

Novedades y aportaciones desde la psicoterapia analítica funcional

Rafael Ferro García, Luis Valero Aguayo* y Miguel Ángel López Bermúdez**

Centro de Psicología Clínica CEDI (Granada), * Universidad de Málaga y ** Centro de Psicología Clínica Bailén (Jaén)

La Psicoterapia Analítica Funcional se basa en los principios del conductismo radical, y enfatiza la importancia que tienen las contingencias que ocurren durante la sesión terapéutica, el contexto terapéutico, la equivalencia funcional entre los ambientes, el reforzamiento natural y el moldeamiento. Usa los dos principios básicos del Análisis de Conducta: la evaluación funcional idiográfica y la aplicación de las intervenciones en vivo. En este trabajo se analizan las aportaciones y las novedades que hay en esta terapia. Las nuevas aportaciones son agrupadas en los siguientes puntos: la integración con otras psicoterapias, la mejora de las habilidades terapéuticas, las formas de evaluación y registro de datos dentro de la terapia, la aplicación a diversos problemas clínicos y los estudios sobre su eficacia.

Contributions and novelties from Functional Analytic Psychotherapy. Functional Analytic Psychotherapy is based on the principles of radical behaviourism. It emphasises the impact of events occurring during therapeutic sessions, the therapist-client interaction context, functional equivalence of environments, natural reinforcement, and shaping by the therapist. Functional Analytic Psychotherapy makes use of both the basic principles of behaviour analysis: individual functional assessment and application of in vivo treatment. This paper analyses novelties and new contributions of this therapy. New contributions are classified in various categories: integration with other psychotherapies, improvement of therapeutic skills, methods for evaluation and data recording in therapy, its application to several clinical problems, and studies of its efficacy.

La *Psicoterapia Analítica Funcional* (FAP) (Kohlenberg y Tsai, 1991) surgió en los años noventa como una alternativa a la terapia de conducta clásica. Se basa en los principios del conductismo radical, y enfatiza las contingencias que ocurren durante la sesión terapéutica, el contexto terapéutico, la equivalencia funcional entre los ambientes, el reforzamiento natural y el moldeamiento (Kohlenberg y Tsai, 1991, 1995). Existen algunas publicaciones en castellano que explican sus características. Así cabría destacar a este respecto los trabajos pioneros de Pérez Álvarez (1996a, 1996b) y los siguientes de Ferro y Valero (1998) y de Rodríguez Naranjo (1998), e incluso los más recientes (García Montes y Pérez Álvarez, 2003; Kohlenberg, Tsai, Ferro, Valero, Fernández-Parrá, y Virués, 2005). Como mencionan Kanter, Callaghan, Landes, Busch y Brown (2004), esta terapia usa los dos principios básicos del Análisis de Conducta, la evaluación funcional idiográfica y la aplicación de las intervenciones en vivo.

Las aportaciones desde su origen

El nombre «Psicoterapia Analítica Funcional» es por sí mismo toda una revelación acerca del contenido de la terapia. En efecto, el objetivo fundamental es realizar un Análisis Funcional de la

conducta del cliente. Y ésta es una de sus aportaciones principales, como mantienen García Montes y Pérez Álvarez (2003). Se hace un análisis funcional de la relación terapéutica, en cuanto que la relación terapéutica se toma más como una condición natural, que como un lugar de entrenamiento (Pérez Álvarez, 1996a).

En primer lugar, se resalta la importancia de lo que el cliente hace y dice en la propia sesión, directamente ante el terapeuta. Esas conductas observadas directamente en la terapia son conocidas como *Conductas Clínicamente Relevantes* (CCR). Se diferencian tres tipos de conductas que el terapeuta debe aprender a identificar como objetivos terapéuticos (Kohlenberg y Tsai, 1991, 1994a, 1994b, 1995). Las CCR tipo 1 son los problemas del cliente que ocurren durante la sesión. Suelen estar bajo control de estímulos aversivos y, por tanto, podrían ser entendidas como conductas de evitación. Estos problemas de los clientes pueden implicar pensamientos, percepciones, sentimientos, visiones, recuerdos, etc. Las CCR tipo 2 son las mejorías del cliente que ocurren durante la sesión. En las CCR tipo 3 se incluyen las interpretaciones del cliente de su propia conducta y lo que cree que la causa. Implican observaciones y descripciones de la conducta de uno mismo y de los estímulos reforzantes, discriminativos y elicitadores que están asociados a ella.

En segundo lugar, la conducta del terapeuta también se tiene en cuenta. Para ello se proponen una serie de *Reglas terapéuticas*, que son unas guías que ayudan a evocar, señalar, reforzar e interpretar las conductas del cliente. El terapeuta debe seguir cinco reglas básicas durante la terapia (Kohlenberg y Tsai, 1991, 1994a, 1995). La regla nº 1 consiste en observar las posibles CCR durante la sesión terapéutica. La regla nº 2 propone construir un ambiente tera-

Fecha recepción: 9-10-06 • Fecha aceptación: 24-1-07

Correspondencia: Rafael Ferro García
Centro de Psicología Clínica C.E.D.I.
Avda. Constitución nº 25 - 7º I
18014 Granada (Spain)
E-mail: rferro@cop.es

péutico que evoque las CCR. La regla nº 3 estriba en organizar el reforzamiento positivo de las CCR tipo 2. El uso del reforzamiento natural sería, según García Montes y Pérez Álvarez (2003), otra de sus aportaciones, ya que este tipo de reforzamiento promueve la generalización de la conducta. La regla nº 4 trata de desarrollar un repertorio para observar las propiedades reforzantes de la conducta del terapeuta en relación con las CCR del cliente. Y, finalmente, la regla nº 5 consiste en generar en el cliente un repertorio de descripción de las relaciones funcionales entre las variables de control y las conductas.

En fin, la gran aportación de la FAP a la psicoterapia es, como menciona Pérez Álvarez (2004), nada menos que convertir la *relación* terapéutica en una auténtica relación terapéutica. En términos de este autor, la relación clínica trata de promover un cambio personal del cliente, es decir, hacer terapéutica la propia relación terapéutica.

Otra aportación de la FAP es su Teoría sobre la Personalidad, su explicación sobre cómo surgen los trastornos de personalidad y cómo se tratan. Existe una traducción en castellano de un artículo de estos autores (Kohlenberg y Tsai, 2001) que expone claramente la teoría sobre la formación del «Yo», como construcción verbal y como entidad desde la que el individuo actúa. Se propone una teoría conductual sobre cómo se construye ese «yo» socialmente, y, por tanto, las posibles alteraciones producidas por un aprendizaje poco adecuado, contingencias contraproducentes, o unas experiencias poco congruentes con un «yo» estable, como demanda el entorno social habitual.

Novedades sobre la FAP

Las aportaciones sobre esta terapia están en cambio permanente, dada su novedad y la cantidad de publicaciones, estudios de casos clínicos y estudios comparativos que van apareciendo. Estas novedades se van a exponer en torno a los puntos siguientes: la integración con otras psicoterapias, la mejora de las habilidades terapéuticas, los desarrollos metodológicos para su evaluación, la aplicación a diversos problemas clínicos y los estudios sobre su eficacia.

Integración de la FAP con otras psicoterapias

La FAP puede ayudar a mejorar las relaciones terapéuticas que ocurren en otras técnicas de intervención, y puede ayudar también a mejorar la propia relación terapéutica en sí. Esa forma de integración con otras terapias incluye: (1) el uso de una explicación diferente para las causas de los trastornos o problemas, y (2) el uso de una relación terapeuta-cliente más intensa.

La explicación de FAP sobre las relaciones entre pensamiento, emoción y acción es diferente a la explicación cognitivo-conductual habitual. Desde un análisis conductual, la cognición también es conducta. Lo que piensa, planifica, cree, recuerda, categoriza, razona, siente, etc., una persona también es una conducta, y está sujeta a las mismas variables que las demás conductas públicas. Así, se explica al cliente que un pensamiento o una emoción puede ser antecedente de una acción posterior, pero también al realizar alguna acción se puede desarrollar un pensamiento o una emoción nueva; que tanto un pensamiento como las emociones pueden depender de una causa común anterior, incluso que discurren paralelas, sin tener que influirse mutuamente (Kohlenberg, Kanter, Bolling, Wexner, Parker, y Tsai, 2004).

Siguiendo estos postulados, Kanter, Kohlenberg y Loftus (2004) han realizado un análogo experimental sobre la aparición de pensamientos automáticos o de emociones en los sujetos, en función de las instrucciones o explicaciones conceptuales dadas por los terapeutas. Este estudio se ha realizado con 198 estudiantes universitarios. Después de mostrarles unas diapositivas de imágenes positivas, negativas y neutras, inmediatamente se les pedía que informaran sobre la aparición de pensamientos automáticos o bien de sentimientos o emociones. Los participantes se dividieron aleatoriamente en dos grupos de sujetos según la explicación teórica dada sobre la causalidad de acciones, pensamientos y emociones. En el grupo con una explicación cognitivo-conductual se les daba unas instrucciones para leer y una explicación sobre la relación lineal ABC (antecedentes, pensamientos y conductas o emociones); mientras que al grupo con una explicación FAP se les daba otras instrucciones escritas y una explicación sobre la relación ACB (antecedentes, conductas o emociones, y pensamientos). En los datos previos, ambos grupos tenían tendencia a informar sobre pensamientos al ver aparecer las imágenes. En cambio, tras la explicación del terapeuta, el primer grupo informaba más sobre pensamientos automáticos, mientras que el segundo informaba más sobre emociones. Las diferencias fueron estadísticamente significativas intra y entre-grupos. En suma, el tipo de razonamiento que se dé al cliente sobre la relación entre distintos tipos de conducta en la terapia influirá sobre tales autoinformes.

Dentro de la integración con otras terapias, en la actualidad se está llevando a cabo un proyecto de investigación de mejora de la *Terapia de Aceptación y Compromiso* (ACT), llamado FACT (*Functional-Analytic Acceptance and Commitment Therapy*). Este proyecto lo está realizando Barbara Kohlenberg en la Universidad de Reno (Callaghan, Gregg, Marx, Kohlenberg, y Gifford, 2004). Forma parte de un programa para dejar de fumar, aunque todavía no hay datos definitivos.

En esta misma línea, el estudio de Gaynor y Scott (2002) realizado con adolescentes con problemas depresivos ha comparado una terapia basada en los principios de FAP, junto con la Terapia Cognitiva de Beck. Participaron 10 adolescentes divididos en dos grupos por la mayor o menor gravedad de los problemas depresivos. El estudio se realizó con un diseño de línea base A-B con seguimiento, replicándolo en todos los sujetos. Los cambios semanales se evaluaron con varios cuestionarios sobre depresión, satisfacción y experiencias de los clientes, y un registro observacional sobre el comportamiento de los terapeutas. Las sesiones tenían una duración de 2 horas, donde en la primera hora se usaban las técnicas habituales de la Terapia cognitiva, y la segunda hora se aplicaba la FAP sobre tareas en vivo, reglas verbales sobre los problemas y moldeamiento directo del terapeuta. Los resultados mostraron un cambio rápido tras la línea base inicial, disminuyendo en gran medida los problemas depresivos en todos los sujetos, y un cambio progresivo posterior que se mantuvo en el seguimiento de 3 y 6 meses. Por otra parte, los adolescentes informaban que aprendían más sobre los cambios de sus pensamientos, cómo resolver sus problemas, o tener una vida activa en la primera mitad de la sesión. Además, en el segundo componente de la terapia aprendían a tener una mayor relación interpersonal, una mayor expresividad emocional y un mejor entendimiento de su problema. Por otro lado, el grupo con problemas moderados de depresión obtuvo un porcentaje de cambio mayor en las diversas variables que el grupo con problemas más graves.

Mejora de las habilidades del terapeuta

La habilidad del terapeuta es fundamental en esta forma de aplicar la terapia. Así, la supervisión de los terapeutas es una de las maneras de mejorar el éxito en las terapias. Se ha aplicado la FAP como una forma de intervención que supone la supervisión de los terapeutas, es decir, como una manera de intentar mejorar las interacciones de éstos con pacientes que habían sido diagnosticados de trastorno de personalidad límite (Vandenberghe, Aquino, y Alves, 2005). Los primeros resultados de este estudio indican que la supervisión incrementa la capacidad de los terapeutas para conocer sus sentimientos y relacionarlos con las CCR ocurridas en sesión, y también para crear nuevas estrategias de intervención.

En otro estudio, Kanter, Schildcrout y Kohlenberg (2005) compararon, dentro de la propia sesión, el trabajo directo de terapeutas con un enfoque clásico en Terapia de Conducta y el de otros que, además, utilizaban los principios y técnicas de FAP. Los autores usaron técnicas de observación y de registro de las interacciones entre terapeuta y cliente denominados el *Sistema de Codificación Turno-por-Turno* (Goldfried, Castonguay, Hayes, Drozd, y Shapiro, 1997) y el *Sistema de Codificación Turno-por-Frase* (Kanter, Schildcrout, y Kohlenberg, 2005). Se grababan las sesiones, y se registraban transcribiendo cada frase del terapeuta y del cliente. Para evaluar el tipo de interacción, cada frase del terapeuta era codificada por su contenido y contexto en función de la problemática tratada y si se centraba en la propia sesión o fuera de ella. A partir de ahí obtenían un análisis de frecuencia por sesión de esas interacciones, utilizando también un análisis de ecuaciones de covarianza (*log-linear*) entre grupo y la tasa de intervención in vivo. Los resultados mostraron que los terapeutas de conducta clásicos (grupo TC) tenían menos interacciones sobre problemas de la propia sesión in vivo, hablaban más y dedicaban más tiempo a sucesos fuera de la sesión o instrucciones sobre qué hacer fuera; mientras que los terapeutas que utilizaban al mismo tiempo también FAP se centraban en la conducta *in-vivo*, lo que mejoraba algunas variables terapéuticas como la cercanía, la adherencia, la satisfacción con el terapeuta, o la atribución de la mejoría a esa relación tan estrecha. Sin embargo, la resolución de los comportamientos depresivos no mejoraba por encima de lo que ya lo hacía en el grupo de TC habitual.

El *Centro de Investigación para la Innovación de la Evaluación y Tratamiento Psicológico* de la Universidad Estatal de San José ha elaborado un sistema de *Evaluación Funcional de las Habilidades del Terapeuta* (FASIT; Callaghan, 2006a). Este programa sirve para evaluar las habilidades del terapeuta en relación a los diferentes tipos de CCR, la utilización de las reglas terapéuticas de FAP y el manejo de interacciones naturales. Básicamente, se ha ideado como un sistema para supervisar y mejorar las habilidades del terapeuta, que se centra en las mismas clases de funcionamiento interpersonal que se evalúan en los clientes.

Por su parte, también la profesora J. Dahl, en la Universidad de Uppsala (Suecia), está realizando un estudio sobre el efecto del entrenamiento en FAP en terapeutas noveles. Esta investigación aún está en curso y no se han publicado resultados. En este proyecto se utilizan medidas de la alianza terapéutica a través de escalas y de sistemas de codificación de las interacciones terapeuta-cliente.

Desarrollos metodológicos para la evaluación de la FAP

En la obtención de datos en los casos clínicos y en algunos estudios de eficacia se han utilizado las técnicas habituales de cues-

tionarios específicos para la comparación pre-post. También se han ideado varias formas de registro y codificación de esas interacciones terapeuta-cliente.

Por lo que se refiere a estas nuevas formas de registro, el grupo de investigación de la Universidad de Washington ha creado varias escalas. En primer lugar, cabría citar la *Escala de Estrategias del Terapeuta Dentro de la Sesión* (THISS, *Therapist In-session Strategy Scale*), como una forma de registrar por un observador y valorar la competencia y la adherencia del terapeuta. Esta escala ha demostrado ser fiable y válida para los programas de entrenamiento de los terapeutas (Kohlenberg, Tsai, Parker, Bolling, y Kanter, 1999).

Por otro lado, la *Escala de Experiencia del Yo* (EOSS, *Experience of Self Scale*) se ha generado para estudiar las hipótesis sobre la teoría de la formación del «yo», mencionada anteriormente. Los individuos difieren en el grado de control de estímulo público versus privado en la formación de su personalidad, y se hipotetiza que tal diferencia individual podría ser un buen predictor de las diferencias entre las poblaciones clínicas. Además, evaluar este tipo de control de estímulo podría ser un indicador útil para crear estrategias de intervención (Kohlenberg, Tsai, Parker, Bolling, y Kanter, 1999). Se ha realizado un estudio preliminar (Kanter, Parker, y Kohlenberg, 2001), en el que se compara la EOSS con una escala de autoestima y otra de experiencias disociativas, en un grupo de estudiantes y un grupo de pacientes con trastorno de personalidad límite. Este trabajo ha llegado a la conclusión de que las personas con este tipo de trastorno sufren una excesiva influencia de los demás sobre su experiencia del «yo». Además, las medidas que presentan estos sujetos correlacionan con una alta disociabilidad y una baja autoestima.

Por otro lado, también el grupo de Glenn Callaghan, de la Universidad Estatal de San José (California), ha creado el *Sistema de Codificación Conductual* (BCS) (Callaghan, Summers, y Weidman, 2003), que es un sistema de registro y codificación de comportamientos del cliente y del terapeuta, de forma que se puedan obtener datos sobre los cambios que van ocurriendo en las diferentes sesiones de terapia, y mejorar las habilidades del terapeuta. Este sistema obtiene y registra los siguientes códigos de conducta:

- OP *Outside Problems* (Problemas fuera de la sesión).
- OI *Outside Improvements* (Mejoras Fuera de la sesión).
- CRR *Client Session Progresión* (Progresos del cliente dentro de la sesión).
- CRB *Clinic Relevant Behavior* (CCR dentro de la sesión, 1, 2 y 3).
- TCRB *Therapist CRB* (Respuestas del terapeuta a las CCR 1, 2 y 3).
- MCRB *Mistake CRB* (Pérdidas o fallos del terapeuta ante CCR 1, 2 y 3).
- ECRB *Evoque CRB* (Formas del terapeuta para evocar CCR).

Estos códigos permiten medir la frecuencia de determinadas conductas durante la propia sesión, obteniendo parámetros de las interacciones y los cambios a lo largo de la intervención. Una aplicación de este sistema se ha realizado en un estudio de caso de un trastorno de personalidad (Callaghan, Summers, y Weidman, 2003).

Este grupo también ha elaborado la *Escala de Evaluación Ideográfica Funcional* (FIAT; Callaghan, 2006b). La escala define

unas clases de funcionamiento interpersonal y ejemplos específicos de esas clases que pueden ser problemáticos en los clientes. Los autores proponen esta escala como una guía para conceptualizar el caso (Callaghan, Summers, y Weidman, 2003). Así, se definen varias clases de funcionamiento interpersonal que servirían para observar y registrar las interacciones y problemas que se producen dentro de la sesión. Estas categorías serían:

- *Expresión de necesidades*. Problemas con la identificación y la afirmación de necesidades y valores.
- *Comunicación bidireccional*. Problemas con la identificación y la respuesta al feedback y el impacto sobre otros.
- *Conflictos*. Problemas con los conflictos interpersonales.
- *Cercanía personal*. Problemas con la revelación o el desarrollo y el mantenimiento de repertorios prosociales.
- *Experiencia y expresión emocional*. Las dificultades con la identificación y la respuesta a experiencias emocionales.

Además, se ha elaborado otra forma de conceptualización del caso que puede servir a los terapeutas para centrarse en las CCR (Kohlenberg y Tsai, 2000; Kohlenberg, Kanter, Bolling, y Parker, 2002). Se trata de un registro abierto para ordenar la información sobre las sesiones y la situación del caso que se está tratando. Así, los autores proponen que se conceptualicen los siguientes apartados:

- Los *problemas* que el cliente tiene en la vida diaria. Por ejemplo, la imposibilidad para tener relaciones personales íntimas, los rituales en los trastornos de obsesivos, etc.
- Su *historia relevante* que vendría referida por hechos relevantes en la vida de la persona que estén implicados en la etiología y el mantenimiento del trastorno.
- Los *problemas* que aparecen en la sesión clínica. Por ejemplo, una frecuencia alta de respuestas del tipo «no sé» que estarían relacionadas con formas de evitación, una alta frecuencia de mandos disfrazados, llegar tarde a las citas, etc.
- Los *conceptos cognitivos* del paciente que interfieren con el tratamiento (pensamientos automáticos, código de creencias, asunciones) que deben ser objeto de la terapia. Como, por ejemplo, «tengo que hacer ...» referido a la realización de una conducta compulsiva, etc.
- Sus *objetivos de la vida diaria*. Es decir, lo que esa persona pretendería conseguir y generalizar a la vida, y los cambios progresivos que se pretenden alcanzar.
- Los *objetivos* que se marcaría el terapeuta en la propia sesión. Es decir, las CCR 2, los cambios que quiere conseguir sesión por sesión, las situaciones que ha de provocar, etc.

Este sistema de conceptualizar el caso clínico ayuda a los terapeutas a sintetizar la información, aclarar sus objetivos y ver las equivalencias entre lo que ocurre dentro y fuera de la sesión. Actualmente, los autores de este trabajo lo están utilizando en su trabajo clínico, y también en la supervisión de terapeutas no expertos en FAP y ha resultado de gran utilidad como una manera de mejorar la intervención.

Aplicaciones en distintos problemas clínicos

En cuanto a las aplicaciones de la terapia en diversos tipos de trastornos clínicos habría que señalar que están siendo muy varia-

das. En el propio manual se exponen muchos ejemplos de pacientes con diferentes patologías; y se han publicado numerosas aplicaciones en distintos tipos de casos clínicos y estudios comparativos. Se ha aplicado con éxito en pacientes con depresión (Dougher y Hackbert, 1994; Ferro, Valero, y Vives, 2006; Gaynor y Scott, 2002; Kanter, Landes, Busch, Rusch, Brown, Baruch, y Holman, 2006; Kohlenberg, Kanter, Bolling, y Parker, 2002; Kohlenberg y Tsai, 1994a), en sujetos con celos (Carrascoso, 2002), en personas que evitaban las relaciones íntimas (Cordova y Koerner, 1993), en pacientes con ansiedad (Kohlenberg y Tsai, 1995; López, Ferro, y Calvillo, 2002), en terapia de pareja (Kohlenberg y Tsai, 1995; Rabin, Tsai, y Kohlenberg, 1996), en clientes que mostraban anorgasmia (Oliveira y Vandenberghe, 2005), en personas con trastorno de personalidad límite (Kohlenberg y Tsai, 2000), en pacientes con otros trastornos de personalidad (Callaghan, Summers, y Weidman, 2003; Koerner, Kohlenberg, y Parker, 1996; Kohlenberg y Tsai, 1991; Olivencia y Cangas, 2005), en un caso de exhibicionismo junto a Terapia de Aceptación y Compromiso (Paul, Marx, y Orsillo, 1999), en sujetos que han sufrido abusos sexuales y estrés postraumático (Kohlenberg y Tsai, 1998), en personas con dolor crónico (Vandenberghe, Ferro, y Furtado, 2003a, 2003b; Vandenberghe y Ferro, 2005), y en pacientes con obsesiones (Kohlenberg y Vandenberghe, en prensa).

Se han producido otras aplicaciones interesantes. Es importante destacar la aplicación en grupo de la FAP en pacientes con dolor crónico del equipo de Luc Vandenberghe en la Universidad Católica de Goiás en Brasil (Vandenberghe, Ferro, y Furtado, 2003a; 2003b; Vandenberghe y Ferro, 2005). Según los autores, la aplicación en grupo tiene una serie de ventajas, ya que los patrones de conducta son modificados durante interacciones vitales genuinas que se dan entre las personas durante la terapia (Vandenberghe, Ferro, y Furtado, 2003a). Se parte de la idea de que las contingencias que mantienen el dolor en la vida diaria no son las mismas que se dan en la situación de tratamiento. Las habilidades que se adquieren en la terapia habitual son diferentes a las de la vida real. La persona ha de recordar qué hacer y cómo. Cuando aparece el dolor las contingencias naturales son más fuertes que las instrucciones que haya dado el terapeuta. Así pues, se trata de incluir dentro de las mismas sesiones las situaciones problemáticas, lo más equivalentes posibles a las situaciones de dolor que ocurren fuera. El terapeuta ha de reaccionar de forma natural, y sus propias emociones servirán como un indicador de las contingencias que suele recibir esa persona en su entorno diario. Se han presentado varios casos clínicos que describen las características y el proceso seguido durante el tratamiento. Su aplicación ha resultado efectiva en esa población de pacientes resistentes al tratamiento.

Por otro parte, en la Universidad de Chicago se está aplicando en poblaciones de pacientes crónicos (psicosis, trastornos de personalidad límite, depresiones mayores recurrentes) en instituciones sociales o sanitarias. Se ha denominado a esta variación *FAR (Functional Analytic Rehabilitation)* (Holmes, Dykstra, Willians, Diwan, y River, 2003). Esta forma de aplicación consiste en un programa para crear un ambiente en la institución lo más similar posible con la vida real. De esta forma y en ese entorno, el personal y los usuarios puedan determinar una conducta efectiva en ese contexto, y tratar de cambiar los problemas en esas interacciones diarias. Hasta ahora los autores han presentado el programa y sus características, pero aún no han mostrado datos para poder valorar los resultados.

Estudios de eficacia

El estudio más destacado sería el proyecto de investigación sobre la eficacia de la FAP a través de la mejora en los resultados de la terapia cognitiva de la depresión. Esta línea de investigación se está llevando a cabo desde la Universidad de Washington (Bolling, Kohlenberg, y Parker, 2000; Kohlenberg, Kanter, Bolling, Parker, y Tsai, 2002; Kohlenberg, Kanter, Bolling, Wexner, Parker, y Tsai, 2004), y desde la Universidad de Wiscosin (Kanter, Schildcrout, y Kohlenberg, 2005).

En el ensayo clínico de la Universidad de Washington (Kohlenberg et al., 2002) participaron 46 sujetos repartidos en dos grupos: 18 sujetos en un grupo de Terapia Cognitiva (TC) y 28 en un grupo denominado FECT (FAP mejorando TC). Este estudio tuvo una duración de 3 años y contó con la participación de 3 terapeutas expertos en TC. Los sujetos no estaban completamente aleatorizados, y los terapeutas eran los mismos en las dos condiciones. Los resultados se evaluaron a partir de los cuestionarios pre-post habituales (BDI, Hamilton). Al comienzo de la terapia se presentaba al cliente la nueva forma de entender y analizar sus propias conductas según FAP, es decir, las razones para que se den unos u otros comportamientos (conductas, emociones y pensamientos). Los terapeutas después utilizaban el registro de conceptualización de un caso, comentado anteriormente. También se utilizaron técnicas y situaciones interpersonales para que apareciesen CCR. A lo largo de las sesiones posteriores el terapeuta se centraba en sus propias reacciones con los clientes, y se utilizó el autodescubrimiento ante el cliente durante la sesión. Se realizaban autorregistros con los pensamientos ocurridos (según la secuencia explicativa de Beck), pero también la secuencia causal según los propios clientes, y las alternativas de pensamiento o acción posibles. Los resultados mostraron una mejoría en el 60% de los casos dentro del grupo de TC de Beck y un 79% de los casos en el grupo de FECT. En este último grupo las mejorías también aparecieron en las relaciones personales de los clientes y en las características de los comportamientos depresivos. Aunque los cambios no son lo suficientes para ser estadísticamente significativos.

Por otro lado, en un artículo reciente de Kanter, Landes, Busch et al. (2006), se presentan dos casos clínicos con graves problemas depresivos, a los que se aplicó inicialmente una terapia cognitivo-conductual habitual y posteriormente las estrategias de FAP. Los autores utilizaron un diseño de línea base B-B+C en los dos sujetos, tomando como mediciones semanales las CCR en cada uno (por ejemplo, búsqueda de aprobación, excesivo control de los demás, mentir a los demás, no enfrentarse a la pareja, excesivas auto-críticas, etc.). Los datos mostraron en un sujeto una clara mejoría inmediatamente después de introducir las estrategias contingentes del terapeuta sobre las CCR; sin embargo, en el segundo sujeto los cambios no fueron tan evidentes y también se produjo el abandono de la terapia.

Conclusiones

Se han expuesto las formas de intervenir y las características diferenciales que suponen la FAP, y se han revisado las diversas publicaciones y estudios que muestran sus aplicaciones y las aportaciones más recientes. Aunque esta terapia sea relativamente nueva, los estudios clínicos y comparativos se van multiplicando. Supone toda una novedad, ya que busca una generalización funcional entre lo que ocurre dentro de la sesión y la vida cotidiana del cliente,

con el manejo del lenguaje, el reforzamiento natural y experiencias vividas dentro de la sesión.

También han aparecido estudios sobre su eficacia en casos clínicos, pero también en estudios comparativos frente a la Terapia Cognitiva de Beck, o bien en conjunción con esas terapias cognitivo-conductuales y con la ACT. La mayoría de estas aportaciones están aún en marcha y esperamos que pronto se presenten más datos sobre esos estudios.

Como se ha podido ver, la FAP está siendo estudiada en muchos aspectos no sólo para mejorar ella misma, sino para mejorar el trabajo terapéutico en general. Se está analizando cómo afecta sobre los autoinformes del paciente, el tipo de razonamiento que se dé al mismo sobre la relación entre distintos tipos de conducta dentro de la terapia. Pensamos que son estas líneas de investigación, junto con las nuevas aplicaciones (en grupo, otras poblaciones), los estudios de eficacia y las nuevas formas de registro y codificación, las que presentan mejor futuro.

La FAP es una terapia en sí misma y no una mera evolución en la aplicación de la Terapia de Conducta clásica por varias razones. Porque muestra un cuerpo conceptual propio (CCR, Reglas Terapéuticas) y una estructura propia y, fundamentalmente, la consideración de la conducta verbal del cliente de manera funcional como aspecto esencial de la terapia. Además, porque parte de postulados filosóficos diferentes a la propia Terapia de Conducta. La FAP es idiográfica y no nomotética, es funcionalista y no estructuralista, es monista y no dualista. Como se ha expuesto, se puede integrar con la Terapia de Beck y no sólo aplicando sus componentes, sino también a nivel teórico, ya que su explicación sobre la relación de los pensamientos y la conducta es mucho más amplia.

En cuanto a la larga duración de los tratamientos presentados tanto en el manual de la terapia como en algunos casos clínicos publicados, cabría señalar que esto es así debido a la gravedad de los casos expuestos, muchos de ellos diagnosticados con problemas de personalidad, que requieren un tratamiento más largo. La duración del tratamiento está en función del tiempo que el problema esté presente en la vida del cliente y del tipo de problemática. Los tratamientos dedicados a este tipo de trastornos (Linehan y, recientemente, Beck) tardan un tiempo equivalente. De todas formas, en algunos casos clínicos publicados de FAP su duración no es mayor a la de otras orientaciones (véase, por ejemplo, López, Ferro, y Calvillo, 2002).

Las novedades expuestas suponen un avance en relación con la primera aproximación teórica presentada en el manual. Se ha ido estudiando y se han visto las dificultades que mostraban los terapeutas en cuanto a su aplicación. Por esta razón se han generado esquemas de conceptualización del caso, sistemas de estrategias para el terapeuta, etc. Creemos que la mayor dificultad de esta forma de hacer psicoterapia es llevarla a cabo y se está intentando subsanar. Además, adolecía de estudios de eficacia y efectividad, y, en la actualidad, se están realizando con sistemas de codificación de conductas tanto del terapeuta como del cliente.

Kohlenberg y Tsai (2000) consideran que, independientemente de la orientación psicoterapéutica que se tenga, la FAP puede ayudar a: (1) aprender y enseñar formas de pensar más eficaces; (2) incrementar actividades que obtengan realización, logro y disfrute en la vida; (3) considerar otras causas de los sentimientos negativos y de las actividades afectivas; (4) centrarse en el aquí y el ahora; y (5) centrarse en las relaciones terapéuticas como una forma de aprender nuevos patrones de relación con los demás.

Referencias

- Bolling, M.Y., Kohlenberg, R.J., y Parker, C.R. (2000). Behavior analysis and depression. En M.J. Dougher (ed.): *Clinical behavior analysis* (pp. 127-152). Reno: Context Press.
- Callaghan, G.M. (2006a). The functional assessment of skills for interpersonal therapists: The FASIT System. *The Behavior Analyst Today*, 7, 399-433.
- Callaghan, G.M. (2006b). The functional idiographic assessment template (FIAT) system. *The Behavior Analyst Today*, 7, 357-398.
- Callaghan, G.M., Gregg, J.A., Marx, B.P., Kohlenberg, B.S., y Gifford, E. (2004). FACT: The utility of an integration of functional analytic psychotherapy and acceptance and commitment therapy to alleviate human suffering. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41, 195-207.
- Callaghan, G.M., Summers, C.J., y Weidman, M. (2003). The treatment of histrionic and narcissistic personality disorder behavior: A single-subject demonstration of clinical improvement using functional analytic psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 33(4), 321-339.
- Carrascoso, F.J. (2002). Celos: un caso de aplicación de la Psicoterapia Analítica Funcional. *Apuntes de Psicología*, 20(3), 347-368.
- Cordova, J.V., y Koerner, K. (1993). Persuasion criteria in research and practice: Gathering more meaningful psychotherapy data. *The Behavior Analyst*, 16, 317-330.
- Dougher, M.J., y Hackbert, L. (1994). A behavior-analytic account of depression and a case report using acceptance-based procedures. *The Behavior Analyst*, 17, 321-334.
- Ferro, R., y Valero, L. (1998). Psicoterapias conductistas: nuevos enfoques clínicos. *Psicologemas*, 12, 31-62.
- Ferro, R., Valero, L., y Vives, M.C. (2006). Application of functional analytic psychotherapy: Clinical analysis of a patient with depressive disorder. *The Behavior Analyst Today*, 7, 1-18.
- García Montes, J.M., y Pérez Álvarez, M. (2003). La Psicoterapia Analítico-Funcional. En I. Caro (comp.): *Psicoterapias cognitivas. Evaluación y comparaciones* (pp. 167-186). Barcelona: Paidós.
- Gaynor, S.T., y Scott, P. (2002). Complementing CBT for depressed adolescents with learning through in vivo experience (LIVE): Conceptual analysis, treatment description and feasibility study. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 30, 79-101.
- Goldfried, M.R., Castonguay, L.G., Hayes, A.M., Drozd, J.F., y Shapiro, D.A. (1997). A comparative analysis of the therapeutic focus in cognitive-behavioral and psychodynamic interpersonal sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 740-748.
- Holmes, E.P., Dykstra, T.A., Williams, P., Diwan, S., y River, L.P. (2003). Functional analytic rehabilitation: A contextual behavioral approach to chronic distress. *The Behavior Analyst Today*, 4, 34-46.
- Kanter, J.W., Callaghan, G.M., Landes, S.J., Busch, A.M., y Brown, K.R. (2004). Behavior analytic conceptualization and treatment of depression: Traditional models and recent advances. *The Behavior Analyst Today*, 5(3), 255-274.
- Kanter, J.W., Kohlenberg, R.J., y Loftus, E.F. (2004). Experimental and psychotherapeutic demand characteristics and the cognitive therapy rationale: An analogue study. *Cognitive Therapy and Research*, 28(2), 229-239.
- Kanter, J.W., Landes, S.J., Busch, A.M., Rusch, L.C., Brown, K.R., Baruch, D.E., y Holman, G. (2006). The effect of contingent reinforcement on target variables in outpatient psychotherapy for depression: A successful and unsuccessful case using functional analytic psychotherapy. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 39(4), 463-467.
- Kanter, J.W., Parker, C., y Kohlenberg, R.J. (2001). Finding the self: A behavioral measure and its clinical implications. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 38, 198-211.
- Kanter, J.W., Schildcrout, J.S., y Kohlenberg, R.J. (2005). In vivo processes in cognitive therapy for depression: Frequency and benefits. *Psychotherapy Research*, 15(4), 366-373.
- Koerner, K., Kohlenberg, R.J., y Parker, R. (1996). Diagnosis of personality disorder: A radical behavioral alternative. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1169-1176.
- Kohlenberg, R.J., Kanter, J.W., Bolling, M.Y., y Parker, C.R. (2002). Enhancing cognitive therapy for depression with functional analytic psychotherapy: Treatment guidelines and empirical findings. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 213-229.
- Kohlenberg, R.J., Kanter, J.W., Bolling, M., Wexner, R., Parker, C., y Tsai, M. (2004). Functional analytic psychotherapy, cognitive therapy and acceptance. En S.C. Hayes, V.M. Follette y M.M. Linehan (eds.): *Mindfulness and acceptance. Expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 96-119). New York: Guilford Press.
- Kohlenberg, R.J., y Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy. Creating intense and curative therapeutic relationship*. New York: Plenum Press.
- Kohlenberg, R.J., y Tsai, M. (1994a). Improving cognitive therapy for depression with functional analytic psychotherapy: Theory and case study. *The Behavior Analyst*, 17, 305-319.
- Kohlenberg, R.J., y Tsai, M. (1994b) Functional analytic psychotherapy: A radical behavioral approach to treatment and integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 4, 174-201.
- Kohlenberg, R.J., y Tsai, M. (1995). Functional analytic psychotherapy: A behavioral approach to intensive treatment. En W. O'Donohue y L. Krasner (eds.): *Theories of behavior therapy. Exploring behavior change* (pp. 637-658). Washington: APA.
- Kohlenberg, R.J., y Tsai, M. (1998). Healing interpersonal trauma with the intimacy of the relationship. En V.M. Follette, J.I. Ruzek y F.R. Abueg (eds.): *Cognitive-behavioral therapies for trauma*. (pp. 305-320). New York: Guilford.
- Kohlenberg, R.J., y Tsai, M. (2000). Radical behavioral help for Katrina. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 500-505.
- Kohlenberg, R.J., y Tsai, M. (2001). Hablo, luego existo: una aproximación conductual para entender los problemas del yo. *Escritos de Psicología*, 5, 58-62.
- Kohlenberg, R.J., Tsai, M., Ferro García, R., Valero, L., Fernández Parra, A., y Virués-Ortega, J. (2005). Psicoterapia analítico-funcional y terapia de aceptación y compromiso: teoría, aplicaciones y continuidad con el análisis del comportamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(2), 37-67.
- Kohlenberg, R.J., Tsai, M., Parker, C.R., Bolling, M.Y., y Kanter, J.W. (1999). Focusing on the client-therapist interaction. Functional analytic psychotherapy: A behavioral approach. *European Psychotherapy*, 1, 15-25.
- Kohlenberg, R.J., y Vandenbergh, L. (en prensa). Treatment resistant OCD and the therapeutic relationship: Two case examples. *The Behavior Therapist*.
- López Bermúdez, M.A., Ferro, R., y Calvillo, M. (2002). Una aplicación de la Psicoterapia Analítica Funcional en un trastorno de angustia sin agorafobia. *Análisis y Modificación de Conducta*, 28, 553-583.
- Oliveira, K.C.F., y Vandenbergh, L. (2005). Anorgasmia e esquivia experiencial, um estudo de caso. *Psicologia Clínica*, 17(1), 162-176.
- Olivencia, J.J., y Cangas, A.J. (2005). Tratamiento psicológico del trastorno esquizotípico de la personalidad. Un estudio de caso. *Psicothema*, 17(3), 412-417.
- Paul, R.H., Marx, B.P., y Orsillo, S.M. (1999). Acceptance-based psychotherapy in the treatment of an adjudicated exhibitionist: A case example. *Behavior Therapy*, 30, 149-162.
- Pérez Álvarez, M. (1996a). *La psicoterapia desde el punto de vista conductista*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Pérez Álvarez, M. (1996b). *Tratamientos psicológicos*. Madrid: Universitat.
- Pérez Álvarez, M. (2004). *Contingencia y drama. La psicología según el conductismo*. Madrid: Minerva Ediciones.
- Rabin, C., Tsai, M., y Kohlenberg, R.J. (1996). Targeting sex-role and power issues with a functional analytic approach: Gender patterns in behavioral marital therapy. *Journal of Feminist Family Therapy*, 8, 1-24.
- Rodríguez Naranjo, C. (1998). Principios terapéuticos y posibilidades clínicas de la «Psicoterapia Analítica Funcional». *Psicothema*, 10, 85-96.
- Vandenbergh, L., Aquino de Sousa, A.C., y Alves de Oliveira, J. (2005). Treating clientes with borderline personality disorder: The impact on the therapist. Comunicación presentada en el 9º European Congress of Psychology. Granada.
- Vandenbergh, L., y Ferro, C.L.B. (2005). Terapia de grupo baseada em FAP como abordagem terapêutica para dor crônica: Possibilidades e perspectivas. *Psicologia: Teoria e prática*, 7, 137-152.

Vandenberghe, L., Ferro, C.B.L., y Furtado da Cruz, A.C. (2003a). FAP-enhanced group therapy for chronic pain. *The Behavior Analyst Today*, 4, 369-375.

Vandenberghe, L., Ferro, C.B.L., y Furtado da Cruz, A.C. (2003b). Terapia de grupo para pacientes com dor cronica orofacial. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 5(1), 31-40.