

# Fundamentos, características y eficacia de la Psicoterapia Analítica Funcional

Rafael Ferro-García

*Centro de Psicología Clínica CEDI, Granada*

Luis Valero-Aguayo

*Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamiento  
Psicológico. Universidad de Málaga*

Miguel Ángel López-Bermúdez

*Centro de Psicología CEPSI, Bailén, Jaén*

## RESUMEN

En este trabajo se exponen los fundamentos, las características, y los principios conductuales en los que se basa la Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) y sus recientes avances. Sus fundamentos son: (a) el análisis funcional de la conducta del cliente que ocurre durante la sesión, (b) las contingencias de reforzamiento natural y el moldeamiento que ocurren dentro de la sesión clínica, y (c) la equivalencia funcional del contexto clínico con la vida diaria del mismo. Se caracteriza por definir unos objetivos de intervención, las denominadas Conductas Clínicamente Relevantes (CCR) y también cinco reglas terapéuticas como orientaciones fundamentales para el terapeuta. La FAP hace hincapié en la relación cliente-terapeuta, y esto da la oportunidad de moldear y reforzar in situ las mejoras en la propia sesión clínica. Una de sus mayores aportaciones es su teoría de la formación del Yo que permite hacer un refinado análisis de los problemas relacionados con la personalidad y su tratamiento. Se describen también los recientes estudios de efectividad y de eficacia de esta terapia con resultados muy positivos en distintos tipos de trastornos. Finalmente, se discute su integración con otras terapias de tercera generación, lo que produce efectos sinérgicos en los resultados.

**Palabras clave:** Psicoterapia Analítica Funcional; relaciones terapéuticas; eficacia y efectividad; formación del yo.

## ABSTRACT

In this work there are exposed the characteristics, the foundations and the behavioral roots that support the Functional Analytical Psychotherapy (FAP) and its recent advances. Their foundations are: (a) the functional analysis of the client's direct behavior that happens during the session, (b) the shaping and natural contingencies of reinforcement that happen inside the clinical session, and (c) the functional equivalence between the clinical context and the daily life problems. As characteristics, FAP outlines some aims of intervention, referred to as Clinical Relevant Behavior (CRB); and also five therapeutic rules as fundamental guidance for the therapist. The FAP emphasized the client-therapist relationship, and this gives the opportunity to shape and to reinforce the improvements into the in situ clinical session. Their major conceptual contribution is the theory about the formation of Self, doing a refined analysis of the personality problems and its treatment. There are described also the recent studies of efficacy and effectiveness of this therapy with very positive results in different types of disorders. Finally, its integration with other therapies of third generation is discussed, which produces synergy effects in the results.

**Keywords:** Functional Analytic Psychotherapy; therapeutic relationships; efficacy; effectiveness; formation of self.

Correspondencia: Rafael Ferro García. Centro de Psicología Clínica C.E.D.I. Avda. de la Constitución, 25, 7º Izqda. 18014 Granada. Correo electrónico: rferro@cop.es

El primer artículo sobre la Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) aparece por primera vez (Kohlenberg & Tsai, 1987) junto con la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT, Hayes, 1987) con la que comparte principios filosóficos. Ambas se encuadran dentro del movimiento llamado Análisis de la Conducta Clínica (Dougher & Hayes, 2000; Kohlenberg, Tsai, & Dougher, 1993), en lo que sería una evolución del análisis funcional de la conducta, que toma en consideración las últimas novedades sobre el estudio funcional del lenguaje: los estudios sobre la conducta gobernada por la regla, y los de relaciones de equivalencia entre estímulos. En este sentido comparte principios conductuales con otras terapias como la Terapia de Conducta Dialéctica (Linehan, 1993), la Terapia Conductual Integrativa de Pareja (Jacobson & Christensen, 1996), y la Terapia de Activación Conductual (Jacobson, Martell, & Dimidjian, 2001; Martell, Addis, & Jacobson, 2001). Todas ellas han constituido las denominadas terapias de tercera generación (Hayes, 2004; O'Donohue, 1998; Pérez Álvarez, 2006) y terapias contextuales (Pérez Álvarez, 2014).

Desde su primer manual (Kohlenberg & Tsai, 1991) se han publicado nuevos manuales (Kanter, Tsai, & Kohlenberg, 2010; Tsai, Kohlenberg, et al., 2009; Tsai, Kohlenberg, Kanter, Holman, & Loudon, 2012), y un monográfico sobre ésta en la revista *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy* (2012, Vol 7, nº 2 y 3). Si bien comparte principios filosóficos con las terapias mencionadas, la FAP reconsidera la situación terapéutica en sí misma como la interacción fundamental para que ocurra el cambio de conducta (Valero & Ferro, 2015). En

este sentido, el propio nombre de esta terapia, analítica funcional, es toda una revelación de intenciones acerca de su cometido, es decir, realizar un análisis funcional (AF) de la conducta del cliente (García-Montes & Pérez-Álvarez, 2003). Es la única terapia que plantea de manera explícita el AF de la relación terapéutica, en cuanto que ésta se asume como una condición natural en la que ocurren los problemas del cliente, y no como un lugar de entrenamiento (Pérez Álvarez, 2006). Quizás sea la terapia más conductista radical y la más básica en el sentido de poder ser la base de otras terapias. Es decir, es una psicoterapia en sí misma y también puede ser combinada con cualquier terapia produciendo unos resultados sinérgicos (Kohlenberg et al., 2005). Además, es una terapia integradora en el sentido de que puede integrar ejercicios y/o metáforas de otras terapias sin perder su fundamento teórico, siempre que ayuden al cliente (López, Ferro, & Valero, 2010; Tsai, Kohlenberg, Kanter, & Waltz, 2009;). Asume que las causas de la psicopatología y su tratamiento están íntimamente relacionadas con las relaciones interpersonales (Baruch, Kanter, Busch, & Juskiwicz, 2009).

En este artículo se van a analizar las bases y los procesos de cambio terapéutico en la FAP, describiendo las características fundamentales que la diferencian de otras terapias de tercera generación, incluyendo la forma de conceptualizar los casos y también su teoría sobre los problemas del Yo, revisando también los recientes avances que han ido apareciendo, con las distintas líneas de investigación y los estudios de eficacia y efectividad realizados hasta el momento.

### Fundamentos teóricos

La FAP tiene un marcado carácter idiográfico, se fundamenta en el AF de la conducta del cliente que ocurre durante la sesión, especialmente la conducta verbal, las contingencias de reforzamiento natural y el moldeamiento, y la equivalencia funcional del contexto clínico con la vida diaria de éste (Kohlenberg & Tsai, 1991, 1995).

La relación terapéutica es esencialmente una relación verbal. De hecho casi todas las psicoterapias son terapias verbales. Así pues, desde la FAP es algo principal entender cuáles son las funciones de la conducta verbal en esa relación. Siguiendo los planteamientos skinnerianos, se presta especial atención a dos de las funciones del lenguaje. Los tactos (Skinner, 1957/1981) se refieren a la conducta verbal que es evocada y diferenciada por situaciones concretas y particulares. Depende por tanto de un control discriminativo y está mantenida por reforzadores generalizados. Estos representan la clásica función "referencial" del lenguaje. Así pues, los tactos suponen acciones como: nombrar, describir, identificar, anunciar, referir, denotar, mencionar, hablar acerca de algo, etc. Por otro lado, los mandos se definen (Skinner, 1957/1981) como una operante verbal en la que la respuesta es reforzada por una consecuencia característica y, por consiguiente, está bajo el control de las condiciones de privación o estimulación aversiva. Serían, por tanto, operantes verbales no discriminadas que por lo general implican acciones como: pedir, demandar, requerir, ordenar, mandar, etc. Es frecuente que la relación verbal se presente con una morfología de tacto pero con función de

mando. Skinner los definió como tactos impuros y Kohlenberg y Tsai, se refirieron a ellos como mandos disfrazados. Este tipo de mandos disfrazados tienen una importancia capital en la FAP por cuanto que sirven para identificar correctamente las Conductas Clínicamente Relevantes (CCR) y son una manera de promover la generalización y la equivalencia funcional entre ambos contextos: clínico y cotidiano. La tarea fundamental del terapeuta será clasificar la conducta del cliente según su función (tacto, mando, mando disfrazado) y si está referida a la situación clínica, a su vida cotidiana o tiene causación múltiple (Kohlenberg & Tsai, 1991)

En algunos casos parece que se nos anuncia algo y por tanto se diría que son tactos, sin embargo un análisis detallado de la secuencia conductual nos aporta elementos suficientes para concluir que nos están mandando algo. Por ejemplo, un cliente que en una cita dijera: "hoy no tenía ninguna gana de levantarme, pensaba que no podía". El terapeuta en este caso debería cuestionar si, aún describiendo la dificultad de levantarse, no se estaría refiriendo a la conducta de evitar acudir a la cita por lo que se pudiera hablar ese día o por otras razones. Otros ejemplos de mandos disfrazados son más sofisticados y llegan a abarcar secuencias conductuales más amplias. Como en el caso de un chico de 30 años con problemas depresivos que aludió de forma sutil a un suicidio en un escrito para su pareja. El terapeuta hipotetizó que era un mando disfrazado para ella, haciendo menos probable la ocurrencia de castigo por parte de su novia. Y además, podría tratarse de un mando disfrazado para el terapeuta al que le está pidiendo que le ayude,

de manera que sirve de ejemplo de las equivalencias funcionales de determinados comportamientos dentro y fuera de la sesión.

Como señalábamos antes, mediante la observación natural de la conducta del cliente, el terapeuta debe identificar las CCR y clasificarlas. En general, un cliente con problemas de ansiedad social va a presentar repertorios de evitación en el contexto clínico similares a los que presenta en su rutina diaria. Otro con problemas obsesivos y rigidez conductual con patrones de comprobación preguntará una y otra vez sobre qué debe hacer. Relacionar lo que el cliente hace dentro de la consulta y fuera de ella será una constante en la FAP. Además de resultar funcional para el terapeuta en cuanto a la identificación de CCR también será funcional para el cliente identificar y tomar perspectiva sobre sus problemas y la solución.

La herramienta fundamental que tiene el terapeuta de FAP será su propia reacción como posible contingencia respecto a la conducta del cliente. De forma continua va a estar utilizando el moldeamiento y el reforzamiento diferencial. El procedimiento de moldeamiento por aproximaciones sucesivas fue ya descrito por Skinner (1938/1975), y consiste en reforzar diferencialmente las respuestas aproximativas hasta la respuesta-objetivo final que se desea conseguir, en este caso las mejorías. Además, ese reforzamiento diferencial supone que el terapeuta irá reforzando las conductas consideradas como adecuadas, y extinguendo las no deseadas. En FAP se emplea el reforzamiento social de manera natural en la propia interacción. En lugar de utilizar formas de reforzamiento artificial (como por ejemplo felicitarlo

por algo que haya hecho bien), el terapeuta de FAP sigue la conversación, reaccionando con gestos a esa exposición expresada, manteniendo la sonrisa y el contacto ocular, alegrándose; o haciendo gestos negativos si quiere castigar alguna afirmación del cliente, etc. En suma, actuaría como en una conversación entre dos amigos/as, aunque teniendo muy claros cuáles son sus objetivos.

El contexto clínico es un espacio protegido, un sitio seguro, con un terapeuta que escucha y no juzga, que va a prestar atención de manera natural a lo que dice, que va a reforzar muchas de esas afirmaciones, que va a validar lo que diga. El terapeuta, pues, va a ser una "audiencia no punitiva" (Skinner (1953/1981), no tanto porque el cliente pueda expresar emociones y "desahogarse", sino porque va recibir atención y contingencias diferentes a las que se dan en su vida diaria. A lo largo de la relación terapéutica se va a ir creando una relación profunda, lo que suele conocerse como "empatía" o "alianza terapéutica". Pero en FAP no es un efecto añadido de la terapia, sino que es el efecto que se busca expresamente. Para lograrlo, el terapeuta ha de tener en su repertorio ya esa forma de respuesta inmediata y natural, que difícilmente se puede aprender por reglas, sino por experiencia directa. En el manual Kohlenberg y Tsai (1991) sugieren distintos estilos de reforzamiento natural directo o indirecto a seguir por parte del terapeuta.

Otra fundamentación de FAP son los conceptos de "equivalencia funcional" y "transferencia de función". Para conseguir que los avances dentro de la terapia se generalicen fuera, no se utiliza la simulación o role-playing,

sino la equivalencia funcional que se establece entre lo que ocurre dentro y fuera de la consulta. Se habla de equivalencia funcional cuando los factores de control de una conducta son similares, es decir, si las variables antecedentes y consecuentes son las mismas en ambos contextos. Los problemas del cliente deben ser tratados como clases de respuestas. Por ejemplo, una persona con una historia pasada de sumisión a su padre podría mostrar la misma sumisión ante el terapeuta (siempre darle la razón, obedecer en tareas que se manden para casa, etc.). Todas ellas serían una única clase de respuestas, con una equivalencia funcional con la sumisión que muestra en su vida diaria.

Por su parte, el concepto de "transferencia de función" implica no solo que las conductas en ambos contextos sean equivalentes funcionalmente, sino que la función que tienen en un contexto puede hacer que cambie en el otro. Así, en ese mismo ejemplo, si el terapeuta consigue que el cliente se rebele, se enfrente a él, se espera que, de forma similar, esa nueva función en terapia se transfiera a su vida diaria y también conteste, y se independice de la influencia de su padre. Kohlenberg y Tsai (1991) defienden que la conocida "transferencia psicoanalítica" no es sino una conducta operante que ocurriría debido a la similitud entre la situación presente durante la terapia y aquellas otras situaciones similares experimentadas por el cliente en su pasado o en su vida social actual. En este sentido, desde FAP se va a proporcionar la transferencia de fuera-adentro, creando situaciones dentro que provoquen los problemas para que el terapeuta tenga ocasión para moldearlas, y también transferencia

dentro-afuera para que lo cambiado durante la sesión se generalice a la vida diaria de esa persona.

### **Características fundamentales**

La FAP tiene sus bases enraizadas en el AF, y trata de aplicar los conocimientos sobre éste al diálogo e interacción continua que tiene lugar durante la sesión. De ahí que los objetivos básicos del terapeuta van a consistir en qué conductas desea aumentar y cuáles desea disminuir, utilizando sus propias habilidades para moldearlas. Por eso, la FAP da unas orientaciones de actuación al terapeuta (cinco reglas). El terapeuta ha de tener en cuenta in mente esos objetivos y esas reglas de manera continua, junto con sus conocimientos sobre AF y experiencia previa clínica y vital para ir desarrollando el proceso terapéutico.

En la FAP se resalta la importancia de lo que el cliente hace y dice en la propia sesión, directamente ante el terapeuta. A esto se denomina Conductas Clínicamente Relevantes (CCR), y no son otra cosa que lo que una persona hace, incluyendo hablar, pensar, sentir, ver, oír, recordar, etc., dentro de la situación clínica.

Se diferencian tres tipos de estas conductas que el terapeuta debe aprender a identificar como objetivos terapéuticos (Kohlenberg y Tsai, 1991, 1994a, 1994b, 1995; Kohlenberg, Tsai y Kanter, 2009). Las CCR tipo 1 son los problemas del cliente que ocurren durante la sesión, y cuya frecuencia debería ser disminuida mediante la terapia. Están bajo control de estímulos aversivos y suelen consistir en conductas de evitación. Las CCR tipo 2 son las mejorías del cliente que ocurren durante la sesión. Las

CCR tipo 3 serían 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 elicidores que están asociados a ella. A continuación, se exponen varios ejemplos de CCR.

- Una mujer con un trastorno obsesivo compulsivo que durante las primeras consultas se queja reiteradamente de lo mal que está, sin dejar hablar al terapeuta (CCR1). Cuando el terapeuta le hace alguna sugerencia, responde evitándola, culpando a su marido de lo que le ocurre a ella (CCR1).

- Una paciente con un trastorno leve del yo, habla de su hija pequeña y de lo mal que lo pasa cuando otras personas hacen comentarios acerca de su niña porque cree que los demás piensan que es fea y que no la lleva vestida adecuadamente (CCR1).

- Una joven con un yo inestable, que es muy sensible a las críticas de los demás, le refiere al terapeuta que ella nunca sale a la calle sin ir muy arreglada y maquillada y que se ha peleado con una amiga por subir ésta a Facebook una foto suya en la que, según ella, no parece atractiva. Al preguntarle el por qué, ella se queja de su aspecto y llora (CCR1).

La FAP también tiene muy en cuenta las conductas del terapeuta durante la sesión. Para ello se proponen 5 Reglas Terapéuticas, que ayudan a evocar, señalar, reforzar e interpretar las conductas del cliente (Kohlenberg & Tsai, 1991, 1994a, 1995; Tsai, Kohlenberg, Kanter, & Waltz, 2009). La Regla nº 1, consiste en observar las posibles CCR durante la sesión

terapéutica. Como proponen Tsai, Kohlenberg, Kanter y Waltz (2009) podemos usar nuestras propias reacciones como un sensor válido de las CCR del cliente.

La Regla nº2 propone construir un ambiente terapéutico que evoque las CCR. Para Tsai, Kohlenberg, Kanter y Waltz (2009) hay que estructurar la terapia para que sea evocativa desde el inicio usando algunos ejercicios o cuestionarios (por ejemplo, el cuestionario de inicio de terapia, preguntas típicas, y/o a través de tareas para casa) todos descritos en el apéndice de Tsai, Kohlenberg, Kanter, Kohlenberg et al. (2009). Como antes se ha mencionado, FAP es una psicoterapia integrativa y en ella se pueden usar diferentes técnicas de otras orientaciones, conociendo siempre la funcionalidad con que se utilizan. Es el propio terapeuta quien tiene que decidir si pueden ayudar a evocar CCR en el cliente y si lo pueden ayudar. Se pueden usar métodos terapéuticos evocativos como: ejercicios de asociación libre, ejercicios de escritura, etc. (Tsai, Kohlenberg, Kanter, & Waltz, 2009).

La Regla nº 3, consiste en organizar el reforzamiento positivo de las CCR tipo 2 de una manera natural. Se proponen una serie de factores que determinan si las reacciones del terapeuta son probablemente naturales y afectuosas (Tsai, Kohlenberg, Kanter, & Waltz, 2009): (a) responder a las CCR1 de forma efectiva, (b) fijarse en los intereses del cliente y reforzar sus mejoras, (c) tener presentes los objetivos del cliente, (d) igualar nuestras expectativas con los repertorios actuales del cliente, y (e) amplificar nuestros sentimientos para aumentar su relevancia en la interacción con el cliente. De

nuevo, se recomienda reforzar clases de respuestas y no conductas específicas y que el terapeuta desarrolle un estilo reforzante, adaptándose a los repertorios del cliente.

La Regla nº 4, trata de observar las propiedades reforzantes de la conducta del terapeuta en relación con las CCR del cliente. Hay que ser conscientes del impacto de uno mismo sobre el cliente y actuar en consecuencia, corrigiendo si es necesario, o bien siguiendo con lo que ha tenido efecto. La contingencia temporal puede traer problemas con la naturalidad, pues si reaccionamos muy deprisa podemos parecer artificiales y no proporcionar la generalización.

Y la Regla nº 5 que consiste en generar en el cliente un repertorio de descripción de las relaciones funcionales entre las variables de control y las conductas. Se moldea y se modela este repertorio de explicación correcta de la conducta. Pero además, se deben aplicar estrategias de generalización, como establecer un paralelismo entre las CCR dentro y fuera, comparando lo ocurrido dentro y fuera de la sesión y antes y después de lo ocurrido.

Un ejemplo de cómo se van produciendo tanto las CCR como las Reglas Terapéuticas en una situación clínica sería el siguiente diálogo:

Terapeuta (T): ¿Hay algo concreto por lo que creas conveniente que debamos empezar? (Regla 2)

Cliente (C): Me siento muy mal, me veo gordísima, enorme, al comer siento como si la comida no me llegara al estómago..., es una cosa muy rara. Yo es que soy muy rara, ¿verdad? ..., me doy asco, me siento sucia y creo que le doy asco a todo el mundo. (Mandos disfrazados) (Regla 1)

T: Siento que pienses eso (no lo refuerza, igual que las quejas). Me interesa mucho saber cómo saliste de aquí en la consulta anterior, qué pensabas, qué supuso para ti.

C: Pues he pensado mucho, pero pensar de reflexionar, no de comerme el coco. (CCR2)

T: Eso que dices me parece extraordinario, y además fíjate en cómo lo dices: te ocupas de matizar, de que yo comprenda lo que realmente quieres decirme. Seguro que si te expresas así en tu vida diaria la gente te entenderá muy bien. (Reglas 1 y 3)

C: Ríe... más me valdría (CCR2)

T: Si ahora lo estás haciendo será porque eres capaz...(Reglas 1 y 3)

C: ..., pues yo no quiero decepcionarle ni que piense mal de mí pero el viernes no fui a clase..., pero no piense mal de mí.

T: Bueno..., ¿y por qué no fuiste? (Regla 2)

C: Porque tenía un examen.

T:..., ¿y? (Regla 2)

C: (decidida y con naturalidad)... pues que antes que suspenderlo no lo hago (CCR2 porque no disfraza la evitación.)

T: Pues me alegra mucho que digas eso, y además que lo digas así. (Refuerza, Regla 3)

C: Sorprendida... pues si es que es verdad. Pero ¿por qué se alegra ?

T: Me alegro porque creo que es cierto, que tienes miedo al fracaso como todo el mundo. Y está muy bien reconocerlo, y además hacerlo con naturalidad...(Reglas 3 y 5).

En la terapia se dan situaciones que evocan CCR de una manera natural (Kohlenberg & Tsai, 1991): la propia estructura temporal de la terapia, las vacaciones del terapeuta, finalizar la terapia, los honorarios, los errores del terapeuta, los silencios en la conversación, la expresión de afecto del cliente, sentirse bien, la expresión de afecto por parte del terapeuta, sentirse cercano al terapeuta, las características del terapeuta, los acontecimientos inusuales y los sentimientos del terapeuta.

Como ya se ha indicado, la FAP está basada en una relación terapéutica especialmente cuidada. Para promover tanto el desarrollo de la relación terapéutica como las ocurrencias de CCR (Fernández-Parra & Ferro, 2006; Kohlenberg & Tsai, 1991) se sugiere lo siguiente:

1. Promover y reforzar los comentarios del cliente relacionados con los estímulos presentes en la situación terapéutica.
2. Fomentar las comparaciones controladas por acontecimientos que se den tanto en terapia como en la vida diaria.
3. Promover la expresión directa de deseos, peticiones y sugerencias.
4. Usar las descripciones que hace el cliente de acontecimientos sobre su vida, como metáforas de hechos que ocurren en la sesión.

### **La conceptualización del caso clínico**

Puesto que FAP supone una aplicación idiográfica del AF, como no puede ser de otro modo, en cada caso clínico ha de realizarse un análisis que permita esquematizar la intervención posterior. En FAP se han propuesto dos formas de conceptualizar un caso clínico: el esquema de conceptualización del caso (Kohlenberg & Tsai, 2000), y el cuestionario FIAT (Callaghan, 2006a).

El esquema de conceptualización define de una forma resumida y global los problemas que presenta el individuo en la evaluación inicial (puede consultarse un ejemplo práctico en Ferro, Valero, & López, 2009), agrupados en categorías globales o clases de respuestas funcionales:

1. Problemas de la vida diaria. Serían todas las conductas problemáticas que el individuo refiere, y que le molestan, le hacen sufrir o quiere cambiar. Siempre estarían agrupadas en categorías funcionales, por las consecuencias o el control estimular que tuviesen en común. Por ejemplo, estar aislado socialmente, evitar hablar de algo, no controlar sus emociones en público, tener cambios de humor continuos, etc.

2. Problemas en la sesión clínica. Serían todas aquellas conductas que aparecen en la sesión clínica, también agrupadas en clases funcionales. Por ejemplo, esquivar las preguntas continuamente, evitar la atención del terapeuta, llegar siempre tarde a las sesiones, enfadarse o gritar ante el terapeuta, quejarse continuamente, etc. Se ha de intentar establecer una generalización funcional que podría haber entre los primeros y los segundos tipos de problemas.

3. Historia personal relevante. Se refiere a los hechos relevantes en la vida del cliente que estén implicados en la posible etiología y en el mantenimiento de esos problemas. Evalúan como variables intervinientes históricas, que pueden estar en algún modo afectando al presente. Por ejemplo: experiencias traumáticas, situaciones de castigo o estrés continuado, reforzamiento no contingente en sus pautas educativas, cambios vitales en la familia, etc.

4. Conceptos cognitivos e ideas del individuo sobre qué es bienestar y salud y su posible interferencia con el tratamiento. Se trataría de recoger cuáles son las creencias, conceptos de la vida, valores personales, reglas de comportamiento, normas sociales asumidas, etc., que pudiesen estar influyendo en esas conductas problemáticas.

5. Los objetivos en la vida diaria. Se refiere a los objetivos finales que el cliente desearía conseguir, que deben aclararse y definirse desde el principio. Por ejemplo: mejorar las relaciones con su pareja, ser más abierto y sociable, presentarse a unas oposiciones, terminar los estudios, tener relaciones de intimidad, saber expresar sus emociones, etc.

6. Los objetivos en sesión. En este caso, serían los objetivos que el terapeuta va a ir fijando en la propia sesión, que serían paralelos a los que por generalización funcional se quieren conseguir en la vida diaria. Por ejemplo: expresar emociones ante el terapeuta, saber hacer alabanzas, iniciar de motu propio conversaciones, expresar intimidad y cercanía en la comunicación, etc.

Por otro lado, también se utiliza la escala FIAT (*Functional Idiographic Assessment Template*; Callaghan, 2006a; Kanter et al., 2009). Es una entrevista estructurada en la que se registran, como clases funcionales de conducta, aquellas dificultades y problemas que tiene el individuo a lo largo de las sesiones. Estas preguntas, al identificar los elementos antecedentes y consecuentes a esas conductas, ayudan al terapeuta a identificar de qué tipo de CCR se trata. Estas categorías son:

1. La aserción o la expresión de necesidad. Se valora la dificultad para identificar y expresar necesidades, la expresión de ideas, opiniones, deseos, etc.

2. Comunicación bidireccional. Se trata de ver los problemas en dar y recibir feedback durante la interacción, tanto positivo (cumplidos,

alabanzas) como negativo (críticas), sobre sí mismo y sobre los demás.

3. Los conflictos. Se refiere a la habilidad para identificar y hacer frente a los conflictos interpersonales, si se evitan, si se involucra, si van acompañados de cólera, si se evita el compromiso, si no se resuelven nunca, etc.

4. Cercanía personal. Se evalúan las dificultades para tener una cercanía interpersonal con otros, para hacer auto-revelaciones, para abrirse a los demás, para estar cercano a otra persona.

5. Experiencia emocional y su expresión. Se trata de valorar los posibles problemas hacia la identificación y la respuesta a experiencias emocionales (tanto positivas como negativas), las dificultades para identificar sentimientos, como amor, alegría, vanidad, vergüenza, humor, miedo, etc., y la forma cómo los maneja.

### **Una teoría sobre el desarrollo del Yo**

Desde luego, una de las mayores aportaciones de FAP a la psicología es su teoría sobre la formación del Yo, fruto de un entrenamiento socio-verbal. Se debe decir que el Yo no es la causa de la conducta y no puede explicarla, pero es innegable que es un fenómeno psicológico importante en la vida de una persona y también en psicoterapia. Parten Kohlenberg y Tsai (1991, 2001) de los primeros escritos sobre el tema de Skinner (1953/1971, 1957/1981), y desarrollan una base explicativa de cómo se forma verbalmente el Yo y cómo pueden aparecer sus problemas clínicos. El proceso de entrenar el informe verbal "Yo" es equivalente al aprendizaje de conceptos, y se da a una edad temprana que va de los 6 meses a los 2 años,

y lo realizan los padres y las personas que cuidan al niño. En una primera etapa, el "Yo" surge como una unidad independiente, a través del aprendizaje previo de frases más largas que contenían la unidad "Yo" ("Yo veo un pájaro", "Yo quiero un helado", "Yo tengo frío..."). Estas respuestas se aprenden como un todo y estas unidades largas no sólo describen un objeto sino también una actividad privada del niño (la experiencia de "ver" un pájaro, por ejemplo). Analizando la situación, hay una serie de estímulos tanto públicos como privados. El propio pájaro, los padres, la orientación del niño hacia el estímulo y la perspectiva del niño (la relación espacial entre el niño y los estímulos que le rodean) serían estímulos públicos. En este caso, la estimulación privada podría ser: el reflejo de orientación, la propia actividad fisiológica de ver y los componentes privados de la perspectiva (estímulos visuales, auditivos, olfatorios, gustativos, autonómicos y cinestésicos). En una segunda etapa, emergen unidades más pequeñas tras múltiples experiencias con las unidades de la etapa anterior, con esa actividad ("Veo una nube", "Yo veo un campo"... y con otras (querer, tener, oír, etc.). De este entrenamiento surge la unidad funcional "Yo veo X" y otras "yo X". Es en esta etapa donde la estimulación privada asociada a la actividad de ver va adquiriendo el control sobre la unidad "Yo veo..." más que el control público. Por último, es en la tercera etapa donde surge la unidad "Yo" como un elemento común de todas las "yo X" tras múltiples experiencias de la fase anterior. El Yo como unidad funcional está bajo control estimular de la localización física de esas experiencias de la perspectiva, del lugar desde

el que se "ve, siente, quiere...". Esta perspectiva como estímulo se aprende a través de marcos relacionales deícticos (Dymond & Roche, 2013; Hayes, Barnes-Holmes, & Roche, 2001), yo frente a tú, aquí frente allí, ahora frente antes ("tú quieres leche", frente a "yo quiero leche", por ejemplo). Esta alternancia en el entrenamiento de estos marcos deícticos (yo-tú, aquí-allí, antes-ahora) da lugar a la toma de perspectiva. La perspectiva es la localización física de las actividades privadas (ver, oler, querer, etc.) y la respuesta Yo está bajo control estimular de ésta perspectiva (Valero & Ferro, 2015).

Este aprendizaje se hace de forma más aleatoria y asistemática. La tarea para los padres es ardua, por la dificultad de acceder a la actividad privada del niño, y es fácil que este entrenamiento no se haga de manera adecuada (por ejemplo, en un ambiente familiar patológico). De esta manera, el grado de dificultad que presente una persona varía en función del grado de control privado sobre las respuestas relacionadas con su Yo (veo, siento, quiero...). En general, cuantas menos respuestas de este tipo se tengan bajo control privado, mayor será la confusión o dificultad al contestar preguntas que tengan que ver con sus preferencias personales, deseos, valores, etc. Por ejemplo, en casos donde la estimulación pública está poco clara el entrenamiento puede ser diferente. Pongamos el caso de un niño que ha visto pasar un pájaro volando, y sus padres no, Si los padres castigan tal respuesta: "tú no has visto nada" y esto se repite, el control de ver algo difuso estará bajo control público de los padres, y la persona no verá tal estimulación en ausencia de estas personas y otras equiva-

lentes. No son casos de falta de asertividad o timidez, sino que en estos casos, la relación "Yo veo..." no está bajo control privado. Si por el contrario los padres refuerzan tales informes cuando ellos no han tenido acceso al estímulo de control, proporcionan un ambiente normal y no patológico.

Los problemas de personalidad tienen su origen en un aprendizaje poco adecuado en la formación del Yo, porque las contingencias de los padres han sido poco estructuradas, por pérdida de control de la estimulación privada y/o por contingencias que han mantenido discrepancia entre eventos privados y públicos, situaciones de castigo frecuente, inconsistencia en el entrenamiento, etc. Las personas con trastornos del Yo tienen un número significativo de respuestas del tipo "yo X" bajo control público total o parcial (Kohlenberg & Tsai, 1991, 2001) y su sentido del Yo se verá afectado. Nos estaríamos refiriendo a personas que no saben qué quieren, sienten o piensan, y/o estas experiencias pueden estar condicionadas en función de quién pueda estar presente. Desde FAP se distingue entre trastornos graves y menos graves del Yo en un continuo en función del número de respuestas "yo X" que estén bajo control privado. La gravedad del trastorno va a depender del tipo unidad funcional (quiero, siento, pienso) y del número (una, varias o todas) que este bajo control público. En el extremo más grave estarían los casos en los que los padres que no han establecido un control privado necesario en las unidades funcionales "yo X". En el extremo más leve, los casos en los cuales el control privado es insuficiente. En general, cuantas menos respuestas "yo X" tenga

una persona bajo control privado, mayor será la confusión y la dificultad al contestar preguntas que tengan que ver con sus preferencias personales, sus deseos, sus valores, etc. y en general, lo que tenga que ver con él mismo (Valero & Ferro, 2015).

Los trastornos del yo leves, según Kohlenberg y Tsai (1991, 2001), serían: un Yo Inseguro, cuando hay dificultades para saber qué se quiere, siente o qué piensa; un Yo Inestable, cuando la persona tiene dificultad para establecer relaciones de intimidad con los demás y tiende a evitarlas, y suele ser muy sensible a las opiniones y/o críticas de los demás; y el último tipo, sería la persona con dificultad para ser espontánea y/o creativa. Los trastornos leves del yo (inseguro e inestable) son muy comunes en la práctica clínica y pueden ser considerados como un factor transdiagnóstico, que recorre de forma transversal diferentes problemas diagnósticos definidos topográficamente (Valero y Ferro, 2015).

También la teoría permite explicar los trastornos más graves como: el Trastorno de Personalidad Límite, Trastornos Narcisista y la Personalidad Múltiple (Kohlenberg & Tsai, 1991; Kohlenberg, Tsai, Kanter, & Parker, 2009), y reconceptualizar la taxonomía de los trastornos de personalidad de los sistemas de DSM, como se exponen en Valero y Ferro (2015).

La intervención ante estos problemas consiste en validar al cliente, es decir, darle valor como persona, a lo que piensa, siente o quiere, y se centra en reforzar de forma natural las relaciones "yo X" apropiadas en la propia terapia. Así, hay que reforzar que se hable en ausencia de indicaciones externas específicas, igualar

las tareas terapéuticas al nivel de control privado del repertorio del cliente, reforzar todas las respuestas “yo X” que surjan, y usar técnicas de auto-observación y de toma de conciencia y de perspectiva (Kohlenberg & Tsai, 1991, 2001; Kohlenberg, Tsai, Kanter, & Parker, 2009; Valero & Ferro, 2015).

### El camino que está siguiendo FAP

En una revisión reciente (Valero & Ferro, 2015) y en una anterior (Mangabeira, Kanter, & Del Prette, 2012) aparecen unos 90 autores diferentes que publican en FAP distribuidos en 3 países fundamentalmente: USA, Brasil y España. Tras el monográfico sobre FAP en *International Journal Of Behavioral Consultation And Therapy* (2012, vol. 7, nº 2-3), ha habido un incremento de publicaciones tanto en países (Colombia, Italia, Canadá, Reino Unido, Australia) como en el número de grupos de investigación en USA, y en la colaboración entre grupos de diferentes países. Más concretamente, en esta última revisión se ha constatado que ha

habido un crecimiento exponencial en el número de publicaciones en los últimos 10 años, en especial en las empíricas, como se puede ver en la Figura 1, fundamentalmente en diseños experimentales y cuasi-experimentales.

Siguiendo la revisión citada de Valero y Ferro (2015), las líneas de investigación llevadas a cabo actualmente en FAP podrían resumirse en estudios de efectividad y eficacia, el estudio de los principios conductuales básicos, formas de evaluación y conceptualización de casos, instrumentos de medida e intervención, procedimientos para mejorar y supervisar a los terapeutas, y su integración con otras terapias.

### Estudios sobre eficacia y efectividad

FAP es una forma de terapia donde las mejoras y los cambios han de medirse en la interacción entre terapeuta y cliente, además de los cambios subsiguientes en la vida diaria. De hecho, gran parte de las publicaciones sobre la eficacia y efectividad de FAP se basan en casos clínicos y diseños de caso único, y solo algunos

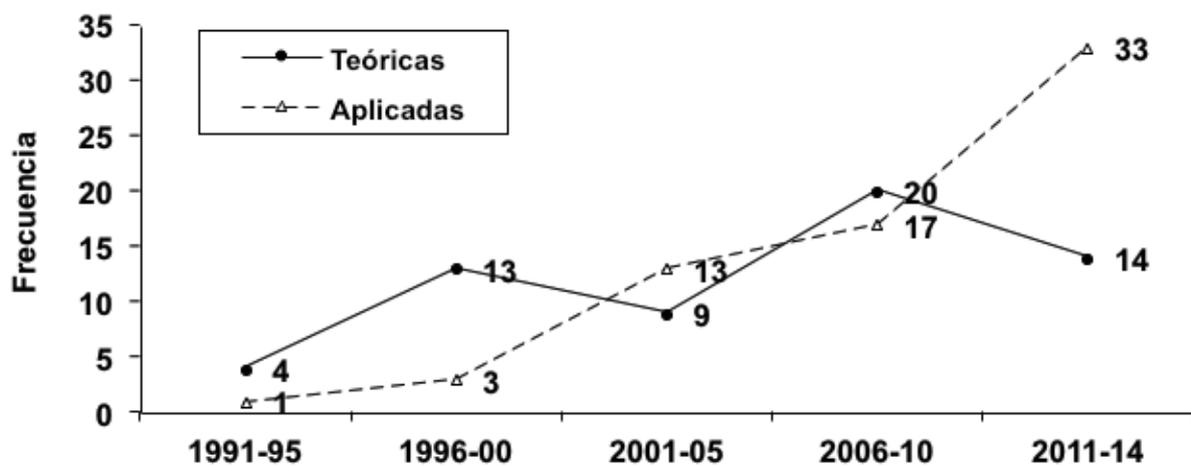


Figura 1. Número de publicaciones sobre FAP, tanto teóricas como aplicadas, de los últimos 25 años agrupadas por lustros.

otros en comparaciones intra o entre-grupos. Pueden consultarse revisiones más recientes (Mangabeira, Kanter, & Prette, 2012, y Valero & Ferro, 2015).

Los primeros estudios clínicos de FAP han sido sobre casos con diversos tipos de problemas, sin una patología diagnóstica única, donde se transcriben las interacciones entre el cliente y el terapeuta. Posteriormente se publicaron diseños de caso único, con medidas repetidas de línea-base de distintos tipos de conductas en cada caso, pero añadiendo mediciones pre-post con cuestionarios estandarizados y específicos de FAP.

Así, se han tratado con FAP numerosos casos de trastornos y problemas depresivos (Ferro, López y Valero, 2012; Ferro, Valero, & Vives, 2000; Kohlenberg y Tsai, 1994a; López, Ferro, & Valero, 2010; Sousa, 2003; Perguer & Colombini, 2010).

Los autores originales trataron mediante FAP el caso de una persona con trastorno límite de personalidad (Kohlenberg & Tsai, 2000), y posteriormente se han presentado también varios casos de trastornos diversos de personalidad (Callaghan, Summers, & Weidman, 2003; Manduchi & Shoendorff, 2012; McClafferty, 2012; Olivencia & Cangas, 2005).

Kohlenberg y Tsai (1998) han tratado problemas complejos en casos sobre problemas de ansiedad, insomnio, pesadillas y trastorno de estrés postraumático. Casos similares de estrés postraumático y problemas diversos son los de Wagner (2005), Prins y Callaghan (2002). El grupo brasileño de Luc Vandenberghe (Vandenberghe, Cruz, & Ferro, 2003; Vandenberghe & Ferro, 2005; Vandenberghe, Ferro, & Cruz,

2003) ha presentado varios casos sobre dolor crónico. Se ha aplicado también FAP en problemas de tipo sexual (Nasser & Vandenberghe, 2005; Paul, Marx, & Orsillo, 1999; Vandenberghe, Nasser, & Silva, 2010). El estudio de Kanter et al. (2006) y Busch et al. (2009) estudiaron en un diseño A-B-B+C los cambios en varios casos clínicos con problemas depresivos, además de otros problemas de personalidad, utilizando primero terapia cognitiva habitual y luego añadiendo ocho sesiones de FAP, advirtiendo que los cambios aparecieron solo después de añadir esta nueva terapia. Diseños similares acumulativos se han utilizado en los estudios de Weeks (2013) sobre terapia de parejas y Landes, Kanter, Weeks y Bush (2013) aplicaron FAP sobre diversos clientes con problemas de relaciones y habilidades sociales.

Otro tipo de problema clínico donde se ha aplicado FAP ha sido en trastornos alimentarios. Es el caso de Martín-Murcia, Cangas y Pardo (2011), en el que se combinaron también las metáforas y ejercicios experienciales de ACT en el mismo tratamiento. Oshiro, Kanter y Meyer (2012) utilizaron un diseño reversible (ABABA) para mostrar la eficacia de FAP y el mecanismo de cambio progresivo en dos clientes con problemas de relaciones sociales, agresividad verbal y verborrea, que les impedían relaciones estrechas con otras personas.

Por su parte, los estudios de grupo han probado en su mayoría el efecto de la terapia combinada al añadir FAP a un tratamiento cognitivo-conductual estandarizado. Por ejemplo, el programa LIVE para adolescentes de Gaynor y Lawrence (2002); la combinación de FAP y la Terapia Interpersonal (Maitland &

Gaynor, 2012); los estudios sobre tratamiento de relaciones de pareja (Holman et al., 2012). Otro estudio de efectividad comparativa es el de Kohlenberg et al. (2002) a lo largo de tres años comparando la terapia cognitiva tipo Beck frente a lo que denominaron terapia mejorada con FAP (FECT), con una mejora del 79% de los participantes en el grupo frente al 60% en el grupo de terapia cognitivo-conductual. Otro estudio comparativo es el de Gifford et al. (2011) sobre tabaquismo, comparando la terapia farmacológica frente a la terapia combinada de fármaco, ACT y FAP juntos. Este último grupo obtuvo los mejores resultados, menos abandonos y una mayor abstinencia de todos los participantes.

Otra línea de investigación de FAP está relacionada con su extensión a otros tipos de poblaciones. Es el caso de la denominada *Functional Analytic Rehabilitation* (FAR, Dykstra, Shontz, Indovina, & Moran, 2010; Holmes et al., 2003) con personas institucionalizadas con trastornos mentales graves. También su utilización en grupos, como es el caso de la terapia de parejas, ya mencionada anteriormente. Incluso su aplicación en niños con trastornos negativista-desafiantes (Gosch & Vandenberghe, 2004; Vandenberghe & Basso, 2004), y en adolescentes con problemas de habilidades sociales de tratamiento en grupo (Cattivelli, Tirelli, Berardo, & Perini, 2012; Padilla, 2013).

### Formas de evaluación

Desde FAP se han desarrollado formas de evaluación específica, puesto que no interesa tanto evaluar los trastornos psicopatológicos como entidades, sino conductas concretas y

variables relevantes de esas conductas. Además, interesa la evaluación de relaciones funcionales, entre el cliente y las circunstancias de su vida habitual, y también entre terapeuta y cliente. La evaluación, pues, requiere la observación sistemática de esas CCR y cómo cambian a lo largo del proceso terapéutico. Un concepto importante en esta evaluación es el de clase funcional, como se ha comentado.

Se han creado diversos cuestionarios como herramientas útiles que ayudan al terapeuta, y que también dejan por escrito a manera de autorregistro y producto de los problemas que constituyen los objetivos de cambio durante el proceso. Estos cuestionarios aparecen recogidos en el libro original de Tsai et al. (2009), y son, por ejemplo: Cuestionario Preliminar FAP, Cuestionario de Comienzo de la Terapia, Formulario Puente entre Sesiones, Cuestionarios de Mitad de la Terapia, Cuestionario de Final de la Terapia, Registro del Riesgo Emocional, y la Instantánea Vital FAP.

Por otro lado, se han creado sistemas de observación sistemática de las interacciones entre terapeuta y cliente. Son sistemas que categorizan las conductas a partir de las grabaciones de video o de sonido de las sesiones. Uno de ellos es el *Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale* (FAPRS, Bush et al., 2010; Callaghan & Follette, 2008; Callaghan et al., 2008; Follette & Callaghan, 2008), que contiene 6 códigos de conducta del terapeuta y otros 6 códigos del cliente, agrupados fundamentalmente por el tipo de CCR de que se trate. Otro es el denominado Sistema Multidimensional de Codificación de Conductas en la Interacción Terapeuta-Cliente (SiMCCIT, Zamignani, 2007) que codifica no

solo las distintas verbalizaciones del terapeuta, sino también su comunicación gestual en diversas categorías descriptivas y funcionales según las contingencias que presente.

También se han elaborado cuestionarios para la evaluación del cliente y del terapeuta individualmente. En el primer caso, sería el caso de la escala EOSS (*The Experience of Self Scale*; Kanter, Parker, & Kohlenberg, 2001; Valero, Ferro, López, & Selva, 2012, 2014) que se trata de evaluar la concepción del Yo del cliente. Y también la escala FAPIS (*FAP Intimacy Scale*, Leonard et al., 2014) para evaluar las conductas relacionadas con la intimidad dentro y fuera de la terapia.

La evaluación del propio terapeuta también es un elemento fundamental en FAP, puesto que es necesaria como feedback de la labor realizada y la evaluación de las distintas áreas conductuales que ha de desarrollar el terapeuta a lo largo de la interacción en las sesiones. Además, constituye parte del entrenamiento y supervisión del terapeuta. Así, se ha creado el cuestionario FASIT (*Functional Assessment of Skills for Interpersonal Therapists*, Callaghan, 2006b), que evalúa y clasifica los problemas que el terapeuta puede tener durante el proceso; y la escala THISS (*Therapist In-Session Strategy Scale*, Kohlenberg, Kanter, Bolling, Parker, & Tsai, 2002).

### **Estudios sobre el entrenamiento y supervisión de terapeutas**

Los estudios para la supervisión y el entrenamiento de terapeutas llevan realizándose desde hace más de una década desde FAP. Para mejorar las habilidades del terapeuta,

Callaghan (2006b) elaboró la mencionada escala FASIT. Se ha aplicado en varios estudios demostrando su utilidad (Callaghan, Gregg, Marx, Kohlenberg, & Gifford, 2004; Kohlenberg, Kanter, Bolling, Parker, & Tsai, 2002). Recientemente Schoendorff y Steinwachs (2012) han propuesto el uso de FAP para entrenar terapeutas ACT aunque todavía no se han publicado datos de este proyecto. Por otro lado, desde Brasil se han realizado dos experiencias de supervisión para psicólogos noveles en FAP y se han descrito los cambios que ha producido tal supervisión (Wielenska & Oshiro, 2012). Recientemente se publicó un ejemplo de supervisión y tratamiento de un trastorno de personalidad realizado por un terapeuta no experto en FAP (Manduchi & Schoendorff, 2012). Desde la propia Universidad de Washington se está llevando a cabo un estudio piloto aleatorizado de entrenamiento y supervisión de terapeutas a través de Internet, dirigido por Mavis Tsai, y del que presentan resultados muy prometedores (Kanter, Tsai, Holman, & Koerner, 2013).

### **Su integración con otras terapias**

FAP puede ayudar con sus principios a mejorar otras terapias y así lo ha hecho desde los comienzos de las terapias contextuales (Dougher & Hackbert, 1994). Se ha integrado con la Terapia Cognitiva de Beck, con la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), con Activación Conductual (AC) e incluso, con terapias que promueven el mindfulness.

Una de las integraciones pioneras fue su combinación con la Terapia Cognitiva de Beck a lo que se denominó *FAP-Enhanced Cognitive Therapy* (Kohlenberg et al., 2002; Kohlenberg,

Kanter, Tsai, & Weeks, 2010), que como se ha mencionado anteriormente, consiguió una mejora considerable al añadir FAP a la terapia habitual. Por otro lado, Gaynor y Scott (2002) realizaron un estudio con un diseño intragrupo con medidas repetidas, donde se integró FAP en la terapia cognitiva de Beck en el tratamiento de adolescentes depresivos. Los resultados indicaron que hubo una gran mejoría en los problemas depresivos, manteniéndose en un seguimiento de 6 meses. Recientemente Pedersen et al. (2012), muestran como FAP ayuda a mejorar la terapia cognitiva en un caso de una mujer con estrés postraumático y trastorno de personalidad mostrando un mayor decremento en las medidas tras integrar FAP.

La integración con ACT es una de las que más publicaciones ha producido. Uno de los trabajos pioneros fue el de Paul, Marx y Orsillo (1999), en el que combina ambas para el tratamiento de un caso de exhibicionismo obteniendo buenos resultados. En la Universidad de Reno se ha aplicado junto con ACT, en lo que se ha denominado *Functional Analytic Acceptance and Commitment Therapy* (FACT), en un programa para dejar de fumar (Callaghan, Gregg, Marx, Kohlenberg, & Gifford, 2004; Gifford et al., 2011), cuya combinación produjo mejores resultados que el tratamiento farmacológico solo, como se ha mencionado anteriormente. Esta integración de ACT y FAP se ha aplicado en varios casos clínicos, así Baruch, Kanter, Busch y Juskiwicz (2009) lo han aplicado en el tratamiento de un cliente con depresión mayor y síntomas psicóticos presentando notables mejoras en depresión, aceptación y relaciones sociales. Y también Martín-Murcia,

Cangas y Pardo (2011) en un trastorno de personalidad obsesivo que presentaba anorexia nerviosa mostrando resultados positivos. Otra integración de estas terapias se ha llevado a cabo con una adolescente que presentaba graves problemas obteniendo resultados positivos (Paéz & Luciano, 2012). Novoa y Guzmán (2008) aplican ambas terapias en un joven con un trastorno mixto ansioso-depresivo indicando unos buenos resultados.

Se han realizado estudios de caso de la integración de FAP en AC. Manos et al., (2009) han aplicado esta combinación en un estudio de caso mostrando buenos resultados. McClafferty (2012) lo ha aplicado en un caso de un hombre que presentaba un trastorno mixto ansioso-depresivo presentando diferencias significativas entre las medidas pre y post-intervención. También Holman et al. (2012) realizan un estudio piloto, donde han integrado FAP con AC y terapia clásica para dejar de fumar en 5 clientes que presentaban depresión mayor y consumo de tabaco. Los resultados indican que a 4 de los 5 clientes les remitió su depresión, y 3 de los 5 clientes dejaron de fumar después del tratamiento. Varios autores (Busch, Manos, Rusch, Bowe, & Kanter, 2010; Kanter, Manos, Busch, & Rusch, 2008) han señalado que FAP puede ayudar a AC, trabajando directamente las interacciones con el cliente en sesión, buscando reforzadores naturales y, en general, en aquellos casos donde la depresión provenga de dificultades para mantener relaciones personales íntimas y estrechas.

Se ha integrado FAP en terapias que promueven el *mindfulness*. El estudio de Bowen, Haworth, Grow, Tsai y Kolenberg (2012) compa-

ra en tres grupos, la meditación, la meditación mejorada con FAP y un grupo control, aunque los resultados no indican diferencias significativas claras. Por otro lado, Collins (2012) muestra un ejemplo de cómo adaptar la FAP a la terapia Hakomi que promueve el *mindfulness*.

### Conclusiones

Este trabajo expone las características y fundamentos de FAP, los procedimientos que explican el proceso de cambio, y los avances en la investigación que han ocurrido en los últimos años desde revisiones anteriores (Ferro, Valero, & López, 2007). La gran aportación de FAP ha sido darle la importancia que requiere a las relaciones terapéuticas convirtiéndolas en unas relaciones íntimas y curativas. Al centrarse en la relación terapéutica, y fundamentada como conducta verbal, es posible estudiar y aplicar todos los principios del análisis funcional para modificar in situ esas conductas. En este caso, los conceptos funcionales de Skinner sobre el lenguaje tienen su pleno desarrollo al identificar distintos tipos de conductas funcionales a las que el terapeuta ha de saber responder, y no tanto al contenido como suelen hacer las psicoterapias tradicionales, sino a la función de lo que dice el cliente. Además, es en FAP donde se ha dado una importancia primordial al efecto del terapeuta como audiencia que puede modificar poco a poco los problemas del individuo dentro de esa interacción entre los dos. Por otro lado, el paralelismo continuo que se establece entre los problemas del cliente dentro y fuera de la sesión, permite favorecer una generalización funcional que no se da en otras psicoterapias.

Desde luego, otra aportación importante de FAP es su teoría de la formación del Yo, que permite hacer un análisis muy detallado de los problemas relacionados con la personalidad, los distintos tipos de problemas del Yo y su tratamiento. Algo que no se había abordado desde las terapias de origen conductual, y se dejaba para las terapias más holísticas o "profundas", pero que será un tema muy tratado a partir de ahora en las terapias de tercera generación.

Por otro lado, la investigación sobre la eficacia de FAP continúa desarrollándose en distintas metodologías de caso único y también de estudios de grupo, creando nuevos instrumentos para la evaluación de las CCR, para el proceso de cambio, incluso para el entrenamiento de nuevos terapeutas. Esta investigación es creciente y ha mostrado en el mundo clínico que hay otras formas de investigar la relación terapéutica como tal, utilizando sobre todo la observación y la categorización de conductas que se dan en la interacción entre cliente y terapeuta. Puesto que el mecanismo de actuación es ese moldeamiento continuo durante la interacción, es ahí donde hay que incidir en investigar qué relaciones funcionales, qué funciones del lenguaje, y qué contingencias se están aplicando minuto a minuto para que se produzca el cambio progresivo, y no sólo observar los resultados finales tras la terapia.

Esperamos que este camino fructífero hasta ahora siga ampliándose y obteniendo más datos empíricos sobre la eficacia de FAP, y sobre todo de los mecanismos específicos de actuación en la interacción verbal, que serían también comunes a otras psicoterapias que utilizan la palabra como recurso terapéutico.

### Referencias

- Baruch, D. E., Kanter, J. W., Busch, A. M., & Juskiewicz, K. (2009). Enhancing the therapy relationship in Acceptance and Commitment Therapy for psychotic symptoms. *Clinical Case Studies, 8*, 241-257.
- Bowen, S., Haworth, K., Grow, J. Tsai, & Kohlenberg, R.J. (2012). Interpersonal mindfulness informed by Functional Analytic Psychotherapy: Finding from a Pilot Randomized Trial. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy, 7*, 2-3. 9-15.
- Busch, A. M., Kanter, J. W., Callaghan, G. M., Baruch, D.E., Weeks, C.E., & Berlin, K. S. (2009). A micro-process analysis of Functional Analytic Psychotherapy's mechanism of change. *Behavior Therapy, 40*, 3, 280-290.
- Busch, A. M., Manos, R. C., Rusch, L. C., Bove, W. M., & Kanter, J.W. (2010). Functional Analytic Psychotherapy and Behavioral Activation. En J. W. Kanter, M. Tsai, & R.J. Kohlenberg (Eds.). *Functional Analytic Psychotherapy in practice* (pp. 65-82). New York: Springer.
- Callaghan, G. M. (2006a). The Functional Idiographic Assessment Template (FIAT) System. *The Behavior Analyst Today, 7*, 357-398.
- Callaghan, G.M. (2006b). Functional Assessment of Skills for Interpersonal Therapists: The FASIT System. For the assessment of therapist behavior for interpersonally-based interventions including Functional Analytic Psychotherapy or FAP- enhanced treatments. *The Behavior Analyst Today, 7*, 399-433.
- Callaghan, G. M., & Follete, W. C. (2008). FAPRS Manual: Manual for the Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale. *The Behavior Analyst Today, 9*, 57-97.
- Callaghan, G. M., Follette, W. C., Ruckstuhl, Jr., L. E., & Linnerooth, P. J. N. (2008). The Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale (FAPRS): A behavioral psychotherapy coding system. *The Behavior Analyst Today, 9*, 98-116.
- Callaghan, G. M., Gregg, J. A., Marx, B. P., Kohlenberg, B. S., & 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., & 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*, 321-339.
- Cattivelli, R., Tirelli, V. Berardo, F., & Perini, S. (2012). Promoting appropriate behavior in daily life context using Functional Analytic Psychotherapy in early-adolescent children. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy, 7*, 25-32.
- Collins, P. (2012). An example of a Hakomi technique adapted for Functional Analytic Psychotherapy. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy, 7*, 33-38.
- Dougher, M. J., & Hackbert, L. (1994). A behavior-analytic account of depression and a case report using acceptance-based procedures. *The Behavior Analyst, 17*, 321-334.
- Dougher, M. J., & Hayes, S. C. (2000). Clinical Behavior Analysis. En M. J. Dougher (Ed.), *Clinical Behavior Analysis*. (pp.11-26). Reno: Context Press.
- Dymond, S., & Roche, B. (2013). *Advances in Relational Frame Theory. Research and Application*. Oakland: New Harbinger.
- Dystra, T. A., Shontz, K. A., Indovina, C. V., & Moran, D. J. (2010). The application of FAP to persons with serious mental illness. En J.W. Kanter, M. Tsai, & R. J. Kolenberg (Eds), *The practice of Functional Analytic Psychotherapy* (pp. 205-224). New York: Springer.
- Fernández-Parra, A., & Ferro-García, R. (2006). La Psicoterapia Analítico-Funcional: una aproximación contextual funcional al tratamiento psicológico. *Edupsykhé, 5*, 203-229.
- Ferro-García, R., López-Bermúdez, M. A., & Valero-Aguayo, L. (2012) Treatment of a disorder of self through Functional Analytic Psychotherapy. *Internacional Journal of Behavioral Consultation and Therapy, 7*, 45-51.

- Ferro-García, R., Valero-Aguayo, L., & López-Bermúdez, M. A. (2007). Novedades y aportaciones desde la Psicoterapia Analítica Funcional. *Psicothema*, 19, 452-458.
- Ferro-García, R., Valero-Aguayo, L., & López-Bermúdez, M. A. (2009). La conceptualización de casos clínicos desde la Psicoterapia Analítica Funcional. *Papeles del Psicólogo*, 30, 255-264.
- Ferro-García, R., Valero-Aguayo, L., & Vives-Montero, M.C. (2000). Aplicación de la Psicoterapia Analítica Funcional: Un análisis clínico de un trastorno depresivo. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26, 291-317.
- Follette, W.C., & Callaghan, G. M. (1995). Do as I do, not as I say: A behavior-analytic approach to supervision. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26, 413-421.
- García-Montes, J. M., & 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., & Lawrence, P. S. (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.
- Gaynor, S. T., & 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.
- Gifford, E. V., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., Pierson, H. M., Piaseki, M. P., Antonnucio, D. O., & Palm, K. M. (2011). Does acceptance and relationship focused behaviour therapy contribute to bupropion outcomes? A randomized controlled trial of functional analytic psychotherapy and acceptance commitment therapy for smoking cessation. *Behavior Therapy*, 42, 700-715.
- Gosch, C. S., & Vandenbergh, L. (2004). Behavior analysis and the therapist-child relationship in the treatment of an aggressive-defiant pattern. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 6, 173-182.
- Hayes, S. C. (1987). A contextual approach to therapeutic change. En N. Jacobson (Ed.), *Psychotherapists in clinical practice: Cognitive and behavioral perspectives* (pp. 327-387). Nueva York: Guilford Press.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2001). *Relational Frame Theory. A post-skinnerian account of human language and cognition*. New York: Kluwer Academic.
- Holman, G., Kohlenberg, R. J., Tsai, M., Haworth, K., Jacobson, E., & Liu, S. (2012). Functional Analytic Psychotherapy is a framework for implementing evidence-based practices: The example of integrated smoking cessation and depression treatment. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7, 58-62.
- Holmes, E. P., Dykstra, T. A., Williams, P., Diwan, S., & River, L. P. (2003). Functional Analytic Rehabilitation: A contextual behavioral approach to chronic distress. *The Behavior Analyst Today*, 4, 34-46.
- Jacobson, N. J., & Christensen, A. (1996). *Integrative Couple Therapy: Promoting Acceptance and Change*. New York: Norton.
- Jacobson, N. S., Martell, C. R., & Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 255-270.
- Kanter, J. W., Tsai, M., & Kohlenberg, R.J. (2010). *The Practice of Functional Analytic Psychotherapy*. New York: Springer.
- Kanter, J. W., Landes, S. J., Busch, A. M., Rusch, L. C., Brown, K. R., Baruch, D. E.; & 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, 463-467.
- Kanter, J. W., Manos, R. C., Busch, A. M., & Rusch, L. C. (2008). Making Behavioral Activation more behavioral. *Behavior Modification*, 32,

- 780-803.
- Kanter, J. W., Parker, C., & 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., Tsai, M., Holman, G., & Koerner, K. (2013) Preliminary data from a randomized pilot study of web-based Functional Analytic Psychotherapy therapist training *Psychotherapy, 50*, 248-255.
- Kanter, J. W., Weeks, C. E., Bonow, J. T., Landes, S. J., Callaghan, G. M., & Follette, W. C. (2009). Assessment and Case Conceptualization. En M. Tsai, R. J. Kohlenberg, J. W. Kanter, B. Kohlenberg, W. C. Follette, & G. M. Callaghan (Eds.). *A Guide to Functional Analytic Psychotherapy. Awareness, courage, Love, and Behaviorism* (pp. 37-59). New York: Springer.
- Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Bolling, M. Y., Parker, C. R., & Tsai, M. (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., Tsai, M., & Weeks, C. E. (2010). FAP and Cognitive Behavior Therapy. En J. W. Kanter, M. Tsai, & R. J. Kohlenberg (Eds.), *The Practice of Functional Analytic Psychotherapy* (pp. 11-30). New York: Springer.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1987). Functional Analytic Psychotherapy. En N. Jacobson (Ed.), *Psychoterapists in clinical practice: Cognitive and behavioral perspectives* (pp. 388-443). Nueva York: Guilford Press.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1991/2008). *Functional Analytic Psychotherapy. Creating intense and curative therapeutic relationship* (Trad. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Málaga). New York: Plenum Press.
- Kohlenberg, R. J., & 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., & Tsai, M. (1994b) Functional Analytic Psychotherapy: A radical behavioral approach to treatment and integration. *Journal of Psychotherapy Integration, 4*, 174-201.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1995). Functional Analytic Psychotherapy: A behavioral approach to intensive treatment. En W. O'Donohue, & L. Krasner (Eds.), *Theories of behavior therapy. Exploring behavior change* (pp. 637-658). Washington: APA.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1998). Healing interpersonal trauma with the intimacy of the relationship. En V. M. Follette; J. I. Ruzeg, & F. R. Abueg (Eds.), *Cognitive-Behavioral Therapies for trauma*. (pp. 305-320). New York: Guilford.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (2000). Radical behavioral help for Katrina. *Cognitive and Behavioral Practice, 7*, 500-505.
- Kohlenberg, R. J., & 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., & Dougher, M. J. (1993). The dimensions of clinical behavior analysis. *The Behavior Analyst, 16*, 271-282.
- Kohlenberg, R. J., Tsai, M., Ferro, R., Valero, L., Parra, A., & Virues, J. (2005). Functional-Analytic Psychotherapy and Acceptance and Commitment Therapy: Theory, applications and its relationships with traditional behavior analysis. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 5*, 349-371.
- Kohlenberg, R. J., Tsai, M., & Kanter, J. W. (2009). What is Functional Analytic Psychotherapy? En M. Tsai, R. J. Kohlenberg, J. W. Kanter, B. Kohlenberg, W. C. Follette, & G. M. Callaghan, G.M. (Eds.), *A Guide to Functional Analytic Psychotherapy. Awareness, Courage, Love and Behaviorism*. (pp. 1-19). New York: Springer.
- Kohlenberg, R. J., Tsai, M., Kanter, J. W. y Parker, C. R. (2009). Self and mindfulness. En M. Tsai, R. J. Kohlenberg, J. W. Kanter, B., Kohlenberg, W. C. Follette, & G. M. Callaghan (Eds.), *A guide to Functional Analytic Psychotherapy. awareness, courage, love and behaviorism*. (pp. 103-130). New York: Springer.

- Landes, S. J., Kanter, J. W., Weeks, C. E., & Busch, A. M. (2013). The impact of the active components of Functional Analytic Psychotherapy on idiographic target behaviors. *Journal of Contextual Behavioral Science, 2*, 49-57.
- Leonard, R. C., Knott, L. E., Lee, E. B., Singht, S., Smith, A. H., Kanter, J., Norton, P. J., & Wetterneck, C. T. (2014). The development of the Functional Analytic Psychotherapy Intimacy Scale. *The Psychological Record, 64*, 647-657.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-Behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- López-Bermúdez, M. A., Ferro-García, R., & Valero-Aguayo, L. (2010). Intervención en un trastorno depresivo mediante la Psicoterapia Analítica Funcional. *Psicothema, 22*, 92-98.
- Maitland, D. W. M., & Gaynor, S. T. (2012). Promoting efficacy research on Functional Analytic Psychotherapy. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy, 7*, 63-71.
- Manduchi, K., & Schoendorff, B. (2012). First steps in FAP: Experiences of beginning Functional Analytic Psychotherapy therapist with an obsessive-compulsive personality disorder client. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy, 7*, 72-77.
- Mangabeira, V., Kanter, J., & Del Prette, G. (2012). Functional Analytic Psychotherapy (FAP): A review of publications from 1990 to 2010. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy, 7*, 78-89.
- 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*, 122-138.
- Martell, C. R., Addis, M. E., & Jacobson, N. S. (2001). *Depression in context: Strategies for guided action*. New York: W.W. Norton
- Martín-Murcia, F., Cangas-Díaz, A. J., & Pardo-González, L. (2011). A case study of anorexia nervosa and obsessive personality disorder using Third-Generation Behavioral Therapies. *Clinical Case Studies, 10*, 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*, 90-102.
- Nasser, O., & Vandenberghe, L. (2005). Anorgasmia e esquivia experiencial um estudo de caso. *Psicologia Clinica, 17*, 162-176.
- Novoa, M. M., & Guzmán, D. (2008). Aplicación clínica de modelos terapéuticos no mediacionales en un caso de trastorno mixto del afecto. *Terapia Psicológica, 26*, 263-275.
- O'Donohue, W. (1998). Conditioning and third-generation behavior therapy. En W. O'Donohue (Ed.). *Learning and Behavior Therapy* (pp. 1-14). Needham Heights: Allyn and Bacon.
- Olivencia, J.J., & Cangas, A.J. (2005). Tratamiento psicológico del trastorno esquizotípico de la personalidad: Un estudio de caso. *Psicothema, 17*, 412-417.
- Oshiro, B., Kanter, J., & Meyer, S. (2012). A single-case experimental demonstration of Functional Analytic Psychotherapy with two clients with severe interpersonal problems. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy, 7*, 111-117.
- Padilla, D. (2013). *Análisis retrospectivo de un protocolo asistencial cognitivo-conductual contextual grupal breve en adolescentes atendidos en un centro de salud mental público* (Tesis doctoral no publicada). Universidad Autónoma, Madrid.
- Paéz, M., & Luciano, C. (2012). La integración de ACT y FAP en el trabajo con patrones rígidos de comportamiento. En M. Páez, & O. Guitiérrez (Coords.), *Múltiples aplicaciones de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)* (pp. 47-72). Madrid: Pirámide.
- 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., & 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, 125-134.
- Pérez-Álvarez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *EduPsykhé*, 5, 159-172.
- Pérez-Álvarez, M. (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Madrid: Síntesis.
- Pergher, N. K., & Colombini, F. A. (2010). Client's revelations in therapy sessions. *Acta Comportamentalia*, 18, 361-380.
- Prins, A., & Callaghan, G. M. (2002). *Functional Analytic Psychotherapy on an adjunctive treatment for a client meeting criteria for PTSD*. Poster presentado en el 36 Annual Meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, Reno.
- Schoendorff, B., & Steinwachs, J. (2012). Using Functional Analytic Therapy to train therapists in Acceptance and Commitment Therapy, a conceptual and practical framework. *Internacional Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7, 135-137.
- Skinner, B.F. (1938/1975). *The behavior or organism: An experimental analysis*. New York: Appleton-Century-Crofts. (Edición en castellano Barcelona: Fontanella).
- Skinner, B.F. (1953/1971). *Ciencia y conducta humana*. Barcelona: Fontanella.
- Skinner, B.F. (1957/1981). *Verbal behavior*. Acton, MA: Copley Publishing. (Traducción al castellano Ed. Trillas).
- Sousa, A. C. A. (2003). Transtorno de personalidad borderline sob uma perspectiva analítico-funcional. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 5, 121-137.
- Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Kohlenberg, B., Follette, W. C., & Callaghan, G. M. (2009). *A Guide to Functional Analytic Psychotherapy: awareness, courage, love, and behaviorism*. New York: Springer.
- Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., & Waltz, J. (2009). Therapeutic Technique: The Five Rules. En M. Tsai, R. J. Kohlenberg, J. W. Kanter, B. Kohlenberg, W. C. Follette, & G. M. Callaghan (Eds.), *A Guide to functional Analytic Psychotherapy. Awareness, courage, Love, and Behaviorism*. (pp. 61-102). New York: Springer.
- Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Holman, G. I., & Loudon, M. P. (2012). *Functional Analytic Psychotherapy. Distinctive features*. New York: Routledge.
- Valero, L., & Ferro, R. (2015). *Psicoterapia Analítica Funcional. El análisis funcional en la sesión clínica*. Madrid: Síntesis.
- Valero, L., Ferro, R., López, M. A., & Selva, M. A. (2014). Psychometric properties of the Spanish version of the Experiencing of Self Scale (EOSS) for assessment in Functional Analytic Psychotherapy. *Psicothema*, 26, 415-422.
- Valero, L., Ferro, R., López, M. A., & Selva, M. A. (2012). Reliability and validity of the Spanish adaptation of Experiencing of Self Scale (EOSS) comparing normal and clinical samples. *Internacional Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7, 151-158.
- Vandenberghe, L., & Basso, C. (2004). Informal construction of contingencies in family-based intervention for oppositional defiant behavior. *The Behavior Analyst Today*, 5, 151-157.
- Vandenberghe, L., & Ferro, C. L. B. (2005). Functional Analytic Psychotherapy enhanced group therapy as therapeutic approach for chronic pain: possibilities and perspectives. *Psicologia: Teoria e Prática*, 7, 137-151.
- Vandenberghe, L., Cruz, A. C., & Ferro, C. B. L. (2003). Terapia de grupo para pacientes com dor cronica orofacial. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 5, 31-40.
- Vandenberghe, L., Ferro, C. B. L., & Cruz, A. C. (2003). FAP-enhanced group therapy for chronic pain. *The Behavior Analyst Today*, 4, 369-375.
- Vandenberghe, L., Nasser, D. O., & Silva, D.P. (2010). Couples therapy, female orgasmic disorder and the therapist-client relationship: Two case studies in functional ana-

- lytic psychotherapy. *Counseling Psychology Quarterly*, 23, 45 – 53.
- Wagner, A. W. (2005). A behavioral approach to the case of Ms. S. *Journal of Psychotherapy Integration*, 15, 101-114.
- Weeks, C. E. (2013). *An analogue study of the mechanism of change in Functional Analytic Psychotherapy*. Tesis no publicada. Universidad de Wisconsin Milwaukee.
- Wielenska, R. C., & Oshiro, C. K. (2012). FAP group supervision: Reporting educational experiences at the University of São Paulo, Brazil. *Internacional Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7, 177-181.
- Zamignani, D. R. (2007). *Development of a multidimensional system for coding behaviors in therapist-client interaction*. Doctoral Dissertation. Psychology Institute, University of São Paulo, Brazil.

