirme vuestro amor por la psicología, y hacia las personas.

Y, por último, a mi tutor, Miguel, porque en época de pandemia ha estado al otro lado del correo cuando lo he necesitado. Gracias por enseñarme con tacto y paciencia. Mi admiración hacia tus conocimientos sobre psicología y análisis de conducta.

ÍNDICE

	Página
Agradecimientos.....	2
Índice.....	3
Resumen.....	5
1. Introducción.....	6
2. Historia de la Psicoterapia Analítico Funcional.....	7
2.1 Naturaleza contextual.....	8
2.1.1 Contextualismo Funcional.....	8
2.2 Fundamentos de FAP.....	10
2.2.1 Conductas clínicamente relevantes.....	10
2.2.2 Reglas terapéuticas.....	12
2.3 Conducta verbal.....	14
2.3.1 Operantes verbales.....	15
2.4 Habilidades del terapeuta FAP.....	18
3. Revisión sistemática.....	18
3.1 Estrategia de búsqueda.....	18
3.2 Procedimiento de selección de estudios.....	19
3.3 Análisis de los estudios.....	20

3.4 Resultados.....	31
3.5 Discusión.....	33
REFERENCIAS.....	34

Revisión sistemática sobre la eficacia de la Psicoterapia Analítico Funcional

Beatriz García Morejudo

Resumen

La Psicoterapia Analítico Funcional es una terapia de base conductual-contextual, que pone especial énfasis en la relación terapeuta-cliente como clave para conseguir el cambio, empleando el análisis funcional de la conducta verbal, así como sus fundamentos más importantes: las conductas clínicas relevantes y las reglas terapéuticas. El presente trabajo expone una revisión sistemática de los estudios empíricos que se han llevado a cabo con FAP, con el fin de concluir si FAP puede ser una terapia eficaz. El total de estudios seleccionados (n=20) han sido clasificados según el tipo de estudio: estudios aleatorizados, estudios de caso y estudios de procesos. Se ha podido concluir que hay un mayor número de estudios de casos, y que FAP se muestra efectiva, sobre todo cuando aparece en compañía de otra terapia de base conductual.

Palabras clave: Psicoterapia Analítico Funcional, conducta verbal, estudios de casos, relación terapeuta-cliente.

Abstract

Functional Analytic Psychotherapy is a behavioral-contextual based therapy wich places special emphasis on the therapist-client relationship as the key to achieving change, using functional analysis of verbal behavior, as well as its most important basics: clinically relevant behaviors and therapeutic rules. We therefore explain empirical studies that have been carried out wich FAP in order to conclude if this can be an effective therapy. The total of selected studies (n=20) have been clasiffied according to the type os studiy: randomized studies, case studies and process studies. According to this work there are a greater number of case studies and FAP is effective, especially when it appears in conjunction with other behaviorally based therapy.

Keywords: Functional Analytic Psychotherapy, verbal behavior, case studys, therapist-client relationship.

1. Introducción

Vivimos en un momento donde la eficacia de los tratamientos y terapias en psicología se miran con lupa, exigiendo la mayor de las evidencias en general, y lo mejor para cada paciente en particular. Es por ello que necesitamos investigar sobre el terreno para conocer cuál es la forma de proceder de las terapias y su uso, cómo poder formarse en ellas y su evidencia empírica.

Durante cuatro años nos forman en diversas técnicas, teorías y psicoterapias, desde vertientes psicoanalíticas hasta las más conductuales, pasando por las terapias cognitiva, humanista, gestáltica y sistémica. Creo que es necesario tener un conocimiento sobre cada una de ellas, aunque no nos identifiquemos con la mayoría. Tener un conocimiento sobre la historia de la psicología es necesario para nuestra formación en cualquiera de los enfoques. En mi caso, el conductismo y su filosofía, su evidencia científica y sus estudios contrastados, es la vertiente de psicoterapia en la que pretendo formarme y crecer como futura psicóloga, ofreciendo intervenciones y tratamientos ampliamente contrastados y validados empíricamente.

Las terapias de tercera generación y terapias contextuales gozan actualmente de un auge ganado a pulso con su más que amplio bagaje científico, donde no se contempla la conducta de la persona sin la interacción de su organismo con el ambiente, su historia de aprendizaje, su contexto socio-verbal, y por supuesto, su sistema de contingencias actual. Elegí a conciencia esta rama de investigación por mi escaso conocimiento sobre terapias contextuales, pero mi gran interés en formarme en ellas. Pero mi inclinación final por la Psicoterapia Analítico Funcional viene dada por el regalo que me hizo mi hermana del libro “Tratando con... Psicoterapia Analítico Funcional” de Luis Valero y Rafael Ferro (2018), del cual haré varias reseñas a lo largo del desarrollo del presente trabajo.

De acuerdo con Fernández y Ferro (2006) “la Psicoterapia Analítico-Funcional se basa en los principios de la filosofía conductual radical y el análisis de la conducta clínica, y forma parte de las terapias contextuales de la conducta” (p.203). La FAP trabaja la modificación de conducta en pleno contexto terapéutico, basándose en sus fundamentos, como si de una columna vertebral se tratase: las conductas clínicamente relevantes y las reglas terapéuticas, estudiando el momento a momento en sesión, para lograr el cambio dentro de la misma, con el objetivo de buscar la generalización al día a día de la persona.

A primera vista, puede parecer una terapia con unas directrices claras, pero cuando me dispuse a indagar para profundizar en sus fundamentos y reglas, no me pareció tan sencilla de seguir, ya que requiere tener buenos conocimientos en modificación de conducta, además de

una gran experiencia en el trabajo del momento a momento en terapia, siendo capaz de separar “el grano de la paja”, haciéndola complicada a la hora de llevarla a la práctica.

Es por ello que este trabajo fin de grado va destinado a justificar el uso de la Psicoterapia Analítico Funcional en diferentes problemáticas psicológicas, mediante una revisión sistemática de la literatura hasta el momento. Para ello dividiré el trabajo en dos partes: la primera de ellas introduciré la FAP y su historia, pasando por sus fundamentos y reglas terapéuticas. La segunda parte irá destinada a la propia revisión sistemática, para la que se realizará una búsqueda de evidencia empírica clasificada según el tipo de estudio: estudios controlados aleatorizados, estudios de caso único y estudios de proceso.

2. Historia de la Psicoterapia Analítico Funcional

En 1987, Mavis Tsai y Robert J. Kohlenberg presentan FAP, una terapia de base conductista radical centrada en el análisis funcional de Skinner (1957), siendo considerados los grandes artífices de esta psicoterapia. La FAP se centraría así en estudiar el análisis funcional de la persona durante la sesión, observando las contingencias que se suceden, la equivalencia que puede existir con la vida del sujeto fuera de consulta y propiciando un reforzamiento natural de aquellas conductas, que siendo funcionales para el sujeto, queremos moldear y que se generalicen a su día a día (Kohlenberg y Tsai, 1991, 1994a, 1995).

Fue para mí una sorpresa, cuando al revisar la literatura encontré que comparte principios filosóficos junto a la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes, 1987), encuadrándose dentro del movimiento de Análisis de la Conducta Clínica (Dougher y Hayes, 2000; Hayes y Bissett, 2000; Kohlenberg, Bolling, Kanter y Parker, 2002; Kohlenberg, Tsai y Dougher, 1993), siendo ambas terapias de tercera generación junto a la Activación Conductual y la Terapia Integral de Pareja (Mulick, Landes y Kanter, 2005).

Es por tanto que FAP se vale del uso del lenguaje como herramienta terapéutica, ateniéndose a las leyes y principios que este sigue. Es Skinner (1957) en su libro *Verbal Behaviour*, quien expone el análisis funcional de la conducta verbal como herramienta para el manejo y control de la conducta a través del lenguaje. Es desde aquí donde Kohlenberg y Tsai exponen FAP, permitiendo trasladar a consulta los principios del aprendizaje.

Al igual que muchas otras psicoterapias, FAP ha sufrido cambios desde sus inicios. Autores como Kanter y Callaghan (2017) defienden una FAP más social e interpersonal, trabajando así en la actualidad junto a los autores originales, Tsai y Kohlenberg (2019), le han dado un giro a la terapia, poniendo todo el protagonismo en la relación terapéutica y habilidades que ha de tener el terapeuta, para propiciar una alianza que nos lleve a conseguir

el mayor cambio en el sujeto mediante un amor incondicional, formulando la hipótesis de la relación entre terapeuta y cliente como factor determinante para el cambio. Actualmente, el enfoque que le dan a FAP, es un modelo basado en la función que tiene el terapeuta en sesión, de ahí el nombre del libro *Conciencia, coraje, amor y conductismo* (Holman, Kanter, Tsai y Kohlenberg, 2017), donde afirman que el cambio se obtiene en momentos de mayor intimidad, donde se corren riesgos, se es cercano y amable, se tiene coraje y amor incondicional.

Los autores españoles Valero y Ferro (2015) trabajan hasta nuestros días por la FAP de los inicios, haciendo énfasis en las variables contextuales del individuo y en los principios que operan verbalmente de la relación terapéutica descritos por Skinner en *Verbal Behavior* (1957). Si bien es cierto, en el libro *Tratando con... Psicoterapia Analítico Funcional* de Valero y Ferro (2018), hacen mención a las habilidades clínicas y personales del terapeuta FAP, donde ellos mismos reconocen que “desde un punto de vista conductista radical, resulta un reto escribir sobre las habilidades personales de un terapeuta.” (Valero & Ferro, 2018, p.119).

A partir de aquí desarrollaré la FAP en la que se centran Valero y Ferro, más cercana a la descripción original, y sus fundamentos más importantes.

2.1 Naturaleza contextual

2.1.1 Contextualismo funcional

FAP es una terapia cuya base es el conductismo radical, y que se adscribe al contextualismo funcional, dos teorías que forman parte del pragmatismo filosófico. El pragmatismo filosófico (1870), es una corriente que se inicia en Estados Unidos, de la mano de C. S. Peirce, la cual se centra en cuáles son las verdades que funcionan, buscando una finalidad analítica (esto es, recupera la parte científica que nos permite hacer un análisis empírico, predictivo y obtener un conocimiento que pueda ser aplicable), más que aquellas verdades absolutas, que lejos de existir o no, no nos proporcionan una utilidad (Barrena, 2014). Por lo tanto, considera que, algo será cierto en tanto que nos sirva o funcione.

El contextualismo es descrito por Stephen C. Pepper en su libro *World Hypotheses: a study in evidence* (1942), en el cual expone cuatro “visiones del mundo”: formismo, mecanicismo, organicismo y contextualismo; para cada una de las cuales subyace una metáfora raíz y un criterio de verdad (Biglan y Hayes, 2016, p.44). Dedicándonos al contextualismo, su metáfora raíz es el “acto en contexto”, que nos permite entender el comportamiento como algo inseparable del contexto en el que se da. Por otra parte, el criterio

de verdad propone aquellas verdades que nos son útiles y que nos llevan a conseguir un objetivo, dicho de otra forma, en qué medida lo que formulamos funciona para obtener lo que queremos.

Podemos ver cómo el contextualismo funcional es una variante de la filosofía pragmática o el contextualismo (Hayes, Hayes, Reese, & Sarbin, 1993), en la que Steven C. Hayes, Linda J. Hayes y Edward Morris han sido los principales artífices. El principal objetivo del contextualismo funcional es la predicción y la influencia del comportamiento de los individuos (Biglan y Hayes, 2016, p.41), más concretamente la identificación de las variables que demuestran que influyen en dicho comportamiento.

Es por eso que desde la perspectiva conductual-contextual, no podemos saber qué comportamientos son funcionales y cuáles no, sin conocer a la persona como organismo biológico, capaz de realizar una conducta y cómo el contexto afecta a éste, pudiendo llegar a alterarlo.

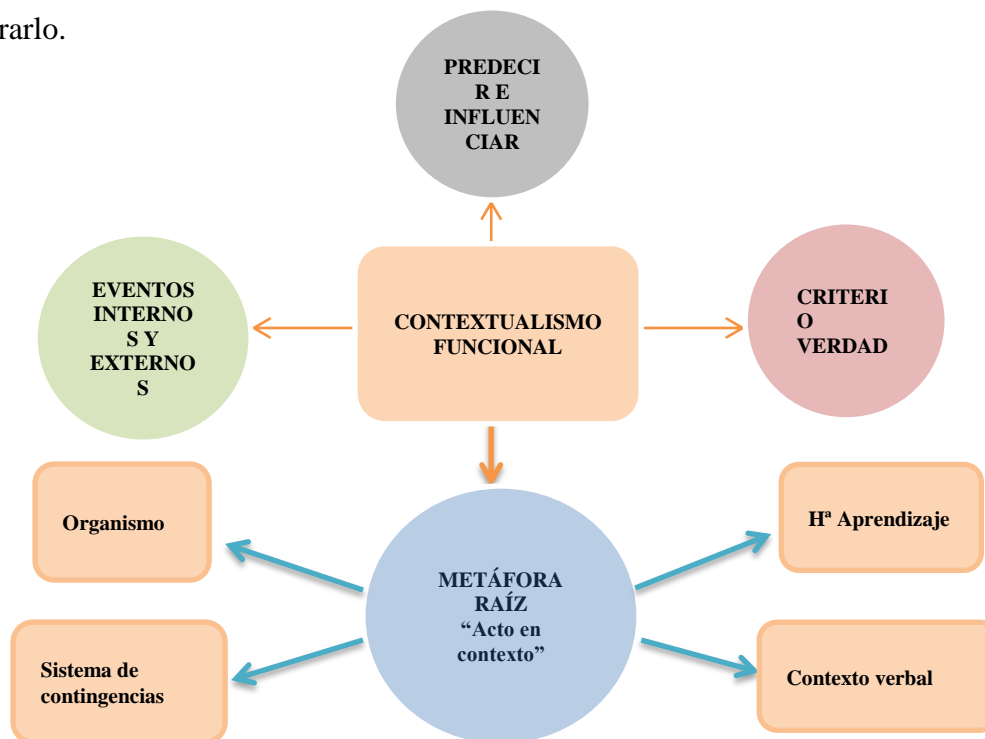


Figura 1. Esquema del contextualismo funcional realizado a partir de Hayes, Hayes, Rees y Sarbin, (1993).

Desde FAP se considera que este conjunto de interacciones que trae una persona en forma de problema, se reproducen en plena sesión, siendo el terapeuta un agente que puede reproducir tales contingencias emulando a su contexto habitual, permitiendo realizar un análisis funcional del momento a momento, comprobando así las contingencias a las que responde la persona, y siendo a su vez la llave maestra para propiciar el cambio, un cambio que se busca que sea de vuelta, generalizado a su día a día.

2.2 Fundamentos de FAP

Lo primero que FAP considera que hay que hacer cuando una persona llega a consulta es considerar el comportamiento, lo que hace la persona y analizar si es relevante o no. Para ello hablaremos de las conductas clínicamente relevantes y las reglas terapéuticas a seguir.

2.2.1 Conductas clínicamente relevantes

Cada persona que acude a terapia es única e individual, así como su historia de aprendizaje y los problemas que la traen a consulta. Por lo tanto, conductas de mirar a los ojos y contestar asertivamente, pueden ser relevantes para unas personas, pero no para otras, e incluso dos personas que vengan juntas no presentan las mismas conductas relevantes. Hablamos por tanto de conductas que vemos, como no mirar a los ojos, moverse nervioso en la silla, esbozar una sonrisa, o contestar a las palabras del terapeuta; y conductas a las que no tenemos tan fácil acceso, como los pensamientos y emociones, considerándose todas ellas conductas que pueden ser relevantes para el motivo de consulta, y pudiendo llegar a ser problemáticas (Valero y Ferro, 2018, p.30).

Para todas ellas FAP analiza las *conductas clínicamente relevantes* (CCR) de manera constante. El terapeuta debe estar atento a las conductas de la persona, e interpretar aquellas que, en función de la historia del cliente y de la observación de la interacción en sesión, son funcionalmente equivalentes a las que se da en su día a día, siendo relevantes para el problema. Son tres las CCR específicas, CCR1, CCR2, CCR3 (Kholeberg y Tsai, 1991).

Las CCR1 son todos los comportamientos relevantes que son problemáticos, que reflejan el motivo de consulta, y que la persona quiere cambiar. Valero y Ferro (2018) afirman que “están bajo control aversivo, y suelen ser conductas de evitación.” (p.30). Así, una persona que acuda con conductas depresivas, nos dirá que se encuentra triste, sin interés por lo que le gustaba y falta de energía, pero además mostrará abatimiento, tristeza, será poco colaborador a la hora de hablar, y en definitiva, todas aquellas conductas en las que la persona se muestra deprimida ante el terapeuta. Al principio y en las primeras sesiones, son las CCR1 las conductas que más se van a dar, y que el terapeuta debe estar atento a ellas para reducir dichos comportamientos, y si fuese necesario, provocarlos, ya que tienen similitud funcional con las conductas de su vida diaria (Valero y Ferro, 2018, p.31). Tal y como veremos en el apartado de reglas terapéuticas, aquí el trabajo del terapeuta consiste en reducir dichas conductas problemáticas. Así por ejemplo, una persona que continuamente se queja sobre su físico buscará que atendamos sus quejas, como tal vez puedan ser reforzadas por su ambiente,

siendo necesario que el terapeuta extinga dichas quejas, cambiando de tema o no prestando atención cada vez que recurre a ellas.



Figura 2. Ejemplo de CCR1.

Las CCR2 son aquellas conductas pro-terapéuticas, considerándose un avance por parte del sujeto en sesión. Según Valero y Ferro (2018) son “todas aquellas conductas consideradas como positivas, adecuadas o adaptativas según los problemas que presente el cliente.” (p.32). Son las CCR2 las conductas que el terapeuta tiene que reforzar siendo contingente para lograr aumentarlas, ya que siendo incompatibles con las CCR1, nos sirven de reforzamiento diferencial.



Figura 3. Ejemplo de CCR2

Por último, las CCR3 serían las interpretaciones que el sujeto hace y que dan explicación a su problema. No nos sirve cualquier interpretación, necesitamos que la persona logre explicar el control sobre su propio comportamiento, de una manera útil, funcional. Mediante moldeamiento verbal, el clínico debe instigar y reforzar dichas CCR3, que al contrario que las CCR1, no se darán al inicio de la terapia, sino que irán aumentando a medida que se refuercen diferencialmente las CCR1 y CCR2.



Figura 4. Ejemplo CCR3

Una persona que acude a consulta con problemas de interacción social mostrará en sesión CCR1 de no mirar a los ojos. Podemos preguntarle si cuando habla con alguien también evita el contacto visual (discriminando conductas a las que debemos prestar atención). De esta forma, cuando la persona nos mire a los ojos mientras nos habla (CCR2), mostraremos interés en lo que cuenta, reforzando que realice contacto visual cada vez que

hable (estaremos reforzando CCR2). También podemos preguntarle cómo se ha sentido: “veo que, a pesar de tu timidez, me estás hablando mirándome a los ojos, ¿cómo te estás sintiendo?”. Para conseguir CCR3 podemos preguntarle a qué atribuye el cambio, cómo le sirve lo que hemos trabajado, y cómo puede llevar a su día a día lo que se ha trabajado en consulta.

2.2.2 Reglas terapéuticas

Si bien es cierto que FAP no tiene un manual al uso, sí se vale de cinco reglas terapéuticas que es necesario que el terapeuta conozca a modo de guía, que no son estrictas, ni siquiera es necesario seguirlas en orden, son más bien instrucciones que permiten al terapeuta especificar su conducta en sesión, siendo también posible seguirlas independientemente del modelo terapéutico que se use.

- **Regla 1. Observar posibles CCR1**

Se considera la principal regla que el terapeuta debe tener en cuenta, pues de su detección depende el desarrollo de la intervención. El terapeuta debe estar atento a las conductas verbales y no verbales que presente la persona (Valero y Ferro, 2018, p.36). Mediante la entrevista podremos recoger la información que nos sea necesaria, así como preguntar si lo que nos cuenta es lo mismo que lo que le pasa en su día a día, fuera de consulta, pudiendo ir separando lo que puede sernos relevante de lo que no. Esto nos sirve para poder actuar de manera contingente cuando las CCR se nos presenten.

De acuerdo con Valero y Ferro (2018): “el terapeuta va a cometer errores, se le pasarán muchas CCR1 que al principio no detecte, por eso la necesidad de desarrollar y entrenar esta habilidad” (p.36).

- **Regla 2. Evocar las CCR1 y propiciar las CCR2**

Como hemos comentado anteriormente, no todas las personas que llegan a consulta tienen las mismas CCR, aunque el problema a tratar pueda parecer que es el mismo. Es por eso por lo que vamos a emplear el lenguaje para propiciar operantes que nos ayuden a modificar las CCR1 (Valero y Ferro, 2018, p.37), y pedirle que haga ciertos ejercicios para intentar que la persona se comporte igual que en su contexto diario, donde se le pueden presentar estos problemas. Por ejemplo, podemos decirle a una persona con depresión que realice una tarea que, muy posiblemente, se niegue a hacer, o rompa a llorar (estaríamos propiciando las CCR1 de su contexto fuera de consulta); o a una persona con problemas para relacionarse, pedirle que mantenga el contacto ocular mientras nos cuenta algo íntimo.

Necesitamos propiciar situaciones incómodas en el paciente, pues solo así podremos modificar las CCR1.

Valero y Ferro (2018) exponen que “esto supone asumir riesgos, estar dispuesto a emocionarse o a mantener la calma según el caso, (...) tener las habilidades para improvisar y reaccionar adecuadamente de inmediato a los comportamientos del cliente cuando se evocan esos problemas en directo.” (p.38).

- **Regla 3. Reforzar las CCR2**

Reforzar las CCR2 nos permitirá realizar un reforzamiento diferencial, pudiendo así disminuir las CCR1. Aquí es conveniente pararnos a pensar en la forma en que reforzamos la conducta. De nada servirá si cuando realiza una CCR2 le decimos ¡muy bien! ¡lo has hecho genial! o le aplaudimos, puesto que, aparte de ser un reforzamiento infantil y poco profesional, en su contexto fuera de consulta nadie va a reforzar sus conductas de esa manera. Buscamos respuestas naturales, aquellas que no son forzadas ni planificadas, como sonreír espontáneamente sobre algo que ha dicho la persona, mantener contacto visual, estar atentos a lo que nos cuenta (Valero y Ferro, 2018, p. 38), y por supuesto, usar el lenguaje: preguntarle cómo se siente cuando ha tenido un comportamiento diferente en una situación que antes le propiciaba conductas poco funcionales. Esto propiciará un auto-reforzamiento, cuando la persona contacte con su propia satisfacción en aquellas situaciones de su entorno diario en las que no habrá nadie para reforzar su conducta.

- **Regla 4. Observar los cambios debidos al reforzamiento**

No es suficiente que forcemos y creamos diferencias entre conductas dadas por la persona, sino que hemos de sacar hipótesis y llevarlas a comprobación. Para ello podremos hacernos preguntas: ¿Estaré actuando como las personas de su contexto? Es importante también recibir feedback por parte del cliente para que podamos saber en qué nos estamos equivocando, aprender sobre nuestras propias habilidades, y ver si realmente estamos reforzando aquello que queremos reforzar, y si esos reforzadores son los necesarios o hay que cambiarlos (Valero y Ferro, 2018, p. 39). Todo esto es debido a la idiosincrasia que presenta cada persona que acude a consulta, con su historia de aprendizaje, su contexto particular, los actos verbales de los que se rodea, y el sistema de contingencias actuales que actúan manteniendo el problema.

- **Regla 5. Propiciar CCR3**

Con esta regla lo que se persigue es que la persona, por sí misma, sea capaz de encontrar explicaciones funcionales a su comportamiento. El terapeuta no proporciona tales explicaciones, pues no estaríamos logrando que la persona tome el control sobre su conducta, en presencia de determinados antecedentes y consecuentes, además de poder reforzar CCR1 que queremos extinguir. Un claro ejemplo sería que la persona nos diga que no sabe cómo mejorar la relación con su hijo, y nosotros le dijésemos cómo y qué tiene que hacer, siendo muy probable que no mejore dicha relación, ni aprenda cuales son las variables que median en el problema.

Una buena forma de conseguir interpretaciones funcionales por parte de la persona sería preguntándole a qué atribuye el cambio, cómo cree ella que puede llevarlo a su día a día, o incluso qué se ha hecho en sesión que le ha resultado útil. Con esto además perseguimos la generalización de dichas conductas a su contexto diario, que la persona logre realizar un análisis funcional extrapolado a su vida, logrando esa similitud a conductas que realiza fuera (Valero y Ferro, 2018, p.40).

2.3 Conducta verbal

Una vez que hemos hecho un repaso sobre los fundamentos de FAP para lograr que la persona consiga conductas más funcionales, es de importancia capital tratar la herramienta por excelencia de FAP: la conducta verbal.

Cuando hablamos de función nos estamos refiriendo a la consecuencia que tiene una respuesta, y cómo esa consecuencia influye en ella, “los hombres actúan en el mundo y lo cambian, y a su vez son cambiados por las consecuencias de sus actos” decía Skinner (1957, p.11). Es por ello que comentábamos anteriormente, para cambiar un comportamiento es necesario conocer la función que cumple y las variables que lo mantienen o extinguen, por eso incidimos en conocer la historia de aprendizaje de la persona.

No me gustaría pasar por aquí sin hablar de *Verbal Behavior* (Skinner, 1957), ya que, para mí, es una parte importante para que se pueda comprender lo que queremos decir cuando hablamos de conducta verbal. Es posiblemente el libro con más críticas debido a la revisión del mismo que realizó Chomsky (1959), el cual acusa a Skinner de llevarse el lenguaje a su parcela conductista, y estar completamente equivocado, puesto que, según Chomsky, el lenguaje no seguía las leyes de aprendizaje.

Skinner hipotetizaba que la mayor parte de nuestras conductas son operantes, distinguiendo dos tipos: una conducta que opera directamente sobre el entorno, y otra conducta que opera por medio de la conducta de otra persona (Peña-Correal y Robayo-Castro,

2007, p.655), siendo ésta última una conducta que no es efectiva *per se*, sino que tiene potencial en tanto que otra persona actúa. Skinner se referiría así a la conducta verbal como una conducta que es reforzada por la mediación del oyente, y cómo las consecuencias que fortalecen dicha conducta están mediadas por la acción de éste, que tiene una historia de condicionamiento que le permite comportarse de acuerdo con la conducta verbal del hablante.

Es por ello, que la conducta verbal forma parte del repertorio de variables que cumplen funciones, que nos permiten operar en nuestro ambiente. Un ejemplo sería cuando entramos en la cocina con las manos ocupadas y queremos encender la luz, podemos pedirle a alguien que le dé por nosotros (no teniendo el efecto intrínseco de encender la luz), siendo ésta una verbalización que opera, cumpliendo la función que perseguíamos, siempre y cuando alguien le dé al interruptor.

Para Skinner, la conducta verbal opera como medio para influir sobre el comportamiento de otra persona, es decir, dichas verbalizaciones cumplen una función. Es por ello que Skinner describió cinco tipos de operantes verbales, siendo clasificadas según su función, y que FAP recupera, siendo éstas herramientas esenciales que sirven al terapeuta para la realización del análisis funcional, ya que toda la terapia se desarrolla mediante el lenguaje.

2.3.1 Operantes verbales

- **Tactos**

Los tactos son una descripción de nuestra experiencia interna o externa, de acuerdo con Skinner (1957) “que hace tacto con el mundo físico” (p.96). Podríamos decir que cuando la persona nos cuenta su problema, está reproduciendo las emociones que tuvo en el momento que le ocurrió. Son de gran importancia, debido a que cada persona aprende a identificar sus emociones o eventos privados de forma diferente, ya que son reforzados por nuestro contexto, haciendo imprescindible la historia del sujeto (Valero y Ferro, 2018, p.79). Los tactos son un tipo de reforzamiento socialmente generalizado, según Valero y Ferro (2018) “es la correspondencia entre una palabra y el objeto que representa” (p.78), ya sea un objeto (una mesa), o una emoción (tristeza), por lo tanto, aprendemos a ponerle nombre a los objetos de nuestro entorno, y también aprendemos a denominar cómo y qué sentimos, según el antecedente concreto que se nos presente.

Es importante reparar aquí, hemos de tener en cuenta que el aprendizaje sobre eventos privados, no solo es distinto en cada persona, sino que además nos encontramos con emociones que han sido reforzadas o castigadas equivocadamente, encontrando personas que no saben describir cómo se sienten, o qué es lo que les pasa (Valero y Ferro, 2018, p.79). FAP

considera los tactos de especial relevancia, puesto que la persona se define a sí misma, trataremos de reforzar aquellos tactos que sean adecuados para la persona.

Un ejemplo de tacto y reforzamiento del mismo sería preguntar a la persona cómo se sintió cuando su pareja dejó la relación, cuyo tacto podría ser “muy triste”, el cual podríamos reforzar diciendo “entiendo”.

Como veremos más adelante, los tactos, aunque lo parezcan, no siempre lo son.

- **Mandos**

Los mandos son peticiones directas, que son reforzadas o extinguidas en función de la consecuencia. En terapia son aquellas peticiones que el cliente hace al terapeuta, como por ejemplo qué hacer frente a un problema, cómo abordar una situación, o cambiar la hora de sesión, pedir un informe, etc, (Valero y Ferro, 2018, p.80).

Sin embargo, no todos los mandos son peticiones como tal, en ocasiones el cliente los disfraza de tactos, haciendo descripciones, buscando realmente obtener una consecuencia. Estos son lo que llamamos *mandos disfrazados*, los cuales tienen una función distinta.

Ejemplo de mando sería preguntarle a la persona cómo puede ser más asertiva y contestarnos que no lo sabe y que quiere que la ayudemos, para lo cual podemos realizar una intervención. En cambio, un mando disfrazado sería que la persona nos diga que no sabe qué hacer cuando discute con su amiga, buscando que el terapeuta le diga qué tiene que hacer, existiendo un cambio en la función de lo que a primera vista puede parecer un mando. Es por ello que el terapeuta debe estar atento y poder distinguir las CCR1 que se presentan en forma de mandos disfrazados, evitando así reforzar CCR1 o que se le escapen y sean importantes, para ello debe tener en cuenta cuál es la verdadera función que tiene el tacto o mando que se presenta.

- **Intraverbales**

Valero y Ferro (2018) afirman que “son aquellas conductas verbales controladas a su vez por otras conductas verbales del interlocutor, y mantenidas por las consecuencias reforzantes de éste” (p.81). Podría ser una charla cotidiana con amigos, donde no hay contenido emocional alguno. La mayor parte del lenguaje del terapeuta en sesión son intraverbales, en su mayoría con forma de pregunta, que son continuamente reforzadas por las consecuencias que le siguen (Valero y Ferro, 2018, p.81). Es importante tener en cuenta cómo se realiza el antecedente verbal, la forma de realizar la pregunta, pues en muchas ocasiones se utilizarán intraverbales para generar CCR1, como por ejemplo, evitaciones que realiza la persona, o hacer que pueda reflexionar sobre algún aspecto (Valero y Ferro, 2018, p. 82).

Un ejemplo de intraverbal sería cuando le decimos a la persona que se encuentra en la sala de espera que ya puede pasar a la consulta y nos contesta ¿ya?, y contestamos “sí”.

- **Autoclíticas**

Las autoclíticas son correcciones que hace el cliente sobre lo que él mismo acaba de decir. En palabras de Valero y Ferro (2018) “se trata de las respuestas autorreferidas del lenguaje, es decir, cuando el individuo cambia, corrige o perfecciona a manera de autoedición su propio lenguaje” (p.82). Un ejemplo de autoclítica sería cuando le preguntamos cómo se sintió al ser engañada por su pareja y nos contesta que decepcionada, pero que tampoco le importó tanto, existiendo una incongruencia a la que el terapeuta debe estar atento y ha de hacérsela ver.

Skinner (1957) clasificó varios tipos de autoclíticas: de descripción, de clasificación, de cuantificación y de manipulación de dicha respuesta verbal. Según Valero y Ferro (2018) las autoclíticas “producen cambios de probabilidad en las respuestas del individuo, cuya función va a estar reforzada por el interlocutor, pero también autorreforzadas por la nueva respuesta generada” (p.83). Estaríamos hablando de los cambios en la probabilidad de que la persona lleve a cabo una determinada conducta según en qué términos se exprese, por lo que el terapeuta ha de estar atento, y reforzar aquellas que sean más probable que ocurran fuera de sesión (Valero y Ferro, 2018, p.83).

- **Ecoicas**

Las ecoicas son una conducta verbal de imitación, es decir, repeticiones que realiza la persona sobre aquello que ha dicho el terapeuta. Este comportamiento lo podemos ver muy a menudo en los niños, repiten todo lo que oyen, sin tener muchas veces conocimiento sobre aquello que repiten. Pues algo parecido puede pasar en sesión si dejamos que la persona repita como un loro todo lo que nosotros decimos, puede parecer que se soluciona el problema, pero realmente no está entendiendo nada y se limita a reforzar lo que el terapeuta quiere oír. Por eso es necesario comprobar que entiende todo lo que decimos y que realmente se está llevando a cabo un aprendizaje (con preguntas del tipo ¿qué has aprendido?), y utilizar un lenguaje que no sea técnico, buscamos que la persona explique las CCR3 con sus propias palabras, y que sepa realizar un análisis funcional de las conductas que tiene en su día a día (Valero y Ferro, 2018, p.78). En caso de que veamos que no ha entendido lo que hemos explicado, tendremos que extinguir ecoicas y reforzar tactos, de forma que la persona pueda ir construyendo su propio análisis funcional.

2.4 Habilidades del terapeuta FAP

Si bien es cierto que para ejercer como psicoterapeuta se han de desarrollar unas habilidades clínicas y personales necesarias, dentro de FAP Kohlenberg y Tsai (1991) junto con Kanter (2009) y Holman y Loudon (2012) elaboran tres funciones necesarias que ha de desarrollar el terapeuta FAP para lograr un buen ejercicio de la propia FAP (Valero y Ferro, 2018).

Según Valero y Ferro (2018) “la primera función es que el terapeuta provoque o elicitte conductas en el cliente” (p.93), es decir, conductas de tipo emocional que la persona puede expresar al ver al terapeuta (sonrojarse), o cuando éste le hace una pregunta (por ejemplo, sobre la muerte de un familiar y éste echar a llorar). Son respuestas que estarían bajo condicionamiento clásico.

Como segunda función Valero y Ferro (2018) exponen que “el terapeuta evoque conductas en el cliente” (p.94), esto es, llevar a cabo la regla 2 que mencionábamos anteriormente. Dichas conductas están bajo control operante (por ejemplo coger una llamada en mitad de la sesión o llegar tarde a la misma), como las que la persona tiene en su día a día y que nos son de gran utilidad para realizar el análisis funcional.

Valero y Ferro (2018) se refieren a la tercera función como “las consecuencias que aplica el terapeuta como cualquier persona que se relaciona con otra” (p.94). Estaríamos hablando de los habituales refuerzos o extinciones (como prestar atención solo si nos mira a los ojos, cuando esa persona siente vergüenza al hacerlo) que se el terapeuta llevará a cabo con el objetivo de aumentar las CCR2 y poder disminuir o eliminar las CCR1.

Una vez introducida la terapia, procedemos a realizar una revisión sobre los estudios empíricos que se han llevado a cabo con FAP, y que nos van a permitir extraer conclusiones sobre su eficacia.

3. Revisión sistemática

Después de hacer un breve repaso por los principios terapéuticos de FAP, nos disponemos a hacer una revisión sobre la literatura disponible, que nos ayude a concluir la eficacia de la misma.

A continuación se expone cómo se ha llevado a cabo la búsqueda, cuáles han sido los criterios a seguir, la selección de los estudios, el análisis de los resultados y la conclusión final.

3.1 Estrategia de búsqueda

Para llevar a cabo dicha revisión de la literatura, he decidido realizar una búsqueda de los estudios que se han llevado a cabo con FAP, siendo el principal criterio de inclusión que sean estudios empíricos, organizados estos según el tipo de estudio: estudios aleatorizados, estudios de caso y estudios de proceso. Estudiar la evidencia de FAP según esta clasificación nos permitirá saber más acerca de ella y de sus posibles limitaciones, si las hubiere.

Para lograr que la búsqueda se ajustase al objetivo, además de la clasificación de estudios, se han seguido los siguientes criterios de inclusión: que el idioma sea inglés, español y portugués, y cuya fecha de publicación se halle entre 1990 y 2020.

La búsqueda realizada se ha llevado a cabo en tres bases de datos: PsycInfo, PsycArticles y Dialnet Plus. En Dialnet Plus se realiza una sola búsqueda, escribiendo en inglés las palabras clave “Functional Analytic Psychotherapy”, introduciendo como límite adicional la fecha y los idiomas de inclusión, obteniendo una búsqueda de 26 artículos, de los cuales 10 cumplen criterios. De forma distinta, y debido al ingente volumen de estudios que arrojaba PsycInfo y PsycArticles, decidí realizar tres búsquedas distintas en cada base de datos, con las siguientes palabras clave en inglés: “Functional Analytic Psychotherapy” AND “case study”, “Functional Analytic Psychotherapy” AND “micro-process”, y por último, “Functional Analytic Psychotherapy” AND “randomized controlled”.

3.2 Procedimiento de selección de estudios

En el siguiente diagrama de flujo (Figura 5) se detalla la búsqueda en cada base de datos y el proceso de cribado que se ha llevado a cabo, así como los estudios totales arrojados, y los seleccionados con los que finalmente trabajaremos.

Después de realizar la búsqueda y obtener un total de 177 artículos, procedemos a eliminar aquellos que estuviesen duplicados ($n=14$), ya que hemos realizado la búsqueda en tres bases de datos distintas, quedándonos 163 artículos. De esos 163 artículos fueron eliminados 135 al leer el título y el abstract, ya que no eran estudios empíricos. Y finalmente, 8 artículos fueron eliminados al leer el texto completo, ya que no aportaban datos suficientes para realizar un análisis.

Nos queda así un total de 20 estudios empíricos que han detallado la intervención con FAP.

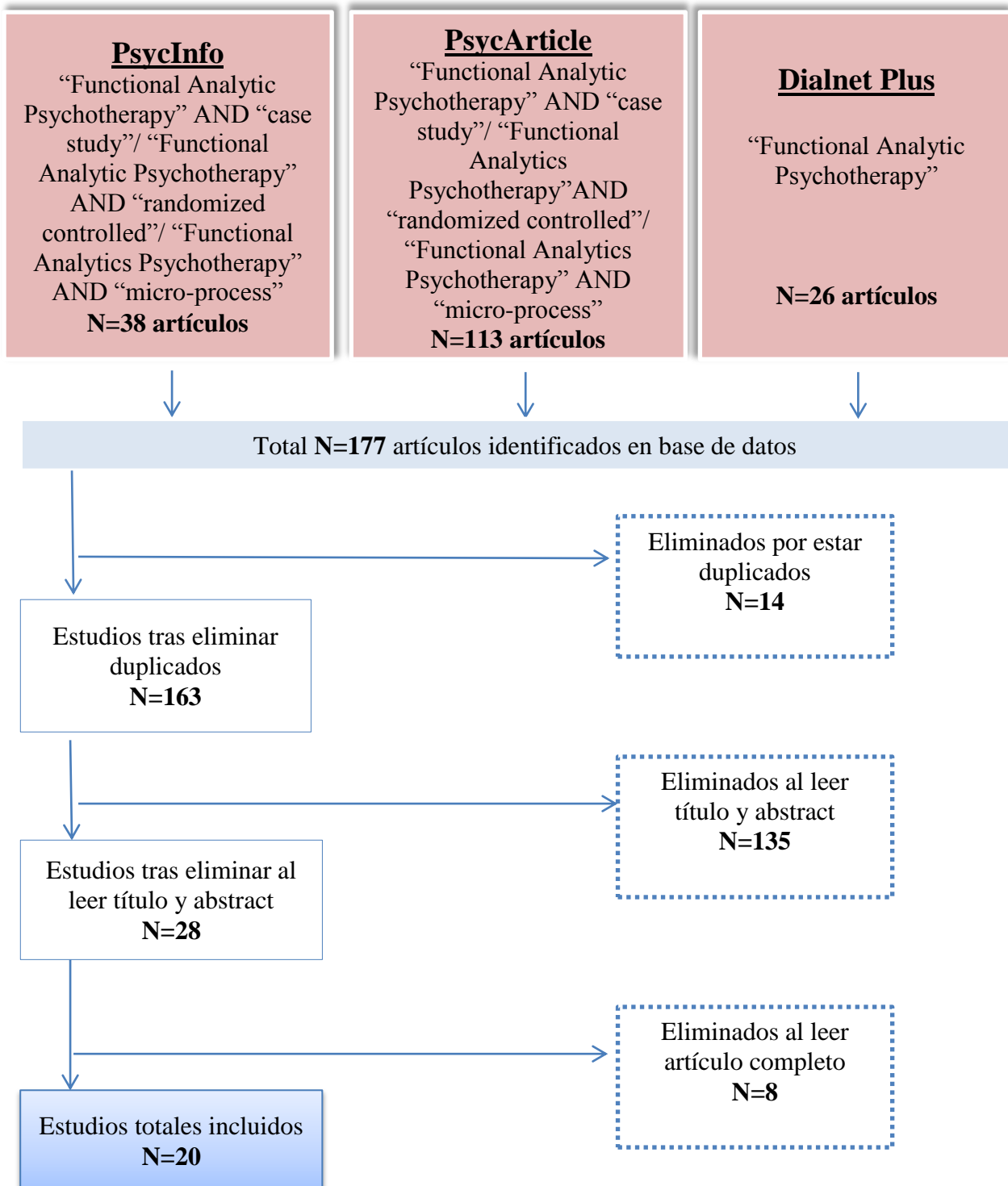


Figura 5. Diagrama de flujo del procedimiento de selección de estudios realizado.

3.3 Análisis de los estudios

A continuación se detalla un breve resumen sobre cada estudio que ha sido seleccionado y los resultados que se han obtenido, con el objetivo de aportar los datos necesarios que nos permitan justificar o no el uso de FAP.

- **Estudios aleatorizados controlados**

Los estudios aleatorizados son aquellos que nos permiten evaluar la eficacia de un tratamiento o una intervención y establecer relaciones de causa-efecto, siguiendo una asignación aleatoria de los sujetos a las condiciones del estudio. Nos permiten tener una amplia generalidad y una alta validez. (Lazcano-Ponce et al, 2004). A continuación se detallan los estudios aleatorizados que han sido seleccionados:

Macías, Valero, Bond y Blanca (2019) realizan un estudio con el objetivo de intervenir, de forma individual, en la salud mental de los trabajadores de la administración pública, implementando de manera conjunta FAP y ACT. Para ello, 42 trabajadores cumplieron los criterios de inclusión del estudio, los cuales consistían en puntuar igual o más de 10 en el *Inventario de Burnout de Maslach (MBI-GS)* e igual o más de 12 en el *Cuestionario General de Salud (GHQ-12)*. Los empleados fueron asignados aleatoriamente al grupo FACT (n=21) (denominada así a la combinación de la Psicoterapia Analítico Funcional y la Terapia de Aceptación y Compromiso), y al grupo control (n=21), de los cuales sólo 1 del grupo FACT abandonó el estudio, y 3 lo hicieron del grupo control, por lo que la muestra final fue de 38 empleados, grupo FACT (n=19) y grupo control (n=19). Se llevó a cabo un diseño pretest y posttest, y las 3 sesiones que duró el estudio fueron individuales. La hipótesis consistió en que la intervención con FACT produciría una disminución significativa de la angustia, el burnout o “estar quemado”, depresión, ansiedad y estrés, y aumento de la flexibilidad psicológica. Los resultados muestran una disminución del grupo FACT en angustia medida con el GHQ-12, con una puntuación media de 8.11, estando por debajo del punto de corte inicial de 12, y contrastando con la media del grupo control, que obtuvo una media de 15.79. En lo que respecta al burnout también se obtuvo cambios estadísticamente significativos: 8,51 en posttest para grupo FACT y 12.24 para grupo control. Podemos concluir que en tan sólo tres sesiones de intervención con FACT se produjeron cambios significativamente relevantes, declarando la eficacia de intervenir con FACT.

Romero-Porras et al (2018) exponen el tratamiento con FAP de 5 madres cuyos hijos tenían problemas de conducta. Se lleva a cabo un diseño A-B, con casos experimentales y caso control. Las sesiones se llevaron a cabo de manera individual y se les administró el *Cuestionario de Datos Personales (PDQ)* y el *Cuestionario de Evaluación Ideográfica Funcional (FIAT-Q)* y se realizó la evaluación. Cuatro de las madres recibieron terapia con FAP en un total de 12 sesiones, y la quinta madre formó el grupo control con 8 sesiones en manejo de control de contingencias. Los resultados muestran que hubo cambio significativo

en las cuatro madres del grupo experimental, y no se observan cambios en la madre que pertenece que caso control. Entre los cambios del grupo experimental se encuentran la reducción de expresión emocional negativa y problemas de comunicación, y un aumento de comportamientos positivos (CCR2), logrando una disminución de las conductas disruptivas de sus hijos, puesto que se había observado que el comportamiento negativo de las madres suponía un impacto con las interacciones con sus hijos, lo que mantenía la actitud negativa de las madres al percibir que no tenían el control sobre el comportamiento de sus hijos. Con respecto al caso control no se hallaron cambios, por lo que se decidió implementar FAP en la sesión 5, llevándose a cabo otras 5 sesiones, pero la madre abandonó la intervención debido a su trabajo. Con este estudio se observa cómo los cambios en el comportamiento de las madres que fueron tratadas con FAP conlleva cambios significativos en los comportamientos de sus hijos.

Maitland et al (2016) examinan la eficacia de FAP en comparación con el grupo control, que no recibió intervención, en un ensayo controlado aleatorizado en el que participan 22 sujetos con dificultades para establecer relaciones interpersonales. Fueron asignados al azar tanto al grupo control (n=11) como al grupo experimental (n=11). Para la selección de los sujetos fue criterio de inclusión que puntuasen positivo en las siguientes pruebas: *Fear of Intimacy Scale (FIS)*, *Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire (PDSQ)*, *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II (SCID-II)*, *Outcome Rating Scale (ORS)*, *FAP Session Bridging Form (FSBF)*, *Session Rating Scale (SRS)* y *Working Alliance Inventory—Short Form (WAI)*. El grupo experimental recibió 6 sesiones con FAP y el grupo control quedó a la espera, seguido de una evaluación posterior al tratamiento. Los análisis de ANCOVA y ANOVA revelaron una diferencia significativa en el postratamiento, en el *FIS* y en el *PDSQ* que favorece el tratamiento con FAP sobre el grupo en espera. Dicho estudio es el primer ensayo clínico aleatorizado controlado que usa FAP como tratamiento. En comparación con la espera del grupo control, FAP supuso cambios clínicamente significativos, logrando un aumento de la interacción social y una reducción de los problemas psicológicos. Por lo tanto, los resultados que se obtuvieron apoyan la eficacia de FAP para mejorar las relaciones sociales de personas que padecen ansiedad y evitación interpersonal, haciendo énfasis en cómo la relación terapéutica y las interacciones que se suceden dentro de sesión pueden servir para producir resultados significativos para el cliente.

- **Estudios de caso**

Los estudios de caso son aquellos en los que se recoge información de forma exhaustiva del procedimiento que se ha seguido con respecto al abordaje de un solo sujeto (N=1), aportándonos una amplia descripción del caso, pero que hace que sea complicada la generalización de los resultados (Giménez, 2012). A continuación se exponen los estudios de caso que se han recogido de sobre FAP:

Carrasco (2003) expone el caso de un varón de 31 años con problemas de celos patológicos sobre su pareja. Aunque los celos han sido tratados desde la perspectiva de un trastorno obsesivo-compulsivo, este estudio pretende poner a prueba la hipótesis de conceptualizar el contexto de dicho problema desde la Psicoterapia analítico funcional. Se llevó a cabo un diseño A-B, con una duración de 36 sesiones (año y medio). Primero se estableció una línea base de las conductas problema, y después se llevó a cabo FAP junto con exposición en vivo y prevención de respuesta, reforzamiento diferencial de conductas objetivo y conductas problema, y entrenamiento en asertividad. Se aplicaron las reglas FAP y se actuó contingente a las CCR que presentaba el sujeto, creando una buena relación terapéutica desde el inicio. Lo que se buscaba no era eliminar los celos, sino que la pareja aprendiese a describir la relación de conductas que formaban el problema para promover conductas más funcionales como pareja. Se le administró la siguiente batería de cuestionarios en la sesión 2 y en la sesión 36 (última sesión), con el objetivo de cuantificar la conducta: *Inventario de ansiedad estado-rasgo (STAI)*, *Inventario de depresión de Beck (BDI)*, *Cuestionario sobre preocupación de Penn State (PSWQ)*, obteniéndose una reducción en las puntuaciones obtenidas en la última sesión. También se tomaron datos a través de un registro de la conducta, el cuál sirvió para explicar el sistema de contingencias que mantenía el problema. Fue a partir de la sesión 19 donde se comenzó a ver un cambio significativo, mostrando descripciones funcionales a su comportamiento y observándose una reducción de las conductas problema.

En un estudio de Muñoz-Martínez (2018) se expone el caso de una mujer de 28 años que había perdido a su madre hacía tres meses, había roto con su pareja, y había sido hospitalizada y medicada debido a un intento de suicidio posterior a estas dos pérdidas. Se utilizó un diseño A-B, con toma de línea base (A) y conductas problema, donde no hubo tratamiento, que fue introducido en la fase B con FAP, con el objetivo de realizar cambios en sus conductas problema. Se realizó la intervención con un total de 19 sesiones, de las cuales las 3 primeras se dedicaron a evaluación y establecimiento de la línea base, y fue a partir de la cuarta sesión cuando se introdujo FAP (16 sesiones). Los resultados muestran una reducción

de las CCR1, cuya línea base era $M=13,3$ y tras implementar FAP se obtiene $M=5,9$, consiguiendo un tamaño del efecto de $d=2,38$. Con respecto a las CCR2 la mejoría fue menos notoria, teniendo de base $M=6$, y tras implementar FAP $M=8,36$, pero un se obtuvo una importante significancia clínica $d=-1.90$. Se concluye la mejoría significativa que se obtiene al intervenir con FAP.

Paul, Marx y Orsillo (1999) describen el caso de un hombre de 20 años con problemas de exhibicionismo, masturbación en público y uso de drogas. Se intervino con FAP y ACT durante 12 meses y 6 meses de seguimiento. Se le administró el *Inventario de Depresión de Beck (BDI)*, y el *Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)*, para evaluar depresión y ansiedad respectivamente, en la primera sesión para tomar la línea base, al terminar el tratamiento a los 12 meses, y al hacer el seguimiento a los 6 meses. Se inició la intervención con ACT, pero a los 6 meses el cliente se negó a seguir trabajando bajo dicho enfoque, por lo que se decidió alterar el programa de tratamiento e incorporar FAP. Los últimos 3 meses de intervención se combinaron ambas terapias ACT y FAP, para tratar la ansiedad social, el exhibicionismo y fumar marihuana. Las puntuaciones que se obtuvieron en la línea base fueron 22 para BDI y 22 para BAI. Tras 12 meses de terapia puntúa 8 en ambos inventarios, siendo esta una puntuación aceptable. Cuando se evaluó en el seguimiento obtuvo unas puntuaciones de 2 para BDI y 1 para BAI, indicación de que no experimentaba alteraciones del estado de ánimo ni ansiedad. Con respecto al consumo de marihuana y las masturbaciones, se mantuvieron hasta que se introdujo FAP, que logró disminuir el consumo de marihuana. Solo se logró la disminución de ambos problemas cuando se trabajó con ACT y FAP simultáneamente, y se mantuvo dicha mejoría durante los 6 meses siguientes.

Callaghan, Summers y Weidman (2003) presentan un estudio de caso para el tratamiento del trastorno de la personalidad histriónico y narcisista mediante la intervención breve con FAP. La terapia se llevó a cabo en 23 sesiones en un hombre de 30 años. Aunque no cumplía los criterios para un trastorno afectivo, informó tener problemas relacionales, de angustia y de ansiedad. Se le administró el *Inventario de Depresión de Beck (BDI)*, el cual puntuó con 8, indicación de no tener niveles de depresión. Para poder realizar una comparación, al terminar el tratamiento se le volvió a administrar el BDI y obtuvo una puntuación de 4. Aunque no cumplió todos los criterios para los trastornos de la personalidad histriónico y narcisista, se evidenciaban características de ambos trastornos, refiriendo problemas a la hora de relacionarse, exhibiendo expectativas irracionales sobre los demás, carecía de empatía y se mostraba arrogante con los demás. Informó que su objetivo era

desarrollar habilidades para tener relaciones satisfactorias y no quedarse solo el resto de su vida. Entre la sesión 3 y 9 hubo un aumento de las CCR1, obteniendo una mejora estadísticamente significativa de las sesiones 9 a la 22 ($\chi^2(1, N = 43) = 14.1, p < .000$), disminuyendo las conductas problemáticas ($\chi^2(1, N = 46) = 20.6, p < .000$). El cliente mejoró su comportamiento en sesión y sus conductas fueron generalizadas a su día a día, logrando habilidades para mantener relaciones. Mejoró en todas las áreas propuestas, aprendiendo a identificar y etiquetar sus experiencias emocionales, y a expresar sus sentimientos, tanto con el terapeuta como con sus relaciones fuera de terapia. Se indica que el cliente mejoró como resultado del tratamiento, según los datos empíricos y del autoinforme, los comportamientos histriónicos y narcisistas disminuyeron notablemente, habiendo adquirido conductas prosociales, teniendo relaciones más funcionales y habilidades de relación interpersonal.

Ferro, Valero y Vives (2006) exponen el caso de una mujer de 36 años que presenta trastorno depresivo debido a una ruptura sentimental y el tratamiento que se lleva a cabo con FAP. La terapia duró 2 años, con un total de 48 sesiones, y un seguimiento de 1 año y 3 meses vía teléfono. En las sesiones 1, 2 y 3 se llevó a cabo la evaluación y análisis funcional del caso, donde su tasa de CCR1 fue alta, llegando a reproducir situaciones de ira como cuando discutía con su ex pareja. En la sesión 7 habló del suicidio y el terapeuta le preguntó si se iba a suicidar, siguiendo con “si quieres suicidarte, nada puedo hacer para detenerte, pero me haría sentir muy mal” usando la expresión de sus sentimientos como forma de evocar CCR2 (Kohlenberg y Tsai, 1991). La mitad de la terapia comprendió de las sesiones 20 a la 40, con una duración de un año, donde surgieron CCR1 nuevas, pero se daban muchas CCR2 y CCR3. La tercera y última parte de la terapia duró 3 meses, de la sesión 40 a la 45, en la que las CCR1 lograron disminuir, dándose CCR2 y CCR3 con frecuencia. Posteriormente se llevó a cabo el seguimiento. Se concluye que el tratamiento con FAP resultó ser útil para tratar un trastorno de depresión, y los resultados se mantuvieron durante un año y tres meses, periodo durante el cual, la paciente se ajustó a los valores y cambios que la terapia había producido. El tratamiento se centró en la resistencia de la paciente en aceptar la situación que la condujo a terapia, y a sí misma. La duración de la terapia puede ser debida a la gravedad del problema que presentaba. El análisis funcional que se realizó de las conductas problema permitió saber qué objetivos eran más apropiados para la paciente, y en vista del éxito de la intervención, las CCR elegidas fueron las adecuadas.

Manos, Kanter et. al (2009) presentan un estudio de caso en el que se interviene con activación conductual (AC) mejorada con FAP. La paciente es una mujer de 22 años que

presenta problemas en su relación de pareja, para la que se lleva a cabo una intervención de 8 sesiones. El objetivo principal de intervenir con AC mejorada con FAP fue mejorar el funcionamiento de la relación. Tanto ella como su pareja se sometieron a medidas de evaluación pre y postratamiento mediante el *Dyadic Adjustment Scale (DAS)* y el *Behavioral Activation for Depression Scale (BADs)*, existiendo diferencias favorables al terminar la intervención. Si bien es cierto que la terapia resultó favorable para la cliente, consiguiendo ser asertiva y expresar sus emociones, la pareja rompió tiempo después de realizar la terapia.

Baruch, Kanter et al (2009) muestran como la ACT puede ser efectiva en un caso con sintomatología psicótica positiva, y cómo FAP nos puede servir como terapia complementaria para el cambio interpersonal. Se trata del caso de un hombre de 21 años que ya había buscado tratamiento para la depresión, cuyos síntomas actuales eran pensamientos negativos, desesperanza, ideación suicida, problemas para dormir y falta de apetito. Informa también que padece síntomas psicóticos: delirios persecutorios (desconfianza hacia los demás) y alucinaciones. El tratamiento consistió en 37 sesiones, con una duración de un año. De la sesión 1 a la 5 se preparó al paciente para el cambio, se evaluaron cuáles eran los valores y objetivos que quería alcanzar. En la sesión 6 se implementó FAP. De la sesión 7 a la 15 FAP llevó a realizar tareas interpersonales *in vivo*, cuyo objetivo era la aceptación de los delirios, los cuales disminuyeron y también comenzó a relacionarse con amigos. En la última parte del tratamiento, de la sesión 28 a la 37, el paciente refleja una disminución de los síntomas psicóticos y mayor autocontrol para responder a estos episodios de forma consciente y voluntaria, encontrando que era capaz de revelar información personal, y refiriendo que podía lidiar con problemas de altibajos en su vida. Este caso nos permite observar como FAP aporta una mejora efectiva, haciendo de la combinación con ACT un éxito para abordar las barreras interpersonales y desarrollar habilidades para tener comportamientos más funcionales.

López, Ferro y Calvillo (2010) presentan un estudio de caso de una mujer de 35 años con trastorno de pánico tratado con FAP. Se describe el caso desde un análisis funcional y se realizan tres fases en la intervención, la cual tuvo una duración de 5 meses, con un total de 14 sesiones, y un seguimiento telefónico a los 6 y 18 meses. La primera fase se dedicó a recoger información y realizar el análisis funcional, así como la identificación de CCR (observándose una alta tasa de CCR1) y establecer una buena relación terapéutica. En la segunda fase (de la 5 a la 9 sesión) aparecieron las CCR2, aunque las CCR1 seguían siendo frecuentes. En la última fase (de la 10 a la 14) donde aparecieron CCR2 y CCR3, haciendo más visible las conductas funcionales. Con los resultados obtenidos se concluye que FAP fue útil para dicha

psicopatología, siendo eficaces tanto el análisis funcional realizado, como las CCR elegidas. La mejoría se mantuvo durante más de año y medio de seguimiento, donde era evidente que la paciente se había ajustado a los cambios proporcionados por la terapia.

Martín-Murcia, Cangas y Pardo (2011) detallan un estudio de caso de una mujer de 17 años que padece anorexia nerviosa y trastorno de la personalidad obsesiva, tratada con ACT y FAP. Se llevó a cabo un diseño A-B, con una línea base establecida durante el mes anterior al tratamiento, con un total de 20 sesiones durante 9 meses, y un seguimiento a los 3, 9 y 12 meses respectivamente. La intervención se abordó desde la perspectiva de FAP con componentes de ACT. Las estrategias que se siguieron lograron cambios significativos, sugiriendo que FAP y ACT pueden ser terapias útiles para trastornos que se resisten al tratamiento.

López-Bermudez, Valero y Ferro (2012) exponen un estudio de caso de una mujer deprimida que es abordado desde FAP. Cliente con 20 años que requiere terapia tras una ruptura sentimental y problemas académicos. Se llevó a cabo durante 23 sesiones, con un año de duración, y un seguimiento a los 13 meses. Se administró el *EOSS*, *BDI* y el *AAQ* pre y post tratamiento, los cuales eran clínicamente significativos antes del tratamiento (*EOSS*=113, *BDI*=19, *AAQ*=36) y que disminuyeron significativamente al terminar (*EOSS*=52, *BDI*=3, *AAQ*=24). Se considera que el tratamiento con FAP fue efectivo, eliminando los síntomas depresivos y aumentando su autoestima, manteniéndose los resultados después de un seguimiento de más de un año.

McClafferty (2012) presenta el tratamiento de la depresión en un hombre de 35 años, con AC y FAP, con un total de 30 sesiones llevadas a cabo en un año. Se tomó registro pre y post del *Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9)*, *Escala para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7)*, *Escala de Ajuste Social (WSAS)*, *Clinical Outcomes Routine Evaluation-Outcome Measure (CORE-ON)*, *Cuestionario Ideográfico Funcional (FIAT-Q)*, obteniéndose una mejoría significativa en todos ellos salvo en el *FIAT-Q*, que no mostró cambios significativos. Se concluye que FAP tuvo éxito para el tratamiento de la depresión. El autor argumenta que la práctica de la TCC puede verse mejorada con FAP en muchas áreas, entre ellas el establecimiento del buen *rapport*, reducir tasas de abandono y tiempo de tratamiento.

Perdersen et. al (2012) un caso que utiliza FAP después de una intervención cognitivo-conductual para un trastorno de estrés postraumático (TEPT) en una mujer militar de 41 años,

que además había sufrido agresiones sexuales y cumplía criterios de dependencia de alcohol, trastorno distímico y trastorno de la personalidad dependiente. La intervención se llevó a cabo en dos fases, siendo la primera un tratamiento estándar para el TEPT con TCC que tuvo una duración de 3 años, en la que se logró disminuir la sintomatología TEPT y la abstinencia al alcohol. En el cuarto año, tras una recaída al alcohol, fue cuando se decidió empezar una segunda fase con la introducción de FAP, siendo los principales objetivos la reducción de los comportamientos problemáticos, aumentar las interacciones prosociales más efectivas. Los resultados fueron una mejora de la interacción social, abstinencia total del alcohol, menor dependencia médica y del terapeuta. Se concluye que en dicho caso FAP fue efectiva para reducir síntomas TEPT relacionados con la evitación, utilizando la relación terapéutica como mecanismo de cambio.

Singh y O'Brien (2016) llevan a cabo un estudio de caso en tres residentes de hogar de ancianos que son tratados con FAP, usando un diseño A-B de un solo sujeto. El diseño A-B consistió en una primera fase de dos semanas, seguida de la fase de tratamiento con FAP de cuatro semanas. Se registraron medidas pre y postratamiento y comportamientos interpersonales y se les administró el *Cuestionario de Evaluación Ideográfica Funcional (FIAT-Q)*. Los tres participantes fueron seleccionados por presentar síntomas depresivos graves y por ser considerados buenos candidatos para el tratamiento con FAP. Se informa de la disminución significativa de conductas desadaptativas interpersonales, observándose cambios en las conductas de su día a día, fuera de terapia, mostrando la eficacia de FAP como tratamiento para las dificultades interpersonales en los residentes de hogar de ancianos.

Aranha y Oshiro (2019) presentan una intervención con FAP para el caso de un hombre de 63 años que comienza a consumir alcohol a los 27 años de manera continua y su mujer lo deja debido a su adicción. Se observan las CCR1 asociadas a un déficit de reforzadores sociales positivos y dificultades en la interacción social, así como conductas de evitación, para lo que el terapeuta trató de conocer el sistema de contingencias por el que se mantenían dichas conductas, lo que reflejó déficits en el repertorio interpersonal, teniendo como consecuencias el aislamiento social, no tener relaciones cercanas, y poca disponibilidad de reforzadores afectivos y sociales, con lo que el alcohol resultó ser un reforzador resistente. La intervención consistió en reforzar CCR2 incompatibles con CCR1, teniendo como meta que las nuevas conductas que se instaurasen en sesión se viesen generalizadas a su día a día. Para ello el terapeuta utilizó las reglas 1, 2 y 3. Cuando el cliente había logrado mayor autoconocimiento el terapeuta utilizó la regla 4 para conocer el impacto que FAP estaba

teniendo, y finalmente la regla 5 para lograr que las CCR2 se generalizaran. Como resultado hubo un aumento de CCR2, la relación con el terapeuta fue más cercana y el cliente lograba expresar sus sentimientos, sin usar la evitación. Finalmente se redujo el consumo de alcohol y vivía con su nueva pareja. Los autores de dicho estudio están trabajando para realizar un artículo donde se expongan los datos empíricos sobre dicho caso clínico implementado con FAP.

Maitland y Gaynor (2016) llevaron a cabo una intervención con FAP para estudiantes universitarios con dificultades en interacción social, los cuales deberían tener 18 años o más y puntuar positivamente en la *Fear of Intimacy Scale (FIS)* y en la *Miller Social Intimacy Scale (MSIS)*, y no estar recibiendo psicoterapia. Los criterios de exclusión fueron cumplir el criterio diagnóstico para el trastorno de estrés postraumático o tener antecedentes de consumo de sustancias, brote psicótico, trastorno obsesivo compulsivo o riesgo de suicidio. De los 19 participantes seleccionados, 14 cumplieron criterios de inclusión, de los cuales uno abandonó al inicio, siendo finalmente 13 estudiantes los que participaron. Todos ellos informaron tener problemas de interacción social con puntuaciones en el *FIS* $M=118.08$ $SD=13.35$ y en el *MSIS* $M=108.08$ $SD=11.31$. La metodología fue un diseño de tratamientos alternos que consistía en alternar sesiones de FAP con sesiones de escucha comprensiva, en la que el terapeuta no reforzase o extinguiese conductas, se limitaba a hacer preguntas abiertas, se mostraba empático y comprensivo. El objetivo fue encontrar evidencia a favor de la intervención con FAP y comprobar si la interacción entre terapeuta y cliente es un posible mecanismo de cambio. Los resultados muestran cómo una sesión con FAP es distinguible de una con escucha comprensiva, debido a la aplicación de las reglas FAP, cuyo terapeuta se muestra contingente a las consecuencias, produciendo mejoras que eran más fácilmente observables cuando ocurría una sesión FAP después de una de escucha comprensiva, reforzando la hipótesis de que FAP puede contribuir a la creación de relaciones terapéuticas significativas.

Callaghan et al (2012) discuten si FAP puede ser útil para el tratamiento de un caso de TEPT después de haber sido tratado con TCC. Se busca que FAP contribuya a eliminar conductas de evitación y mejore las relaciones interpersonales. La intervención se llevó a cabo en dos fases, la primera realizada con TCC para TEPT, que se llevó a cabo durante 3 años, la cual logró una reducción de síntomas de reexperimentación e hiperactividad del TEPT y el abandono del abuso de sustancias bajo el que se encontraba. La segunda intervención se decide llevar a cabo debido a la recaída al abuso de sustancias y al aislamiento

significativo que sufre la persona, por lo que se decide intervenir con FAP para tratar las respuestas de escape y evitación y mejorar así las relaciones interpersonales. En los resultados se observa cómo en los 9 meses con FAP los comportamientos de evitación disminuyen, mientras que los síntomas de reexperimentación permanecieron estables. También se observa cómo aumentaron los contactos sociales, logró la abstinencia del abuso de sustancias, disminuyó la dependencia del terapeuta y aumentó la responsabilidad en sus propias decisiones. Dicho estudio de caso demuestra cómo la intervención con FAP puede abordar comportamientos interpersonales problemáticos que se encuentran en el TEPT. El tratamiento inicial con TCC fue efectivo para reducir la sintomatología principal del TEPT, pero no así para abordar los problemas interpersonales. La FAP fue eficaz para mejorar los síntomas TEPT relacionados con la evitación, utilizando la relación terapéutica como mecanismo de cambio, aun así, de este estudio no se pueden sacar conclusiones generalizables a otros clientes con diagnóstico de TEPT.

- **Estudios de proceso**

Los estudios de proceso se encargan de analizar las conversaciones que se van sucediendo en sesión, con el objetivo de identificar bajo qué variables de control se halla la conducta verbal de la persona, utilizando para ello los principios de condicionamiento clásico y operante. Utiliza una amplia descripción de la interacción entre terapeuta y cliente, con el objetivo de saber cómo y por qué funciona la intervención que se está llevando a cabo. (Montaño-Fidalgo, Froján-Parga, Ruiz-Sancho y Virués-Ortega, 2011, p.101). A continuación se expone el estudio sobre procesos que ha sido seleccionado para dicha revisión:

Busch et al (2009) llevan a cabo un estudio que aborda los procesos a nivel micro codificado con la *Escala de Calificación de Psicoterapia Analítica Funcional (FAPRS)*, para estudiar en profundidad el momento a momento que ocurre en sesión entre el terapeuta y el cliente, incidiendo en los mecanismos del cambio de FAP. El tratamiento consistió en la aplicación de la terapia cognitivo-conductual (TCC) seguida por la implementación de FAP con un diseño A/A+B, y las sesiones se grabaron para poder estudiar el momento a momento de la sesión. El cliente era una mujer de 25 años que fue diagnosticada de depresión y trastorno de la personalidad histriónica. La intervención tuvo un total de 20 sesiones. Las primeras 5 sesiones se dedicaron a la evaluación y conceptualización del caso. De las sesiones 6 a la 11 se intervino con TCC, donde se realizó reestructuración cognitiva como tratamiento a la depresión. Desde la sesión 11 a la 20 se mejoró TCC con FAP, haciéndose visible la mejora en los registros conductuales de la paciente. Se valoró el momento a momento,

midiendo la frecuencia con que se daban las CCR, observándose una disminución de las CCR1 y un aumento de las CCR2.

3.4 Resultados

Tras el análisis de los estudios expuestos, se resumen en la siguiente tabla los datos obtenidos sobre la revisión de los mismos.

Autores	Estudio	N	Tratamiento	Diseño	Evaluación	Sesiones
Macías, Valero, Bond y Blanca (2019)	Controlado aleatorizado	38	FAP y ACT	-	Pre-post	3
Romero-Porras et al (2018)	Controlado aleatorizado	5	FAP	A-B	Pre-post	12
Maitland et al (2016)	Controlado aleatorizado	22	FAP	-	Pre-post	6
Carrasco (2003)	Caso único	1	FAP	A-B	Pre-post	36
Muñoz-Martínez (2018)	Caso único	1	FAP	A-B	Pre-post	19
Paul, Marx y Orsillo (1999)	Caso único	1	FAP y ACT	A-B	Pre-post	-
Callaghan et al (2003)	Caso único	1	FAP	-	Pre-post	23
Ferro, Valero y Vives (2006)	Caso único	1	FAP	-	Pre-post	48
Manos, Kanter et al (2009)	Caso único	1	FAP y AC	-	Pre-post	8
Baruch, Kanter et al (2009)	Caso único	1	FAP y ACT	A-B	Pre-post	37
López, Ferro y Calvillo (2010)	Caso único	1	FAP	-	-	14
Martín-Murcia et al (2011)	Caso único	1	FAP y ACT	A-B	-	20
López-Bermudez et al (2012)	Caso único	1	FAP	-	Pre-post	23
McClafferty (2012)	Caso único	1	FAP y ACT	-	Pre-post	30
Pedersen et al (2012)	Caso único	1	FAP y TCC	A-B	-	-
Singh y O'Brien (2016)	Caso único	3	FAP	A-B	Pre-post	-
Aranha y Oshiro (2019)	Caso único	1	FAP	-	-	-
Maitland y Gaynor (2016)	Caso único	13	FAP	-	Pre-post	-

Callaghan et al (2012)	Caso único	1	FAP y TCC	A-B	-	-
Busch et al (2009)	De proceso	1	FAP y TCC	A/A+B	Pre-post	20

Tabla 1. Resultados revisión literatura sobre estudios FAP.

Se han revisado un total de 20 artículos que incluyen la intervención con FAP. Si bien es cierto que se perseguía que fuesen estudios empíricos que pudiésemos clasificar según los tres tipos de estudios mencionados, se puede observar que no existe mucha literatura sobre estudios con FAP.

De los 20 estudios, casi la mitad, van acompañados de otra terapia de base conductual, como vemos, principalmente ACT, pero también AC y TCC. Esto puede ser interesante a la hora de extraer conclusiones, puesto que son terapias que cuentan con una amplia investigación que demuestra su efectividad.

Con respecto al tipo de estudio se observa que, en su mayoría, son estudios de casos, existiendo muy poca evidencia de ensayos aleatorizados, en comparación con otras terapias, como por ejemplo ACT. Por otro lado, tan solo se ha encontrado un estudio de procesos, estudios que, desde mi parecer, son necesarios para una terapia como FAP, que permiten su estudio más exhaustivo y una comprensión de los mecanismos que utiliza, así como facilitar la formación y el aprendizaje.

También se observa como casi todos realizan medidas pre y postratamiento, lo que nos permite hacer comparaciones finales más válidas. En cuanto al diseño, suele usarse un diseño A-B, donde en A se establece una línea base y se recoge la evaluación pertinente, introduciendo posteriormente en B la terapia, observándose cambios de mejora cuando se introduce FAP.

Los problemas psicológicos que se abordan en los estudios analizados también son relevantes a la hora de analizar FAP. De los estudios extraídos vemos que la depresión es el problema que más se aborda, siendo frecuente también la ansiedad, el abuso de sustancias, los trastornos de personalidad, el TEPT, el déficit en relaciones interpersonales e incluso trastornos psicóticos, observando que existe un amplio abanico en que se puede intervenir con FAP.

Con respecto a las sesiones, vemos que aunque puede existir variabilidad en el número de sesiones que se han necesitado para abordar cada problemática, podemos decir que existe una media en torno a 23 sesiones, intervención que puede abarcar los 6 meses (de media) de intervención. Podemos observar también que en la mayoría de los estudios se realiza un

seguimiento al finalizar la terapia, que suele ir desde los 3 meses hasta los 15 meses y que en todos ellos se apoya el éxito del tratamiento, manteniendo los resultados tiempo después.

Todos estos resultados que se recogen son de gran valor, ya que nos aportan información relevante a la hora de establecer una discusión que apoye o excluya nuestra hipótesis.

3.5 Discusión

Tras haber estudiado en profundidad la Psicoterapia Analítico Funcional y haberme adentrado en la filosofía a la que se adscribe, puedo decir que me ha servido no solo para aprender, sino también para ir perfilando el camino que me gustaría seguir. Si bien es cierto que ya conocía FAP antes de comenzar, me ha gustado descubrir cómo se alían conducta y contexto, siendo clave a la hora de discriminar entre lo que puede ser relevante para la persona que acude a consulta, o no serlo. Pero sobre todo, ha sido muy satisfactorio aprender sobre la conducta verbal, y cómo los seres humanos utilizamos el lenguaje para manipular el entorno, logrando cambios en el ambiente sin necesidad de operar directamente sobre él. Punto que es de vital importancia en FAP, ya que analiza funcionalmente las operantes verbales, persiguiendo el cambio mediante el moldeamiento de las mismas, de ahí la premisa central de FAP: el contexto terapéutico como mecanismo del cambio.

La revisión de la literatura sobre FAP nos muestra que, a pesar de sus 30 años de vida, existe muy poca evidencia sobre la misma, en términos de ensayos controlados aleatorizados, viendo cómo los estudios de caso forman la mayoría de investigación recogida, y aunque se demuestra eficaz en los casos expuestos, es muy frecuente que aparezca acompañada de terapias de corte conductual, sobre todo de ACT. Se ha podido comprobar que FAP es una psicoterapia difícil de estandarizar, pues su carácter ideográfico nos impide que se pueda aplicar de una forma exacta, creo que ello dificulta que se puedan llevar a cabo más estudios aleatorizados. Aunque la investigación aún es escasa en estudios de procesos, son el tipo de estudio que muestra a FAP como un modelo ideal para comprender los mecanismos del cambio. Ideal porque analiza la conducta verbal de manera funcional para lograr el cambio en sesión, buscando que se haga generalizable al día a día del sujeto. El análisis de la conducta verbal nos permite conocer cómo hemos aprendido a usar el lenguaje para comunicar estados internos a los que los demás no tienen acceso, y que la mayoría de las veces, esos aprendizajes, suponen un problema para las personas que acuden a consulta, debido a las dificultades que tienen para contactar con sus emociones, llevando a la persona a la continua evitación y/o no aceptación.

Para finalizar, podemos decir que los estudios analizamos nos sugieren que FAP es una terapia que puede ser efectiva para el abordaje de comportamientos problemáticos y, a su vez, crear otros más funcionales mediante la interacción terapeuta-cliente en sesión. Pero como hemos visto, la evidencia nos muestra que se justifica en mayor medida si aparece acompañada de otra terapia de base conductual, entre ellas ACT, AC y TCC, por lo que es necesaria investigación que nos permita comparar las intervenciones de estas terapias, ya contrastadas empíricamente y que demuestran su eficacia, mejoradas con FAP, investigación de FAP en solitario, y otras terapias conductuales, pues nos permitiría observar a qué se debe dicha eficacia.

REFERENCIAS

- Aranha, A.S y Oshiro, C. K. B. (2019). Contribuições da Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) no tratamento do Transtorno por Uso de Substâncias (TUS). *Acta Comportamentalia*, 27(2), 197-213.
- Barrena, S. (2014). El pragmatismo. *Factótum*, 12, 1-18.
- Baruch, D. E., Kanter, J. W., Busch, A. W. & Juskiewicz, K. L. (2009). Enhancing the Therapy Relationship in Acceptance and Commitment Therapy for Psychotic Symptoms. *Clinical Case Studies*, 8(3), 241-257.
- Busch, A. W., Kanter, J. W., Callaghan, G. M., Baruch, D. E., Weeks, C. E. & Berlín K. S. (2008). A Micro-Process Analysis of Functional Analytic Psychotherapy's Mechanism of Change. *Behaviur Therapy*, 40, 280-290.
- Callaghan, G.M., Summers, C.J., & Weidman, M. (2003). The Treatment of Histrionic and Narcissistic Personality Disorder Behavior: A Single-Subjetc Demostration of Clinical Improvement Using Functional Analytic Psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy: On the Cutting Edge of Modern Developments in Psychotherapy*, 33(4), 321- 339.
- Calva-Mercado, J. L. (2000). Estudios clínicos experimentales. *Salud Pública de México*, 42(4), 349-358.
- Carrasco López, F.J. (2003). Jelaousy: a case of application of Functional Analytic Psychotherapy. *Psychology in Spain*, 7(1), 86-98.
- Dougher, M. J., & Hayes, S. C. (2000). Clinical behavior analysis. In M. J. Dougher (Ed.), *Clinical behavior analysis* 11–25.
- Fernández Parra, A. y Ferro García, R. (2006). Psicoterapia analítico funcional: Una aproximación contextual funcional al tratamiento psicológico. *EduPsikhé: Revista de psicología y pedagogía*, 5(2), 203-230.
- Ferro García, R., López-Bermúdez, M. A. & Valero-Aguayo, L. (2012). Treatment of a Disorder of Self through Functional Analytic Psychotherapy. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7(2-3), 45-51-

- Ferro García, R., Valero Aguayo, L. & Vives Montero, M.C. (2000). Application of functional analytic psychotherapy: Clinical analysis of a patient with depressive disorder. *The BehaviorAnalyst Today*, 7(1) 1-18.
- Giménez, G. (2012). El problema de la generalización en los estudios de caso. *Cultura y representaciones sociales*, 7(13), 40-62.
- Hayes, S. C., Hayes, L. J., Reese, H. W., & Sarbin, T. R. (Eds.). (1993). *Varieties of scientific contextualism*. Reno, NV: Context Press.
- Hayes, S. C., & Bissett, R. T. (2000). Behavioral psychotherapy and the rise of clinical behavior analysis. In J. Austin & J. E. Carr (Eds.), *Handbook of applied behavior analysis* 231–245.
- Holman, G., Kanter, J. W., Tsai, M., & Kohlenberg, R. (2017). *Functional Analytic Psychotherapy Made Simple: A Practical Guide to Therapeutic Relationships*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Kohlenger, R. J & Tsai, M. (1991). *Functionl Analytic Psychotherapy: A Guide for Creating Intense and Curative Therapeutic Relationship*. Nueva York: Plenum.
- Kohlenberg, R. J., Tsai, M. & Dougher, M. J. (1993). The Dimensions of Clinical Behavior Analysis. *Behavior Analyst*, 16, 271-282.
- Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Bolling, M. Y. & Parker, C. R. (2002). Enhancing Cognitive Therapy for Depression With Functional Analytic Psychotherapy: Treatment Guidelines and Empirical Findings. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9(1), 213-229.
- Lazcano-Ponce, E., Gutiérrez-Castrellón, P., Hernández-Garduño, A., Salazar-Martínez, E., Angeles-Llerenas, A. y Viramontes, J. L. (2004). Ensayos clínicos aleatorizados: variantes, métodos de aleatorización, análisis, consideraciones éticas y regulación. *Salud Pública de México*, 46(6), 559-584.
- López-Bermúdez, M. A., Ferro García, R. & Calvillo, M. (2012). An Application of Functional Analytic Psychotherapy In a Case of Anxiety Panic Disorder Without Agoraphobia. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 6(4), 356-372.

- Macías, J., Valero-Aguayo, L., Bond, F. W. & Blanca, M. J. (2019). The efficacy of functional-analytic psychotherapy and acceptance and commitment therapy (FACT) for public employees. *Psichotema*, 31(1), 24-29.
- Maitlan, D. W. M. & Gaynor, S. T. (2016). Functional analytic psychotherapy compared with supportive listening: An alternating treatments design examining distinctiveness session evaluations and interpersonal functioning. *Behavior Analysis: Research and Practice*, 16(2), 52-64.
- Maitlan, D. W. M., Petts, R. A., Knott, L. E., Briggs, C. A. & Moore, J. (2016). A randomized controlled trial of functional analytic psychotherapy versus watchful waiting: Enhancing social connectedness and reducing anxiety and avoidance. *Behavior Analysis: Research and Practice*, 16(3), 103-122.
- Manos, R. C., Kanter, J. W., Rusch, L. C., Turner, L. B., Roberts, N. A. & Busch, A. M. (2009). Integrating Functional Analytic Psychotherapy and Behavioral Activation for the Treatment of Relationship Distress. *Clinical Case Studies*, 8(2), 122-138.
- Martín-Murcia, F., Cangas Díaz, A. J. & Pardo González, L. (2001). A Case Study of Anorexia Nervosa and Obsessive Personality Disorder Using Third-Generation Behavioral Therapies. *Clinical Case Studies*, 10(3), 198-209.
- McClafferty, C. (2012). Expanding the cognitive behavioural therapy traditions: An application of Functional Analytic Psychotherapy treatment in a case study of depression. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7(2-3), 90-95.
- Montaño-Fidalgo, M., Froján-Parga, M.X., Ruiz-Sancho, E. M. & Virués-Ortega, F.J. (2011). El Proceso Terapéutico "Momento a Momento" desde una Perspectiva Analítico-Funcional. *Clínica y Salud*, 22(2), 101-119.
- Mulick, P. S., Landes, S. J & Kanter, J. W. (2005). Contextual Behavior Therapies in the Treatment of PTSD: A Review. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 1(3), 223-238.
- Muñoz-Martínez, A. (2018). Intervención en un caso clínico de duelo traumático a través de la Psicoterapia Analítico Funcional. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 27(1), 91-100.

- Paul, R.H., Marx, B.P. & Orsillo, S.M. (1999). Acceptance-based psychotherapy in the treatment of an adjudicated exhibitionist: a case example. *Behavior Therapy*, 30, 149-162.
- Pedersen, E. R., Callaghan, G. M., Prins, A., Nguyen, H. V. & Tsai, M. (2012). Functional Analytic Psychotherapy as an adjunct to cognitive-behavioral treatments for posttraumatic stress disorder: Theory and application in a single case design. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7(2-3), 125-134.
- Peña-Correal, T. E. & Robayo-Castro, B. H. (2007), Conducta verbal de B. F. Skinner: 1957-2007. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39(3), 653-661.
- Pepper, S.C. (1942). *World Hypotheses: A Study in Evidence*. University of California.
- Romero-Porrás, J., Obando-Posada, D., Hernández-Barrios, A. & Velasco-Pinzón, D. (2018). Functional Analytic Psychotherapy among mothers with children with disruptive behavior. *Clínica y Salud*, 29(1), 39-44.
- Singh, S. & O'Brien, W. H. (2017). Functional Analytic Psychotherapy for Nursing Home Residents: A Single-Subject Investigation of Session-by-Session Changes. *Journal of Contemporary Psychotherapy: On the Cutting Edge of Modern Developments in Psychotherapy*, 47(3), 173-180.
- Skinner, B. F. (1957). *Verbal behavior*. Nueva Jersey: Ed. UA. (Versión autorizada en español de la primera edición publicada en inglés, 1981, México: Editorial Trillas.)
- Valero Aguayo, L & Ferro García, R. (2018). *Tratando con... Psicoterapia Analítica Funcional. Recursos Terapéuticos*. Madrid: Editorial Pirámide.
- Zettle, R. D., Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D. & Biglan, A. (2016). *The Wiley Handbook of Contextual Behavioral Science*. Wiley-Blackwell.