
PSICOTERAPIA
ANALÍTICO-FUNCIONAL:
UNA APROXIMACIÓN
CONTEXTUAL
FUNCIONAL AL
TRATAMIENTO
PSICOLÓGICO

FUNCTIONAL ANALYTIC
PSYCHOTHERAPY:
A FUNCTIONAL-
CONTEXTUAL APPROACH
TO PSYCHOLOGICAL
TREATMENT

ANTONIO FERNÁNDEZ PARRA
*Facultad de Psicología,
Universidad de Granada*

RAFAEL FERRO GARCÍA
Centro de Psicología CEDI, Granada

e-mail: afparra@ugr.es

RESUMEN

La Psicoterapia Analítico-Funcional se basa en los principios de la filosofía conductual radical y el análisis de la conducta clínica, y forma parte de las terapias contextuales de la conducta. Se elaboró sobre el análisis conductual del ambiente psicoterapéutico, y acentúa las contingencias que ocurren en el contexto terapéutico, la equivalencia funcional, el reforzamiento natural, y el moldeamiento. Esta terapia pretende ir más allá del entrenamiento de habilidades, para ser un contexto para el aprendizaje a través de la propia experiencia. En este artículo describimos una teoría conductual del cambio terapéutico en el que la relación cliente-terapeuta es el centro del proceso del cambio. Presentamos los principios de la Psicoterapia Analítico-Funcional, e

ABSTRACT

Functional Analytic Psychotherapy is based on principles of radical behavioral philosophy and clinical behavior analysis, and is part of the contextual behavior therapies. It was built on behavioral analysis of the outpatient psychotherapy environment, and emphasizes the contingencies that occur during a therapeutic context, functional equivalence, natural reinforcement, and shaping. This therapy pretends to go beyond the training of abilities, to be a context for the learning through the own experience. In this paper we describe a behavioral theory of therapeutic change in which the client-therapist relationship is the core of the change process. We present the central principles of functional analytic psychotherapy, and point out how this approach can help

indicamos como este enfoque puede ayudar con algunos problemas y trastornos psicológicos.

PALABRAS CLAVE

Relación terapéutica, terapia de conducta contextual, conceptualización analítico-funcional, terapia conductual de tercera generación.

with some psychological problems and disorders.

KEY WORDS

Therapeutic relationship, contextual behavior therapy, behavior analytic conceptualisation, third-generation behavior therapies.

INTRODUCCIÓN

La Psicoterapia Analítico-Funcional –PAF– (*Functional Analytic Psychotherapy*) surgió a finales de los años 80 y comienzos de los 90 del pasado siglo como una nueva aportación y desarrollo de la terapia de conducta clásica y una alternativa a la psicoterapia tradicional. Se presentó por primera vez en un libro publicado en 1987 por Jacobson sobre la actuación de los psicoterapeutas conductuales y cognitivos en la práctica clínica, y donde Kohlenberg y Tsai (1987) desarrollaban los principios de la PAF. Más tarde, Kohlenberg y Tsai (1991) publicaron el manual donde desarrollaban extensamente las características y técnicas de la PAF. También a través de diversos artículos y capítulos de libros han venido exponiendo y discutiendo los fundamentos y características de esta terapia (Kohlenberg, Hayes y Tsai, 1993; Kohlenberg y Tsai, 1994a, 1994b; Kohlenberg, Tsai, Parker, Bolling y Kanter, 1999; Hayes, Kohlenberg y Melancon, 1989). Otros autores formados en los planteamientos de la PAF han venido ofreciendo también sus aportaciones a lo largo de estos años (ej.: Kanter, Callaghan, Landes, Busch y Brown, 2004; Follette, Naugle y Callaghan, 1996).

La psicoterapia analítico-funcional está basada en los principios del conductismo radical, y se centra fundamentalmente en 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, 1994a, 1995). La PAF usa dos principios básicos del Análisis de Conducta: la evaluación funcional idiosincrásica de los problemas del cliente, y la aplicación de la intervención en vivo dentro de la propia sesión terapéutica (Kanter et al., 2004). Forma parte junto a la Terapia de Aceptación y Compromiso (*Acceptance and Commitment Therapy -ACT¹*) (Hayes, Strosahl, y Wilson, 1999)

¹ En inglés ACT (acto) “dicha como una palabra, no como letras individuales” (Hayes et al., 1999, pág. 6).

del movimiento o perspectiva más amplia denominado *Análisis de la Conducta Clínica* –ACC– (Dougher y Hayes, 2000; Hayes y Bissett, 2000; Kohlenberg, Bolling, Kanter y Parker, 2002; Kohlenberg, Tsai y Dougher, 1993) Este movimiento es una evolución del análisis de la conducta que extiende su aplicación a poblaciones y temas clínicos que tradicionalmente no habían constituido el centro de interés de los analistas de conducta (Dougher, 1993). Además el ACC toma en consideración las investigaciones realizadas a lo largo de las últimas décadas desde una perspectiva analítico-funcional sobre el lenguaje, la conducta gobernada por reglas, y las relaciones de equivalencia. En este movimiento se han venido incluyendo a lo largo de los años tanto la PAF (Kohlenberg, Tsai y Dougher, 1993; Kohlenberg y Tsai, 1994b) como la ACT (Hayes y Wilson, 1993, 1994) y sus derivaciones (Dougher, 2000; Dougher y Hackbert, 1994). La PAF también es considerada una parte de la terapia de conducta de tercera generación (Hayes, 2004; Kohlenberg, Bolling et al., 2002), junto con la ACT, la Activación Conductual y la Terapia Conductual Integral de Pareja (Cautilli, Riley-Tillman, Axelrod y Hineline, 2005; Hayes y Bissett, 2000; Mulick, Landes y Kanter, 2005).

La divulgación en España de la PAF y la ACT también se ha producido de manera conjunta. Fue el trabajo de Pérez Álvarez (1996a), y sobre todo su libro *“La psicoterapia desde el punto de vista conductista”* (Pérez Álvarez, 1996b), los que presentaron en español tanto la PAF como de la ACT y el movimiento del ACC. En los años siguientes, la existencia de estas terapias fue recogida por algunos autores (ej.: Fernández Parra, 1997), descrita extensamente desde una perspectiva clínica o académica por otros (ej.: Ferro García y Valero Aguayo, 1998; Luciano Soriano, 1999; Rodríguez Naranjo, 1998), e ilustrada su aplicación clínica a través de diversos estudios de caso (ver: Carrascoso 2002; Ferro García, 2000; Ferro García, Valero Aguayo y Vives Montero, 2000, 2006; López Bermúdez, Ferro García, y Calvillo, 2002). Recientemente los propios creadores de la PAF han publicado en nuestro idioma, junto con autores españoles (Kohlenberg, Tsai, Ferro García, Valero Aguayo, Fernández Parra y Virués Ortega, 2005), su propia presentación de esta terapia nuevamente acompañada de la presentación de la ACT.

Aunque desde sus inicios la PAF ha hecho diversas aportaciones a la terapia de conducta, que presentaremos más adelante, sin duda la más relevante es el uso de la relación terapéutica como una manera de promover el cambio en la conducta del paciente. Como indica Pérez Álvarez (1996b), en la PAF se toma la relación terapéutica más como una condición natural que como un lugar de entrenamiento. La terapia se basa en el análisis funcional de las conductas del cliente y del terapeuta dentro de la propia sesión, en la que se propone llevar a cabo la intervención dirigida a obtener un cambio significativo en el comportamiento del cliente.

te. En palabras de Pérez Álvarez (2004), la PAF convierte la **relación** terapéutica en una auténtica relación **terapéutica**. Según este autor, hacer terapéutica la propia relación terapéutica consiste en utilizar la relación clínica como un lugar para promover un cambio personal del cliente, trabajando de manera tan natural que los resultados se generalicen por sí solos.

Las aportaciones más desarrolladas de la PAF se han centrado en la terapia, pero también en la conceptualización de diversas alteraciones y fenómenos conductuales como el trastorno depresivo, el trastorno por estrés post-traumático, trastornos de personalidad, problemas en la relación de parejas, o aspectos psicológicos del dolor crónico. Al margen de las aplicaciones clínicas otra de sus aportaciones es su teoría de la personalidad desde una visión plenamente conductual. En ella se explica cómo surge el concepto de “uno mismo” (*self*) de una manera funcional, considerándolo como un fenómeno de conducta verbal. El propio título del artículo “Hablo, luego existo...” (Kohlenberg y Tsai, 2001) sirve de escueto resumen de su teoría. Pero quizás lo más importante desde una perspectiva conceptual es que la PAF se fundamenta en una serie de supuestos teóricos explícitamente formulados sobre el cambio conductual.

ANÁLISIS FUNCIONAL DEL CAMBIO CONDUCTUAL

En las últimas décadas los modelos de carácter conductual o *conductista* parecen ser cada vez menos conocidos o, peor aún, son presentados en textos y artículos de manera anacrónica o como meras caricaturas de la realidad (Follette et al., 1996). Para paliar este desconocimiento o simplificación de la perspectiva conductual, Kohlenberg y Tsai (1991) no sólo describieron una aproximación terapéutica novedosa, sino que dedicaron prácticamente la mitad del manual originario de la PAF a la descripción del modelo de cambio conductual sobre el que sustentaban su propuesta. En esa introducción discutían, desde una aproximación analítico-funcional, el papel que las emociones, los recuerdos, el yo, las cogniciones y creencias tienen en la explicación del comportamiento anormal o problemático, y en el cambio conductual promovido por la terapia. A lo largo de los años han vuelto en varias ocasiones sobre la descripción de las bases teóricas de la PAF, sobre todo en lo que corresponde al papel de las cogniciones en el cambio conductual (Kohlenberg, Tsai y Kohlenberg, 1996; Kohlenberg et al., 1999; Kohlenberg et al., 2005).

La PAF se presenta como una terapia fundamentada en los planteamientos filosóficos y teóricos del conductismo radical de Skinner, en los principios con-

ductuales establecidos y apoyados por numerosos estudios experimentales, y como una extensión lógica de las teorías conductuales modernas (Kohlenberg y Tsai, 1994a). Esto significa que, al igual que la terapia y modificación de conducta más clásica uno de los principales pilares teóricos de esta aproximación terapéutica son los procesos de condicionamiento, concretamente el condicionamiento operante y la manipulación de contingencias. Sin embargo, desde esta aproximación también se toman en consideración los desarrollos teóricos y la investigación realizada desde una perspectiva conductual a lo largo de los últimos 25 años sobre la conducta compleja y otros fenómenos relacionados. Entre estos resultan especialmente relevantes las investigaciones realizadas desde el análisis experimental de la conducta sobre el reforzamiento, la interacción entre condicionamiento clásico y operante, el control de estímulos, la conducta gobernada por reglas y las relaciones de equivalencia (Naugle y O'Donahue, 1998; Plaud y Plaud, 1998). Además de estas áreas de investigación hay que destacar el estudio de la conducta verbal, la conducta gobernada por reglas y las relaciones de equivalencia (véase: Hayes y Ju, 1998; Tierney y Braceen, 1998), y la repercusión de estas investigaciones para la comprensión de la conducta cognitiva y su relación con otros tipos de conductas emocionales o abiertas (véase Plaud, 2001).

Desde la PAF y dentro de la tradición conductista más consolidada se consideran conductas no sólo las acciones observables sino también fenómenos como pensar, sentir, ver, conocer o creer, con independencia de su carácter público o privado (véase Fernández Parra, 1997). Concretamente, Kohlenberg y Tsai (1991) consideran que las cogniciones con las que se trabajan en el contexto clínico implican diferentes tipos de conductas, entre las que se incluyen: conducta moldeada por las contingencias, conducta gobernada por reglas, y dos tipos de conducta verbal denominados tactos –descripciones– y mandos –demandas, peticiones– (véase también Kohlenberg et al., 1996). Se considera que los tipos de conducta verbal más importantes son los que la persona dirige hacia sí misma. Estas conductas verbales son analizadas en términos del análisis funcional de la conducta verbal desarrollado por Skinner (1957/1981) y aplicado en contextos clínicos (véase: Cautilli et al., 2005; Hamilton, 1988; Kohlenberg et al., 1996). Los productos cognitivos (pensar, razonar, creer, categorizar) serían conductas verbales conscientes de tipo privado (Kohlenberg et al., 1999).

Así como desde esta perspectiva diferentes fenómenos psicológicos –como las cogniciones (productos cognitivos), emociones y otras acciones observables (verbales o no)– son consideradas conductas, las relaciones entre ellas son entendidas en términos de relación conducta-conducta. En esta relación ninguna de las conductas tiene preeminencia sobre otras, ni diferente naturaleza, ni tiene por qué

jugar un papel mediador o determinante de las demás. Es más, se considera que dada la complejidad del comportamiento humano limitar las relaciones entre los fenómenos psicológicos aludidos al clásico modelo ABC parece poco razonable, por lo que no deben excluirse explicaciones alternativas (Kohlenberg et al., 1996, 1999; Kohlenberg y Tsai, 1994b). Según ese modelo cognitivo los eventos antecedentes o ambientales (A) no son los responsables de la conducta o emoción consecuente (C) sino que están determinados por las creencias o pensamientos (B) del individuo (Ellis, 1977/1981). En términos generales, los diferentes modelos cognitivos y cognitivo-conductuales coinciden en afirmar que las cogniciones son las que determinan la conducta (observable) y emoción de las personas, y no las características del ambiente. Por el contrario, desde la perspectiva analítico-funcional (Kohlenberg y Tsai, 1991, 1994a, 1994b; Kohlenberg et al., 1996; Kohlenberg et al., 1999), y desde otras perspectivas conductuales (Plaud, 2001), se argumenta que las relaciones entre esos elementos pueden ser aún más complejas. En la figura 1 se recogen las cinco relaciones posibles que se proponen desde esta terapia.

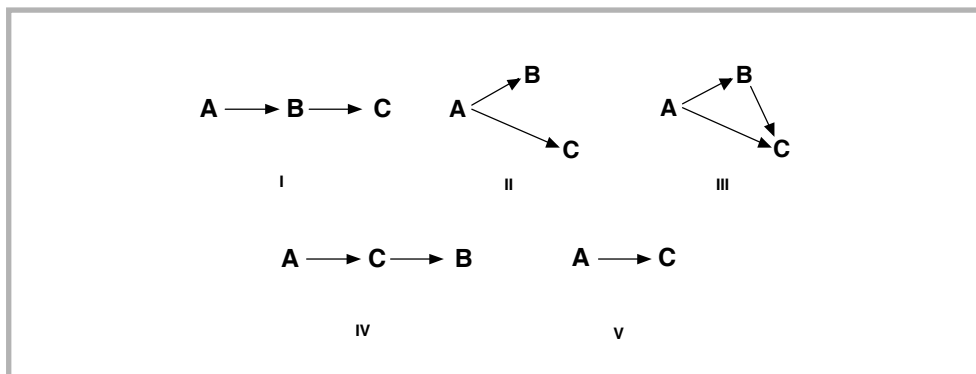


Figura 1. Relaciones entre A (eventos antecedentes), B (creencias, pensamientos, cogniciones) y C (consecuencia conductual o emocional) según la PAF.

La primera de las relaciones (I) es la tradicionalmente propuesta por el modelo cognitivo-conductual para explicar la relación entre pensamiento/cognición y acción. Esta misma relación es analizada desde el modelo conductual de la PAF asumiendo la distinción entre conducta moldeada por las contingencias y gobernada por reglas propuesta por Skinner (1969/1979, 1974/1977). Las conductas moldeadas por contingencias son aquellas controladas por estímulos previos y que son fortalecidas por el reforzamiento que obtienen, en contacto directo con las

circunstancias que se producen en cada momento. Las conductas gobernadas por reglas son conductas bajo control de ciertos tipos de expresiones verbales, tactos o mandos, que definen contingencias (situaciones en las que ciertas respuestas producen ciertas consecuencias) de forma más o menos explícita. Las reglas pueden controlar ciertas conductas humanas en función de la historia previa del individuo con ellas y de las consecuencias que se producen por su cumplimiento o seguimiento (Catania, 1998; Luciano, 1992). Cuando el individuo se habla a sí mismo formulándose reglas de actuación o auto-reglas, esos pensamientos o verbalizaciones pueden influir su comportamiento subsiguiente, igual que su comportamiento puede verse controlado por reglas externas formuladas por otros (Barnes-Holmes, Hayes y Dymond, 2001; Barnes-Holmes, O'Hora, Roche, Hayes, Bissett y Lyddy, 2001; Hayes et al., 1989; Kohlenberg et al., 1993). Las relaciones entre reglas verbales y otras conductas verbales y no verbales puede ser mucho más compleja y verse afectada por otros factores (se aconseja consultar: Pérez Álvarez, 1996b, 2004; Wilson y Luciano Soriano, 2002). Precisamente por ello este tipo de relación permite el análisis de aquellos casos en que el pensamiento controla otras conductas, hace más efectivo el comportamiento de la persona, o incluso cuando conduce a comportarse de manera inapropiada o desadaptativa (Kohlenberg et al., 1996; Kohlenberg et al., 1999).

La segunda relación (II) representada en la figura 1 corresponde a aquellos casos en los que el pensamiento (B) se produce pero sin influir en otras conductas (C) que se dan en la misma situación (A). Es decir, son casos en los que el individuo piensa sin que esto influya en otras conductas. Entonces las conductas cognitivas, emocionales o de otro tipo están bajo control de las mismas condiciones estímulares y se producen moldeadas por las contingencias (Kohlenberg et al., 1999). El individuo puede actuar con o sin consciencia, sin que esto influya en su conducta (Kohlenberg et al., 1996). En algún otro caso (relación III de la figura 1), por ejemplo cuando la persona es consciente de la situación y su comportamiento, ese pensamiento (B) sí puede influir parcialmente en la conducta (C) aunque esta está también controlada por los eventos antecedentes (A). En otros casos se puede producir una variante de las anteriores cuando en una determinada situación (A) la persona actúa (C) sin pensar previa ni concurrentemente, tal y como muestra la relación V de la figura 1. Esa conducta estaría exclusivamente moldeada por sus consecuencias, y dependería de la historia vivida por la persona. Por eso ante eventos antecedentes idénticos diferentes individuos pueden actuar de manera distinta (Kohlenberg et al., 1996).

Finalmente, en la figura 1 se representa también la relación IV que se produce en aquellos casos en los que el comportamiento (C) es controlado directa-

mente por los eventos antecedentes (A), pero es seguido de ciertos pensamientos o verbalizaciones (B). Esto es lo que se produce cuando una vez la persona actúa ante una determinada situación y después describe o justifica su comportamiento (Kohlenberg et al., 1996).

Si bien en la vida real y en la clínica psicológica estas relaciones pueden llegar a ser más complejas, tal y como recogen los propios creadores de la PAF (Kohlenberg y Tsai, 1991; Kohlenberg et al., 1996), su formulación permite analizar aquellos casos en los que la conducta cognitiva *“puede jugar un papel mayor, menor o ninguno en los problemas del cliente”* (Kohlenberg y Tsai, 1991, pág. 103). Esta es la principal ventaja que presenta la aproximación analítico-funcional frente al clásico paradigma ABC, ya que al admitir otras formas de relación entre cognición y conducta muchos de los problemas teóricos y prácticos de la terapia cognitiva pueden ser superados o analizados de otra manera (Kohlenberg et al., 1996; Kohlenberg et al., 1999; Kohlenberg, Kanter, Bolling, Wexner, Parker, y Tsay, 2004; Kohlenberg y Tsai, 1991, 1994a). La propuesta de esta terapia se acomoda a todas las posibles relaciones entre las cogniciones y otras conductas, por lo que el grado en el que el pensamiento ejerce control puede ser muy variable (Kohlenberg et al., 1999; Kohlenberg et al., 2005). Cuando ese control es mayor, la relación es analizada en términos de conducta gobernada por reglas y se considera que un tratamiento cognitivo tradicional dirigido a cambiar auto-afirmaciones (pensamientos, recuerdos, actitudes...) puede estar indicado. Cuando el control es inexistente y la conducta está moldeada por las contingencias, es poco probable que las técnicas cognitivas sean adecuadas y generalmente se requerirán otras opciones. De hecho, como acertadamente ha señalado Plaud (2001), las terapias cognitivo-conductuales utilizan estrategias dirigidas al cambio de conducta que se basan tanto en actuar sobre el ambiente como sobre las reglas verbales.

Kohlenberg y Tsai (1991) también discutieron cómo analizar el papel que juegan las emociones y recuerdos en el cambio conductual, aunque este aspecto no ha sido objeto de tanta atención como la recibida por las cogniciones y creencias. Su propuesta, entroncada también con la filosofía del conductismo radical, es relevante especialmente para el clínico que debe comprender y analizar los problemas que presentan los clientes respecto a sus experiencias emocionales y recuerdos. Se considera necesario que el terapeuta sea capaz de ofrecer un razonamiento conductual para que el cliente sea capaz de contactar con sus sentimientos, incrementar el control sobre ellos y, sobre todo actuar sobre las variables que controlan emociones y recuerdos. En todo caso se considera importante la forma como los clientes atribuyen un papel causal a sus sentimientos, cómo los evitan y comunican.

Estos planteamientos teóricos sobre el cambio conductual y la función de los diferentes factores que intervienen no sólo está sustentada en la investigación experimental sobre comportamientos humanos complejos y conducta verbal. También se han iniciado estudios sobre los factores que influyen en las atribuciones causales realizadas por adultos. Kanter, Kohlenberg y Loftus (2002) argumentaron que la racionalización sobre el tratamiento que se presenta a los clientes que reciben psicoterapia puede influir en su conducta y especialmente en la manera como explican las causas de su comportamiento. Para valorar esta afirmación llevaron a cabo un estudio preliminar en el que 120 estudiantes de pregrado fueron adscritos a dos grupos experimentales. Al primero se les presentó por escrito la racionalización cognitiva en términos de relación ABC, y al segundo el modelo inverso en términos de secuencia ACB. Antes y después de leer la información los participantes debieron responder a una tarea computerizada dirigida a medir como experimentaban la secuencia de sus pensamientos y sentimientos. Debían indicar ante unas diapositivas si experimentaban primero pensamientos o sentimientos en respuesta a la imagen. La mayoría de los participantes respondieron de acuerdo con el modelo cognitivo ABC antes de leer la información. Sin embargo, después de su lectura disminuyó significativamente el número de participantes que respondían según el modelo cognitivo en el grupo que había recibido información según el modelo ACB. Un estudio posterior coincide con estos resultados, indicando además que el modelo ACB influía más cuando los participantes eran expuestos a diapositivas de alto nivel de *arousal*, y menos en participantes con experiencia psicoterapéutica previa (Kanter, Kohlenberg y Loftus, 2004). Estos datos son coherentes con la hipótesis previa, según la cual la demanda psicoterapéutica puede ser en parte responsable de las atribuciones causales de los pacientes, e influir en el tipo de datos que ofrecen.

INTERVENCIÓN ANALÍTICO-FUNCIONAL

Las características de la PAF, sus objetivos, técnicas y aplicaciones han sido descritas en numerosas ocasiones por sus creadores (Kohlenberg y Tsai, 1991, 1994a, 1995) y otros autores citados con anterioridad (Ferro García y Valero Aguayo, 1998; García Montes y Pérez Álvarez, 2003; Luciano Soriano, 1999; Rodríguez Naranjo, 1998; Pérez Álvarez, 1996a, 1996b). Todos estos trabajos pueden servir para profundizar en esta terapia. Lo que a continuación presentamos es sólo un resumen de las principales características de la intervención propia de la PAF.

Cuando un cliente solicita ayuda a un terapeuta lo hace por problemas que suceden en su vida diaria, en su medio social habitual, lo que tradicionalmente ha llevado a considerar que esos problemas ocurren fuera de la sesión terapéutica. Desde un punto de vista tradicional, la relación terapéutica que se establece a partir del momento en que la intervención profesional es solicitada va dirigida a obtener información sobre el problema y a ayudar al paciente a desarrollar los recursos necesarios para enfrentarse con los problemas que informa. Por el contrario, la PAF se basa en una consideración diferente de la propia relación terapéutica, entendiéndola que los problemas que llevan al individuo a buscar ayuda también pueden producirse dentro de la propia sesión, en su relación con el terapeuta, y que deben aprovecharse las oportunidades de aprendizaje que surgen en esa relación (Kohlenberg y Tsai, 1991, 1994a). Como destacan Follette et al. (1996), la relación terapéutica no se ve como una metáfora de algo que sucede fuera, sino que la conducta objetivo es la experiencia directa entre el terapeuta y el cliente, y el mecanismo de cambio es la historia de aprendizaje que el cliente genera interactuando con el terapeuta.

Desde la PAF se considera que la sesión terapéutica presenta una *semejanza funcional (equivalencia funcional)* con la vida diaria del paciente, que facilita la aparición de sus problemas conductuales. Por tanto, lo que desde esta terapia se propone no es la realización de ensayos conductuales o repasos conductuales (*behavioral rehearsal*) a lo largo de la terapia, sino actuar sobre los problemas del cliente tal y como aparecen “en vivo” en el contexto clínico (Kohlenberg et al., 2005; Kohlenberg y Tsai, 1995). Igualmente, las *contingencias* que se producen *dentro de la sesión*, como parte de la propia relación terapéutica, afectan a la conducta del paciente y pueden producir cambios terapéuticos significativos y relevantes. Estos efectos, que en cualquier relación terapéutica se producen, pueden ser controlados por el terapeuta y potenciados cuando se actúa de acuerdo con las propuestas de la PAF. El terapeuta puede comportarse de manera que evoque conductas que resulten significativas para un cliente particular, actuando para potenciar en la propia sesión mejoras en la problemática que presenta. Para ello, coherente con el énfasis que pone esta terapia en las contingencias de reforzamiento dentro de la sesión, se considera que a través del *reforzamiento natural* y el *moldamiento de conductas* es posible obtener cambios significativos en el comportamiento del paciente que pueden generalizarse a su vida diaria.

La PAF como propuesta terapéutica está centrada en la conducta del cliente (lo que hace, piensa, siente, ve, conoce, etc.) desde una perspectiva *contextual* (Kohlenberg y Tsai, 1991, 1994a). La conducta del cliente debe ser considerada en base a su historia de reforzamiento, el medio en el que se encuentra y las circuns-

tancias de su vida. Una conducta considerada fuera de su contexto carece de significado. Por tanto forma parte de la tarea del terapeuta el análisis de la conducta del cliente dentro de la sesión para determinar su significado, esto es, cuando se trata de un problema significativo, una mejora sobre el problema presentado por el cliente o una conducta irrelevante a efectos terapéuticos.

Como el terapeuta debe identificar y analizar las conductas que aparecen en la sesión clínica, es importante que clasifique funcionalmente lo que el cliente dice y hace durante cada sesión terapéutica. Es lo que se denomina *conductas clínicamente relevantes (CCR)* (Kohlenberg, Hayes y Tsai, 1993; Kohlenberg y Tsai, 1991, 1994a, 1995). Las conductas que se consideran relevantes desde la PAF son de tres tipos. Las CCR **tipo 1** son las conductas problemáticas del cliente que ocurren durante la sesión, y que la terapia tiene que tratar de disminuir en su frecuencia. En los casos que habitualmente se presentan en la clínica con adultos estas conductas suelen tener funciones de evitación y por lo tanto, están bajo control de estímulos aversivos. Los problemas de los clientes pueden implicar: pensamientos, percepciones, sentimientos, visiones, recuerdos, que para ser abordados adecuadamente han de ocurrir siempre dentro de la sesión. Las CCR **tipo 2** son las mejorías del cliente que ocurren durante las sesiones terapéuticas. Al principio del tratamiento, estas conductas no se observan o tienen muy poca fuerza pero en el curso de la terapia deben incrementarse, en la medida que la intervención surta efecto.

Además, la terapia se interesa de las interpretaciones que el cliente hace de su propia conducta y lo que cree que la causa, y a éstas se le denominan CCR **tipo 3**. Desde la perspectiva analítico-funcional, las mejores interpretaciones consisten en observaciones y descripciones de la conducta de uno mismo y de los estímulos reforzantes, discriminativos y elicidores que están asociados a ella. Es decir, se considera importante que el cliente aprenda a hacer interpretaciones de su conducta en términos funcionales. Estas conductas que el cliente interpreta pueden ser a su vez CCR tipo 1 o CCR tipo 2, ya que las explicaciones y atribuciones causales pueden ser un problema o una mejoría, según los casos.

También se tiene en cuenta el comportamiento del terapeuta durante la sesión clínica. Sobre todo, el terapeuta debe observar y relacionar lo que el cliente hace dentro y fuera de la sesión. Así, los terapeutas deben seguir cinco reglas o estrategias terapéuticas, que hacen referencia a su forma de actuar durante la intervención (Kohlenberg, Hayes y Tsai, 1993; Kohlenberg y Tsai, 1991, 1994a, 1995; Kohlenberg et al., 2005). La **Regla nº 1**, consiste en desarrollar el repertorio de observación de las posibles CCR durante la sesión terapéutica, es decir, estar atento a la aparición de las CCR. Esta regla se considera la

más importante de todas, ya que solo seguirla supondría una mejora la relación terapéutica, y es una prerrequisita para la aplicación del resto de reglas (Kohlenberg, Hayes y Tsai, 1993; Kohlenberg y Tsai, 1987, 1995) La **Regla nº 2** propone construir un ambiente terapéutico que evoque las CCR **tipo 1** y sirva para el desarrollo de las CCR **tipo 2**. Para ello en algunas ocasiones será necesario tomar en consideración algunas sugerencias para aprovechar la propia relación terapéutica con el objeto de construir ese ambiente evocador, tal y como se recoge más adelante. La **Regla nº 3**, sería organizar el reforzamiento positivo de las CCR **tipo 2** o mejoras del cliente. Para ello, el terapeuta debe hacer uso principalmente del reforzamiento natural que se da en toda interacción social, y más concretamente en una relación terapéutica (véase: Kohlenberg y Tsai, 1991). Como la interacción terapéutica tiene un elevado componente verbal, gran parte del reforzamiento natural tendrá también al misma naturaleza. 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. Esto implica que el terapeuta esté atento a su propio comportamiento en sesión y la manera como este afecta a la conducta del cliente. El objetivo es incrementar la efectividad del terapeuta en el cambio de las CCR. 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, es decir CCR *tipo 3* adecuadas desde la perspectiva conductual funcional que se defiende desde la PAF. Pero en todo momento el terapeuta debe identificar adecuadamente las conductas sobre las que actúa, evitando castigar inadvertidamente las CCR **tipo 2**, que suponen un progreso terapéutico.

Además, Kohlenberg y Tsai (1991) recogen otras sugerencias para promover tanto el desarrollo de la relación terapéutica como las ocurrencias de CCR. Estas sugerencias son:

1. *Promover y reforzar los comentarios del cliente relacionados con los estímulos presentes en la situación terapéutica.* El objetivo es reforzar cualquier comentario del cliente sobre el terapeuta, la relación terapéutica, los hechos ocurridos en sesiones anteriores, cualquier sentimiento experimentado durante esa sesión clínica, cualquier objeto que haya en la consulta, etc.
2. *Fomentar comparaciones* controladas por acontecimientos que se den tanto en terapia como en la vida diaria. El terapeuta puede valerse de preguntas que hagan que el cliente compare lo que siente, le pasa o hace en la sesión en relación con lo que ocurre fuera de ella.

3. *Promover la expresión directa de deseos, peticiones y sugerencias.* El terapeuta debe moldear este tipo de peticiones y deseos, así como puede presentar modelos de peticiones realizadas de manera más eficaz.
4. *Usar las descripciones que hace el cliente de acontecimientos sobre su vida como metáforas de hechos que ocurren en la sesión.* En ocasiones la metáfora puede ser una descripción de lo que ocurre en la propia sesión terapéutica. Pero también podría tratarse de una petición o un mando disfrazado y el terapeuta debe hipotetizar sobre qué reforzadores están implicados en esa situación.

Según Ferro García (en prensa) la mayor preocupación de un terapeuta novel es cómo evocar las CCR, aunque en realidad la propia relación terapéutica crea las condiciones para que estas conductas se produzcan. Pero el terapeuta sí debe ser muy sensible a la aparición de estas conductas, como indica la regla 1. Concretamente, hay *situaciones que evocan CCR* de una manera natural (Kohlenberg y 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, sentirse bien, el *feedback* positivo o 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 en toda intervención psicológica, la PAF se inicia con una evaluación y conceptualización del caso, que es cuando aparecen la mayoría de las CCR *tipo 1*, sigue con el proceso terapéutico, que es cuando deben ir apareciendo las CCR *tipo 2* al tiempo que se reducen las CCR *tipo 1*, y finaliza con la evaluación de la intervención y los objetivos alcanzados por el cliente (Kohlenberg y Tsai, 1995).

Respecto a la evaluación y conceptualización del caso, el terapeuta debe analizar la función que tiene el comportamiento del cliente durante la sesión, realizar un análisis funcional de la conducta y no un análisis formal de la misma (Kohlenberg et al., 1996). Esto incluye el análisis funcional de la conducta verbal del cliente, que es el tipo de conducta más relevante dentro de la interacción terapéutica (Ferro García, en prensa; Pérez Álvarez, 1996b). Lo que interesa al terapeuta en la fase inicial de su relación con el cliente es su historia y observación de las conductas que presenta (Kohlenberg, Bolling et al., 2002).

Originalmente no se promovieron instrumentos ni sistemas de evaluación psicológica propios de la PAF. En cambio sus creadores proponen al terapeuta una serie de preguntas que no tienen por objeto la evaluación sino que son un instrumento a través del cual se podría evocar las CCR (Kohlenberg y Tsai, 1995). Sin embargo,

recientemente se han desarrollado diversas propuestas dirigidas a la evaluación del paciente y terapeuta desde la perspectiva de la PAF (véase Ferro García, Valero Aguayo y López Bermúdez, 2006). Concretamente, Kohlenberg y sus colaboradores (Kohlenberg y Tsai, 2000; Kohlenberg, Kanter, Bolling, Parker y Tsai, 2002) han propuesto el uso de un registro abierto durante las sesiones de tratamiento que permita ordenar y analizar lo que ocurre en la terapia (ej.: problemas del cliente en la vida diaria, historia relevante, problemas que aparecen en la sesión, conceptos cognitivos problemáticos, objetivos de la vida diaria y de la sesión). Kohlenberg et al. (1999) también desarrollaron una escala de evaluación de las estrategias del terapeuta en la sesión (*Therapist In-session Strategy Scale –THISS*), que se ha demostrado fiable y válida para los programas de entrenamiento de terapeutas. Por otra parte, Callaghan (2001a) ha elaborado un sistema de evaluación funcional de habilidades del terapeuta (*Functional Assessment of Skills for Therapists –FAST*), que pretende medir las habilidades del terapeuta frente a los diferentes tipos de conductas clínicamente relevantes, el uso de las reglas terapéuticas de la PAF, y el manejo de interacciones naturales. En este caso, la evaluación se centra en el comportamiento del terapeuta durante la sesión. Por el contrario el sistema idiográfico de evaluación (*Functional Idiographic Assessment Template –FIAT*), también desarrollado por Callaghan (2001b) se centra en la evaluación de las conductas de tipo interpersonal que el cliente muestra durante la terapia, concretamente clases de conductas clínicamente relevantes que pueden aparecer. Ambos sistemas se utilizan junto con instrumentos específicos de evaluación que en la actualidad están siendo validados. También Callaghan, Summers y Weidman (2003) han desarrollado un *Sistema de Codificación Conductual* para el registro y codificación de la conducta del cliente y terapeuta durante la terapia.

Finalmente, debe insistirse de nuevo que durante el proceso terapéutico, los problemas del cliente que ocurren durante la sesión deben ser cambiados directamente a través de las contingencias naturales que se producen. Más concretamente, a través del reforzamiento contingente a conductas alternativas más efectivas (Callaghan, Naugle y Follette, 1996), donde las CCR *tipo 1* son sustituidas por CCR *tipo 2* y *tipo 3*.

ÁREAS DE APLICACIÓN

Desde que la PAF comenzara a desarrollarse se ha venido aplicando a un gran número de trastornos psicológicos y otros problemas de salud influidos por variables de tipo psicológico. Entre los trastornos psicológicos cabe destacar los estudios sobre el tratamiento de la depresión, ansiedad, estrés postraumático o

trastornos de personalidad. Respecto a otras problemáticas de salud relacionadas con factores psicológicos, el dolor crónico y su abordaje es sin duda la aplicación más relevante.

De todas las aplicaciones la más desarrollada es la que hace referencia a la **depresión**, donde se ha propuesto el uso de la PAF para mejorar la terapia cognitiva desarrollada por A. T. Beck para ese tipo de trastornos del estado de ánimo (Kohlenberg, Kanter, Bolling, Parker y Tsai, 2002; Kohlenberg y Tsai, 1994b). El modelo terapéutico se conoce con el nombre de *terapia cognitiva mejorada por la PAF* (Bolling, Kohlenberg y Parker, 2000), y ofrece dos aportaciones a la terapia cognitiva clásica (Kohlenberg et al., 2005). En primer lugar, asume diversas causas y procedimientos terapéuticos para la depresión, como consecuencia de incluir relaciones entre variables alternativas a la determinación cognitiva. Se admite que la depresión puede ser consecuencia de diversos factores, lo que permite un mejor ajuste con el caso particular que se trata y una mejor adaptación del tratamiento al cliente. El análisis de cada caso toma en consideración no sólo lo planteado desde el modelo de análisis funcional del cambio conductual que se expuso en el apartado anterior, sino también la investigación relativa a los diversos factores implicados en los trastornos depresivos. Precisamente las recientes revisiones realizadas desde una perspectiva analítico-conductual sobre las causas y tratamientos de la depresión ponen de manifiesto la necesidad de considerar diversos factores causales y principios terapéuticos (Bolling y cols., 2000; Ferro García, 2001). Entre los factores causales Kanter, Cautilli, Busch y Baruck (2005) destacan: la falta o privación de reforzamiento positivo (pérdida o erosión del reforzamiento, déficit de habilidades), exceso de castigo o control aversivo, pérdida de conductas operantes efectivas, reforzamiento positivo y negativo de la conducta depresiva, problemas de conducta gobernada por reglas (falta de control por reglas, excesivo control y evitación experiencial) y la influencia de las operaciones de establecimiento y factores disposicionales. Respecto a los principios terapéuticos, Kanter et al. (2004) destacan la necesidad de intervenir de manera idiográfica, a partir de una rigurosa evaluación funcional de la conducta depresiva, y de la aplicación en vivo de las intervenciones. Precisamente la PAF cuenta con ambas características, y aporta al tratamiento de la depresión su asunción de que es posible trabajar con los problemas del cliente dentro de la propia sesión terapéutica, y las estrategias de intervención adecuadas para ello. Así, ofrece la posibilidad de utilizar la sesión terapéutica como un lugar en el que el cliente puede aprender nuevos patrones de pensamiento, construir mejores relaciones, expresar sus sentimientos y deseos de forma más adecuada, y comportarse de manera menos problemática (Kohlenberg et al., 2005).

La terapia cognitiva modificada por la PAF se ha puesto a prueba recientemente con resultados prometedores. Kohlenberg, Kanter, et al. (2002) entrenaron terapeutas cognitivos experimentados en el uso de los principios y métodos analítico-funcionales, enfatizando una perspectiva abierta a relaciones causales no cognitivas y el uso de técnicas terapéuticas más amplias de tipo conductual. La intervención modificada por la PAF se comparó con una intervención cognitiva clásica, consiguiéndose buenos resultados en ambos casos. Pero mientras que el 60 por ciento de los clientes atendidos con terapia cognitiva mejoraron, también lo hicieron el 79 por ciento de los atendidos con la terapia cognitiva modificada por la PAF. Estos últimos clientes mejoraron también en su funcionamiento interpersonal, mientras que los atendidos con terapia cognitiva no mostraron cambios. Además, tal y como han demostrado análisis posteriores de Kanter, Schildcrout y Kohlenberg (2005), los clientes informaban que después de las sesiones en las que más intervención en vivo se producía también había más mejoras fuera de sesión. Ese estudio muestra además que los terapeutas cognitivos que aplican la versión mejorada por la PAF se centran durante la sesión en intervenciones en vivo tres veces más que los que aplican la intervención cognitiva clásica.

Ferro García et al. (2000, 2006) muestran en un estudio de caso cómo los principios de la PAF pueden ser aplicados en clientes adultos con depresión. En este trabajo se identificaron una serie de CCR tipo 1 durante la fase inicial (ej.: resistencia a aceptarse y aceptar su situación, quejas, apatía, resistencia a nuevos contactos sociales) que fueron reduciéndose a lo largo de la terapia, al tiempo que se incrementaban CCR tipo 2 (ej.: enfrentarse a nuevas relaciones sociales, mejora en la cantidad y calidad de la conversación, aumento de proyectos, etc.) y las CCR tipo 3.

La utilización de la PAF para la mejora del tratamiento de la depresión ha sido acogida positivamente por algunos autores cognitivos como Lundh (1999) que valora especialmente su visión de la relación terapéutica y del trabajo que puede desarrollarse durante la sesión con los problemas que el paciente muestra durante la misma. Esta es sin duda una de sus mayores aportaciones.

Recientemente el grupo de Vandenberghe y Ferro (Vandenberghe y Ferro, 2005; Vandenberghe, Ferro y Furtado da Cruz, 2003; Vandenberghe, Furtado da Cruz y Ferro, 2003) han aplicado la PAF a problemas de **dolor crónico** en el contexto totalmente novedoso de los grupos terapéuticos. Estos autores se plantean la terapia de grupo como un contexto clínico excepcional para que los problemas vitales e interpersonales de los pacientes con dolor crónico puedan ser evocados, así como para que conductas clínicamente relevantes positivas puedan surgir y ser fortalecidas. La terapia de grupo ofrecería la oportunidad de que operen las contingencias genuinas que mantienen al dolor en la vida diaria, y que no son las mis-

mas que se dan en la situación de tratamiento. Durante la terapia grupal su objetivo es que el paciente llegue a redefinir su forma de comprender e interactuar con el dolor, interpretando sus quejas en base a factores situacionales y del comportamiento. Así mismo se aprovecha la situación social que genera el propio grupo terapéutico para el desarrollo de CCR tipo 2 de carácter interpersonal. Los resultados obtenidos por Vandenberghe, Ferro y Furtado da Cruz (2003), Vandenberghe, Furtado da Cruz y Ferro (2003) y Vandenberghe y Ferro (2005), son muy prometedores, aunque por tratarse de estudios de caso sólo pueden considerarse como una primera aproximación a este campo.

Otras aplicaciones de la PAF tampoco han sido desarrolladas de forma extensa, aunque muchos trabajos si cuentan con elaboraciones conceptuales sistemáticas. Este es el caso del **trastorno por estrés postraumático** –TEPT–, que se ha abordado en varias ocasiones desde esta perspectiva terapéutica. Kohlenberg y Tsai (1998) ofrecen una aproximación analítico funcional a este problema, sus características y naturaleza, y exponen la aplicación de la PAF en un caso concreto de TEPT. Siendo interesante el caso descrito lo es más la distinción elaborada por Kohlenberg y Tsai (1998) entre TEPT circunscrito y elaborado (Mullick et al., 2005). El primero ocurre en respuesta de un hecho específico (ej.: accidente de coche), mientras que el segundo es el resultado de la repetición del trauma interpersonal a lo largo de un extenso periodo de tiempo (ej.: abuso físico o sexual). Ambos tipos se distinguen por el tipo de evitación asociada y sus efectos a largo plazo. También Prins y Callaghan (2002) han aplicado con éxito la PAF como terapia complementaria en casos de TEPT.

Del mismo modo la PAF se ha propuesto para el abordaje de **trastornos de la personalidad**, para los que se ofrece incluso una alternativa diagnóstica de tipo analítico conductual (Koerner, Kohlenberg y Parker, 1996). Pese al interés demostrado por Kohlenberg y Tsai (2001) por este tipo de alteraciones, el caso mejor documentado de intervención desde la PAF en un problema de personalidad es el publicado por Callaghan et al. (2003). En él presentan datos sobre el tratamiento de un caso de trastorno narcisista e histriónico de la personalidad, en el que se produjeron mejorías estadística y clínicamente significativas.

La PAF también se ha aplicado con éxito a diversos casos, concretamente los relativos a problemas de ansiedad (Kohlenberg y Tsai, 1995), trastorno de angustia sin agorafobia (López Bermúdez et al., 2002), abusos sexuales y estrés postraumático (Kohlenberg y Tsai, 1998), anorgasmia (Oliveira y Vandenberghe, 2005), celos (Carrascoso, 2002), exhibicionismo –aplicando la PAF junto con la ACT– (Paul, Marx y Orsillo, 1999), obsesiones (Kohlenberg y Vandenberghe, en prensa) y problemas de pareja (Kohlenberg y Tsai, 1995; Rabin, Tsai y Kohlenberg, 1996).

Aun cuando todas las aplicaciones de la PAF que se han documentado son interesantes y prometedoras, esta aproximación terapéutica no cuenta hasta el momento con ningún estudio suficientemente riguroso en su diseño y aplicación que permita valorar su eficacia. Incluso la investigación desarrollada por Kohlenberg, Kanter et al. (2002) sobre la terapia cognitiva modificada por la PAF, para la depresión, no aporta evidencia suficiente acerca de esta terapia ya que se trata de un ensayo clínico no aleatorio, concretamente un cuasi-experimento. En todo caso, el tiempo que ha pasado desde la presentación de esta alternativa terapéutica, su relativa novedad, y la reciente publicación de los primeros estudios cuantitativos sobre la misma, permiten esperar que en un futuro se contará con un mayor número de estudios, y más rigurosos, a partir de los que establecer de forma precisa su grado de efectividad frente a diversos problemas.

PRESENTE Y FUTURO DE LA PAF

La PAF es una de las últimas aportaciones realizadas desde el análisis de conducta clínico a la terapia de conducta, incluyéndose habitualmente en lo que se viene denominando la tercera generación de la terapia de conducta. Parte de una actualización de los objetivos y procedimientos terapéuticos de la terapia de conducta basada en la investigación desarrollada desde el análisis experimental del comportamiento humano (Kohlenberg et al., 2005). Desde esta terapia se definen tanto los problemas clínicos como las metas y objetivos terapéuticos en términos conductuales (las CCR), se considera la conducta en términos funcionales, y se entiende como fundamental la observación y análisis de la conducta durante las sesiones terapéuticas. Por tanto, esta es una terapia basada en principios conductuales, centrada en problemas clínicos definidos y analizados funcionalmente, y que propone procedimientos o técnicas de intervención derivados también del análisis funcional de la conducta (Kohlenberg et al., 2005). La principal divergencia respecto al análisis de la conducta más tradicional es también su principal aportación: considerar la relación terapéutica como el centro del proceso terapéutico (Kohlenberg y Tsai, 1991). Aunque esta aportación pueda ser considerada como una “conclusión inesperada” de la interpretación conductual radical de la psicoterapia (Kohlenberg y Tsai, 1991), es totalmente coherente con la lógica del aprendizaje que subyace como mecanismo de cambio (Pérez Álvarez, 2004).

Aunque la PAF parte de supuestos teóricos y prácticos sólidamente fundados en la investigación experimental más rigurosa sobre el comportamiento humano todavía no se han llevado a cabo estudios suficientemente rigurosos que ava-

len su eficacia. Ciertamente, esta psicoterapia propone la aplicación de principios de cambio conductual que cuentan con enorme apoyo experimental, lo que puede ser considerado más interesante desde algunos puntos de vista (ej.: Follete y Beitz, 2003; Rosen y Davison, 2003) y sin duda es uno de sus más sólidos avales. También cuenta con el respaldo de un número creciente de estudios de caso, así como se ha iniciado la investigación experimental sobre su efectividad. Sin embargo, no hay que olvidar que la PAF se ha propuesto no sólo como una aproximación terapéutica por derecho propio, sino también como “una aproximación integradora que puede ser combinada con prácticamente cualquier otro tipo de terapia con resultados sinérgicos” (Kohlenberg, 2005, pág. 353). Este es sin duda otro de los grandes atractivos de la PAF. Sus principios pueden ser aplicados por terapeutas de diversas procedencias como una forma de incrementar la eficacia de otros tratamientos en base a su más genuina aportación: intervenir sobre la conducta actual del paciente que ocurre dentro de la sesión (Hopko y Hopko, 1999). Desde esta perspectiva integradora se ha venido trabajando a lo largo de los últimos años (Kohlenberg, Bolling et al., 2002; Kohlenberg y Tsai, 1994a, 1994b). Sin duda la investigación realizada por Kohlenberg, Kanter et al. (2002) sobre la terapia cognitiva modificada por la PAF para la depresión es un claro ejemplo de esa vocación integradora. Además, en los últimos tiempos, Callaghan, Gregg, Marx, Kohlenberg² y Gifford (2004) han comenzado a avanzar sus propuestas para la integración de la PAF con la ACT, dando lugar a una nueva vía terapéutica denominada la *Terapia Analítico-Funcional de Aceptación y Compromiso (Functional-Analytic Acceptance and Commitment Therapy – FACT)*. Su trabajo demuestra que esta integración es posible, y coincide con la larga historia compartida de ambas terapias así como con las incursiones teóricas realizadas por Kohlenberg en ámbitos más característicos de la propia ACT, como es el de la aceptación en la relación terapéutica (ej.: Cordova y Kohlenberg, 1994).

La situación actual muestra con bastante nitidez cual es el futuro inmediato por el que se deben desarrollar los siguientes pasos de la PAF. Con independencia de las aportaciones teóricas y los análisis funcionales y conceptuales que Kohlenberg y sus colaboradores puedan seguir ofreciendo sobre diferentes problemas, son dos los aspectos en los que los interesados en esta modalidad terapéutica deberían seguir trabajando de cara a su reconocimiento. Por una parte, es necesario iniciar sin dilación proyectos de investigación en el ámbito de la eficacia terapéutica de la PAF, con sólidos diseños de investigación experi-

² Barbara S. Kohlenberg, la hija de Robert J. Kohlenberg.

mental, que ofrezcan datos cuantitativos sobre los efectos de esta intervención frente a problemas específicos concretos. Este es un camino árido que muy pocas terapias psicológicas se han atrevido a emprender, pero que es cada vez más necesario para obtener un reconocimiento científico y profesional a largo plazo. Por otra, debe continuarse la línea emprendida hacia la integración de la PAF con otras modalidades terapéuticas, no sólo con la terapia cognitiva sino específicamente con la ACT. Pero estas no son las únicas posibilidades de integración porque son muchas las afinidades entre esta terapia y otras tanto contemporáneas como más tradicionales (Pérez Álvarez, 2001). En cualquier caso, el análisis de la relación terapéutica en términos conductuales, base de la PAF, se ha demostrado un campo de investigación y aplicación de enorme interés, así como las posibilidades que esta relación ofrecen para intervenir sobre diferentes tipos de problemas psicológicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barnes-Holmes, D., Hayes, S. C., Dymond, S. (2001). Self and self-directed rules. En S. C. Hayes, D. Barnes-Holmes y B. Roche (Eds.), *Relational frame theory. A post-Skinnerian account of human language and cognition* (pp. 119-139). Nueva York: Kluwer Academic/Plenum Publisher.
- Barnes-Holmes, D., O'Hora, D., Roche, B., Hayes, S. C., Bissett, R. T., y Lyddy, F. (2001). Understanding and verbal regulation. En S. C. Hayes, D. Barnes-Holmes y B. Roche (Eds.), *Relational frame theory. A post-Skinnerian account of human language and cognition* (pp. 103-117). Nueva York: Kluwer Academic/Plenum Publisher.
- 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, NV: Context Press.
- Callaghan, G. M. (2001a). *Functional assessment of skills for therapists: the FAST manual*. Manual no publicado: San Jose State University.
- Callaghan, G. M. (2001b). *The FIAT system: functional idiographic assessment template*. Manual no publicado. San Jose State University.
- 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., Naugle, A. E., y Follette, W. C. (1996). Useful constructions of the client-therapist relationship. *Psychotherapy, 33*, 381-390.
- 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.
- Catania, A. C. (1998) *Learning* (4ª edición). Nueva Jersey: Prentice Hall.
- Cautilli, J., Risley-Tillman, T. C., Axelrod, S., y Hineline, P. (2005). The role of verbal conditioning in third generation therapy. *The Behavior Analyst Today, 6*, 137-146.
- Cordova, J. V. y Kohlenberg, R. J. (1994). Acceptance and therapeutic relationship. En S. C. Hayes, N. S. Jacobson, V. M. Follette, y M. J. Dougher (Eds.), *Acceptance and change: content and context in psychotherapy* (pp. 125-142). Reno, NV: Context Press.
- Dougher, M. J. (2000). Clinical behavior analysis. En M. J. Dougher (Ed.), *Clinical behavior analysis* (pp. 11-25). Reno, NV: Context Press.
- Dougher, M. J. (1993). Clinical behavior analysis. Introduction. *The Behavior Analyst, 16*, 269-270.
- Dougher, M. J. y Hayes, S. C. (2000). Clinical Behavior Analysis. En M. J. Dougher (Ed.), *Clinical Behavior Analysis*. (pp. 11-26). Reno, NV: Context Press.
- 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.
- Ellis, A. (1977/1981). La teoría básica clínica de la terapia racional-emotiva. En A. Ellis y R. Grieger (Eds.), *Manual de la terapia racional-emotiva* (pp. 17-45). Bilbao: DDB.
- Fernández Parra, A. (1997). *Trastornos del comportamiento en la infancia. Fundamentos teóricos y prácticos*. Granada: GEU.
- Ferro García, R. (2000). Aplicación de la terapia de aceptación y compromiso en un ejemplo de evitación experiencial. *Psicothema, 12*, 445-450.
- Ferro García, R. (2001). La depresión: algunas consideraciones críticas en su tratamiento. *Análisis y Modificación de Conducta, 27*, 112, 187-204.

- Ferro García, R. (en prensa). La Psicoterapia Analítica Funcional. Estableciendo relaciones terapéuticas intensas y curativas. *Psicología Conductual*.
- Ferro García, R. y Valero Aguayo, L. (1998). Psicoterapias conductistas: nuevos enfoques clínicos. *Psicologemas*, 12, 31-62.
- Ferro García, R., Valero Aguayo, L. y López Bermúdez, M. A. (2006). Novedades y aportaciones desde la Psicoterapia Analítica Funcional. *Manuscrito no publicado*.
- Ferro García, R., Valero Aguayo, L. y 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.
- Ferro García, R., Valero Aguayo, L. y Vives Montero, M. C. (2006). Application of functional analytic psychotherapy: clinical analysis of a patient with depressive disorder. *The Behavior Analyst Today*, 7, 1-18.
- Follette, W. C., y Beitz, K. (2003). Adding a more rigorous scientific agenda to the empirically supported treatment movement. *Behavior Modification*, 27, 369-386.
- Follette, W. C., Naugle, A. E., y Callaghan, G. M. (1996). A radical behavioural understanding of the therapeutic relationship in effective change. *Behavior Therapy*, 27, 623-641.
- García Montes, J. M. y Pérez Álvarez, M. (2003). La Psicoterapia Analítico-Funcional. En I. Caro (Ed.), *Psicoterapias cognitivas. Evaluación y comparaciones* (pp. 167-186). Barcelona: Paidós.
- Hamilton, S. A. (1988). Behavioral formulations of verbal behavior in psychotherapy. *Clinical Psychology Review*, 8, 181-193.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-666.
- Hayes, S. C., y Bissett, R. T. (2000). Behavioral psychotherapy and the rise of clinical behavior analysis. En J. Austin y J. E. Carr (Eds.), *Handbook of applied behavior analysis* (pp. 231-245). Reno, NV: Context Press.
- Hayes, S. C. y Ju, W. (1998). Rule-governed behavior. En W. O'Donahue (Ed.) *Learning and behavior therapy* (págs. 374-391). Boston: Allyn and Bacon.
- Hayes, S.C., Kohlenberg, B.S., y Melancon, S.M. (1989). Avoiding and altering rule-control as a strategy of clinical intervention. En S.C. Hayes (Ed.), *Rule-*

- Governed Behavior. Cognition, Contingencies, and Instructional Control* (pp. 359-384). Nueva York: Plenum Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy. An Experiential Approach to Behavior Change*. Nueva York: The Guilford Press.
- Hayes, S. C., y Wilson, K. G. (1993). Some applied implications of a contemporary behavior-analytic account of verbal events. *The Behavior Analyst*, 16, 283-301.
- Hayes, S. C., y Wilson, K. G. (1994). Acceptance and Commitment Therapy: altering the verbal support for experiential avoidance. *The Behavior Analyst*, 17, 289-303.
- Hopko, D. R., y Hopko, S. D. (1999). What can Functional Analytic Psychotherapy contribute to empirically-validated treatments. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 349-356.
- 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., Cautilli, J. D., Bush, A. M., y Baruch, D. E. (2005). Toward a comprehensive functional analysis of depressive behavior: five environmental factors and a possible sixth and seventh. *The Behavior Analyst Today*, 6, 65-81.
- Kanter, J. W., Kohlenberg, R. J., y Loftus, E. F. (2002). Demand characteristics, treatment rationales, and cognitive therapy for depression. *Prevention y Treatment*, 5, Article 41. (Recuperado el 15 de junio de 2004 de <http://journals.apa.org/prevention/volume5/pre0050041c.html>)
- 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, 229-239.
- 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., Bolling, M. Y., Kanter, J. W., y Parker, C. R. (2002). Clinical behavior analysis: where it went wrong, how it was made good again, and why its future is so bright. *The Behavior Analyst Today*, 3, 248-253.

- Kohlenberg, R. J., Hayes, S. C. y Tsai, M. (1993). Radical behavioral psychotherapy: two contemporary examples. *Clinical Psychology Review*, 13, 579-592.
- Kohlenberg, R. J., Kanter, J., Bolling, M., Parker, C., y 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., 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). Nueva York: Guilford Press.
- Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. (1987). Functional analytic psychotherapy. En N. S. Jacobson (Ed.), *Psychotherapists in clinical practice: Cognitive and behavioral perspectives* (pp. 388-443). Nueva York: Guilford Press.
- Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy. Creating intense and curative therapeutic relationship*. Nueva York: Plenum Press.
- Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. (1994a). Functional Analytic Psychotherapy: A behavioral approach to treatment and integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 4, 175-201
- Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. (1994b). 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. (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. Ruzeg y F. R. Abueg (Eds.), *Cognitive-Behavioral Therapies for Trauma*. (pp. 305-320). Nueva York: Guilford Press.
- 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. y Dougher, M. J. (1993). The dimensions of clinical behavior analysis. *The Behavior Analyst*, 16, 271-282.

- Kohlenberg, R. J., Tsai, M., Ferro García, R., Valero Aguayo, 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., y Kohlenberg, B.S. (1996). Functional analysis in behavior therapy. En M. Hersen; R.M. Eisler, y P.M. Miller (Eds.), *Progress in behavior Modification* (pp. 1-24). Newbury Park: Sage Publications.
- 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 behavioural approach. *European Psychotherapy*, 1, 15-25.
- Kohlenberg, R. J. y Vandenberghe, L. (en prensa). Treatment resistant OCD, and the therapeutic relationship: Two case examples. *The Behavior Therapist*.
- López Bermúdez, M. A., Ferro García, 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.
- Luciano Soriano, M. C. (1992). La conducta verbal a la luz de recientes investigaciones. Su papel sobre otras conductas verbales y no verbales. *Psicothema*, 4, 445-468.
- Luciano Soriano, M. C. (1999). Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y Psicoterapia Analítica Funcional (FAP). Fundamentos, características y precauciones. *Análisis y Modificación de Conducta*, 25, 497-584.
- Lundh, L.-G. (1999). New directions in cognitive therapies. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 28, 1-2.
- Mullick, P. S., Landes, S. J., y Kanter, J. W. (2005). Contextual behavior therapies in the treatment of PTSD. *International Journal of Behavioral and Consultation Therapy*, 1, 223-238.
- Naugle, A. E., y O'Donahue, W. (1998). The future direction of behavior therapy: some applied implications of contemporary learning research. En W. O'Donahue (Ed.), *Learning and behavior therapy* (pp. 545-557). Boston: Allyn and Bacon.
- Oliveira, K. C. F. y Vandenberghe, L. (2005). Anorgasmia y esquiva experiencial, un estudio de caso. *Psicología Clínica*, 17, 1, 162-176.
- 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). *Tratamientos psicológicos*. Madrid: Universitas.
- Pérez Álvarez, M. (1996b). *La psicoterapia desde el punto de vista conductista*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Pérez Álvarez, M. (2001). Afinidades entre las nuevas terapias de conducta y las terapias tradicionales con otras orientaciones. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 15-33.
- Pérez Álvarez, M. (2004). *Contingencia y drama. La psicología según el conductismo*. Madrid: Minerva Ediciones.
- Plaud, J. J. (2001). Clinical science and human behavior. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 1089-1102.
- Plaud, J. J., y Plaud, D. M. (1998). Clinical behavior therapy and the experimental analysis of behavior. *Journal of Clinical Psychology*, 54, 905-921.
- 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, noviembre.
- 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.
- Rosen, G. M., y Davison, G. C. (2003). Psychology should list empirically supported principles of change (ESPs) and not credential trademarked therapies or other treatment procedures. *Behavior Modification*, 27, 300-312.
- Skinner, B. F. (1957/1981). *Conducta Verbal*. México: Trillas.
- Skinner, B. F. (1969/1979). *Contingencias de reforzamiento. Un análisis teórico*. México: Trillas.
- Skinner, B. F. (1974/1977). *Sobre el conductismo*. Barcelona: Fontanella.
- Tierney, K. J., y Braceen, M. (1998). Stimulus equivalence and behavior therapy. En W. O'Donahue (Ed.), *Learning and behavior therapy* (pp. 392-402). Boston: Allyn and Bacon.
- Vandenberghe, L. y Ferro, C. L. B. (2005). Terapia de grupo embasada en psicoterapia analítica funcional 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. (2003). FAP-enhanced group therapy for chronic pain. *The Behavior Analyst Today*, 4, 369-375.
- Vandenberghe, L., Furtado da Cruz, A. C. y Ferro, C. B. L. (2003). Terapia de grupo para pacientes com dor cronica orofacial. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 5, 31-40.
- Wilson, K. G., y Luciano Soriano, M. C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.
- Zetle, R., y Hayes, S. C. (1982) Rule governed behavior: a potential theoretical framework for cognitive-behavior therapy. En P. C. Kendall (Ed.), *Advances in cognitive-behavioral research and therapy* (pp. 73-118). Nueva York: Academic Press.