

LA PSICOTERAPIA ANALÍTICA FUNCIONAL (PAF): ESTABLECIENDO RELACIONES TERAPÉUTICAS INTENSAS Y CURATIVAS

Rafael Ferro García

Centro de Psicología Clínica C.E.D.I., Granada (España)

Resumen

La Psicoterapia Analítica Funcional está basada en los principios del conductismo radical y se encuadra dentro del movimiento llamado Análisis conductual clínico (Dougher y Hayes, 2000). Se centra en el análisis funcional de la conducta del cliente que aparece en sesión y propone el uso del refuerzo natural, y del moldeamiento en las relaciones terapéuticas, y parte que hay una equivalencia funcional existente entre el ambiente clínico y la vida diaria del cliente. El presente trabajo describe sus características y su forma de intervención, mostrando ejemplos clínicos de las conductas de los clientes y del terapeuta. Se describen las novedades en las áreas de aplicación, los estudios de eficacia que se llevan a cabo y las tendencias futuras.

PALABRAS CLAVE: *Psicoterapia analítica funcional, análisis funcional, tendencias futuras.*

Abstract

Functional Analytic Psychotherapy is based on the principles of radical behaviorism and is part of the so-called Clinical Behavior Analysis movement (Dougher & Hayes, 2000). It emphasizes the functional analysis of client behavior during sessions and proposes the use of natural reinforcement and the shaping of therapeutic relationships, starting from the assumption that a functional equivalence exists between clinic environment and the daily life of client. This article describes its characteristics and the method of intervention, showing clinical examples of client and therapist behaviors. Recent developments in application areas, ongoing studies about effectiveness and future evolution are also described.

KEY WORDS: *Functional Analytic Psychotherapy, functional analysis, future tendencies.*

Correspondencia: Rafael Ferro, Centro de Psicología Clínica C.E.D.I., Avda. Constitución, 25, 7º Izda, 18014 Granada (España). E-mail: rferro@cop.es

Agradecimientos: quisiera agradecer a Miguel Ángel López Bermúdez los comentarios realizados a este manuscrito.

Introducción

La *Psicoterapia analítica funcional* (PAF) (Kohlenberg y Tsai, 1991) es una terapia que usa dos principios básicos del análisis de conducta. Por un lado, la evaluación funcional de una manera idiosincrásica y, por otro, la aplicación de las intervenciones en vivo (Kanter, Callaghan, Landes, Busch y Brown, 2004). Es decir, se adapta a cada cliente en cuestión y, además, se basa en el aquí y ahora dentro de la terapia, en los problemas y en las mejoras de los clientes que se presentan durante la sesión terapéutica y que son equivalentes a los de su vida real. Utiliza la propia relación terapéutica como una forma para fomentar el cambio en el paciente. Como indica Pérez Álvarez (1996a), se toma la relación terapéutica más como una condición natural que como un lugar de entrenamiento.

En la introducción del manual de Kohlenberg y Tsai (1991) se dice que no se trata de una colección de técnicas sino más bien de un marco conceptual que intenta guiar la actividad del terapeuta y crear unas relaciones terapéuticas intensas y curativas. La PAF está dirigida a los clientes que no han mejorado adecuadamente con las terapias de conducta tradicionales, que tienen dificultades para establecer relaciones íntimas, y/o padecen ese tipo de problemas interpersonales difusos y generalizados tipificados en el Eje II del DSM-III-R (Kohlenberg y Tsai, 1991).

La PAF es un tipo de psicoterapia por sí misma pero, además, puede ser combinada con cualquier terapia produciendo unos resultados sinérgicos. La integración de aquella con otras terapias ha dado y está dando buenos resultados, como lo han demostrado varios estudios que se verán más adelante.

Una de sus mayores aportaciones es su teoría conductual de la personalidad. En ella también se explica cómo surgen los trastornos de personalidad y cómo deben tratarse. Existe una traducción en español de un trabajo donde se explica y se analizan algunos de estos trastornos (Kohlenberg y Tsai, 2001). Esta teoría ha influido en la terapia dialéctica conductual de Linehan (1993) centrada en el trastorno límite de la personalidad.

Antecedentes históricos

Fue a final de la década de los 80 cuando aparece la primera publicación sobre la PAF (Kohlenberg y Tsai, 1987) junto con la Terapia de aceptación y compromiso (ACT) (Hayes, 1987), con la que comparte los principios filosóficos. Ambas se encuadran dentro del movimiento llamado *análisis conductual clínico* (Dougher y Hayes, 2000; Kohlenberg, Tsai y Dougher, 1993), que es una evolución del análisis funcional de la conducta teniendo en cuenta las últimas novedades sobre el estudio funcional del lenguaje, es decir, los estudios sobre la conducta gobernada por reglas y los de relaciones de equivalencia entre estímulos.

A principio de los años 90 se edita su manual. Desde entonces se han multiplicado las publicaciones de distinto tipo. La difusión en español fue rápida gracias a los trabajos pioneros de Pérez Álvarez (1996a, 1996b) y los de Ferro y Valero (1998) y Rodríguez Naranjo (1998), e incluso los más recientes, tanto teóricos (Ferro, Valero y López Bermúdez, en prensa; García Montes y Pérez Álvarez, 2003) como aplica-

dos (Carrascoso 2002; Ferro, Valero y Vives, 2000, 2006; López, Ferro y Calvillo, 2002). La PAF surge desde la experiencia clínica de los propios autores de una manera inductiva. Algunos de sus clientes tratados con técnicas cognitivo-conductuales experimentaban mejorías que se salían de los objetivos planteados en el tratamiento. Posteriormente, analizaron las causas de estas mejorías de los pacientes y se dieron cuenta de que con ellos se había establecido una relación terapéutica intensa y comprometida. A partir de aquí se dedicaron a estudiar las relaciones terapéuticas y relacionarlas con esas mejorías, surgiendo la PAF.

Desde la perspectiva histórica sus fundamentos se encuentran en los principios del conductismo radical y en el marco conceptual descrito en los escritos de B. F. Skinner (1953, 1957). Se parte de los principios filosóficos del conductismo radical: la naturaleza contextual del conocimiento y de la realidad, y una visión no mentalista de la conducta (Kohlenberg y Tsai, 1991).

Componentes básicos

No se puede decir que esta terapia tenga unos componentes básicos o técnicas específicas como tales, ya que si los tuviera estaría en contra del propio objetivo de la misma, que no es otro que generar un marco conceptual para guiar la tarea del terapeuta, como se mencionó anteriormente. En publicación anterior (Ferro y Valero, 1998) se expusieron unos fundamentos de la terapia, concretamente algunas variables en las que se sustenta y la componen. Podría decirse que la PAF se centra en los siguientes aspectos: 1) en los *actos* o conductas de los clientes, es decir, en el análisis funcional de la conducta del cliente que aparece en sesión, especialmente en su conducta verbal; 2) en las *contingencias de refuerzo* que se dan en las relaciones terapéuticas, proponiendo el uso del refuerzo y del moldeamiento; y 3) en el *contexto donde se dan estas relaciones*, partiéndose de la existencia de una equivalencia funcional entre el ambiente clínico y la situación diaria del cliente (Kohlenberg y Tsai, 1991, 1994, 1995).

Los *actos de los clientes* son cualquier cosa que una persona hace, incluyendo hablar, pensar, sentir, ver, oír, recordar, etc. (Kohlenberg y Tsai, 1994). La tarea principal del terapeuta consiste en identificar las conductas que aparecen en la sesión clínica. Es importante que el terapeuta clasifique funcionalmente lo que dice el cliente en la sesión, es decir, su conducta verbal siguiendo las categorías funcionales elaboradas por Skinner (1957). Hay que intentar saber si lo que dice el paciente en ese momento es una etiqueta o «tacto» (*tact*¹), una petición o «mando» (*mand*²),

1 *Tact* lo define la PAF como una respuesta verbal que se encuentra bajo el control preciso de los estímulos discriminativos y que se refuerza por reforzadores secundarios generalizados. Sería similar al término etiqueta, pero los creadores de la PAF se inventaron el término *tact*. La traducción por «tacto» no parece muy afortunada, pero es la que emplea el autor del artículo (*Nota de los directores del monográfico*).

2 *Mand* lo define la PAF como el habla implicada en peticiones, órdenes, exigencias y preguntas, con una serie de características. Igualmente su traducción por «mando» parece confusa, aunque es el término empleado por el autor del artículo (*Nota de los directores del monográfico*).

un «mando disfrazado» (*disguised mand*) o una respuesta «intraverbal», si estas respuestas se refieren a un estímulo de la vida diaria, de la propia terapia y si tienen una causación múltiple, es decir, si están causadas por varios estímulos. Por ejemplo, un cliente con depresión describe que la semana pasada ha estado muy mal y que se sintió muy deprimido. Analizando las distintas funciones de esta respuesta, pueden ser una etiqueta o «tacto» (*tact*), una descripción de la situación emocional de lo que realmente ocurrió la semana pasada o bien una petición o «mando disfrazado» (*disguised mand*) dirigido hacia el terapeuta con una función de petición de atención o de ayuda, o con una función de escape de las demandas en la sesión provenientes del terapeuta. Como se ve, las variables que controlan esa respuesta pueden ser muy diferentes de un cliente a otro y en el mismo cliente, de un momento a otro de la terapia. En todo momento la tarea del terapeuta es identificar el tipo de función y actuar en consecuencia. Parece crucial la localización del estímulo que desencadena la respuesta, si está refiriéndose a su vida diaria en la semana pasada o la respuesta está controlada por lo que ocurre en sesión. La PAF se centra fundamentalmente en las respuestas controladas por estímulos presentes en la sesión. Por tanto, el clínico debe fijarse en las respuestas que están controladas por estímulos localizados en la sesión y con causación múltiple (en ambos sitios a la vez).

Otro de los fundamentos de esta terapia radica en las *contingencias de refuerzo* que se establecen dentro de la sesión. Se recomienda el uso de reforzadores naturales (los habituales en el ambiente cotidiano), ya que así se aumenta la probabilidad de la generalización de los objetivos terapéuticos a la vida diaria. Por el contrario, el refuerzo arbitrario o artificial produce unos efectos muy limitados en la conducta objetivo. Según Kohlenberg y Tsai (1991), hay dos formas de establecer el refuerzo natural, una *aproximación directa* y otra *indirecta* de reforzar las conductas que son clínicamente relevantes. La aproximación directa tiene más riesgos de caer en el refuerzo artificial, por esto los autores hacen las siguientes recomendaciones: hay que reforzar clases de respuestas y no conductas específicas, hay que adaptarse al repertorio del cliente, ampliar y expresar los sentimientos del terapeuta como una manera equivalente a lo que siente y expresan los demás, hay que fijarse que la terapia sirva para beneficiar al cliente y, en general, el propio terapeuta debe comportarse de forma natural en el contexto terapéutico, siendo él mismo. La aproximación indirecta del refuerzo de las conductas durante la terapia tiene que ver con las reglas generales en la terapia. La primera sería saber qué es lo que se tiene que reforzar. Las siguientes son el ver el efecto que tiene su comportamiento en el comportamiento del cliente, que el terapeuta debe tener un estilo reforzante en su comportamiento social y, finalmente, seleccionar los clientes que se verían beneficiados con esta interacción terapéutica. Además del fortalecimiento de conductas más adaptativas a través del refuerzo, el moldeamiento directo es fundamental para conseguir los objetivos terapéuticos. Si se define el moldeamiento como el refuerzo diferencial de aproximaciones sucesivas hacia un objetivo final, parece claro que el terapeuta debe saber en cada momento por donde se encuentra el cliente en relación con los objetivos terapéuticos. En los siguientes epígrafes se verá cómo se plantean los objetivos terapéuticos. En tercer lugar, se parte de que hay una equi-

valencia funcional entre las conductas que son relevantes clínicamente dentro de la sesión terapéutica y las que se dan en la vida diaria. Los ambientes deben ser comparados con base en la conducta que ellos evocan. Esa equivalencia funcional entre ambos existe, como se ha dicho, si las conductas clínicamente relevantes aparecen en ambos contextos. Es decir, si evocan la misma conducta entonces podremos decir que son equivalentes funcionalmente. Esto tiene una ventaja porque lo que se pretende es trabajar directamente con las conductas problema y objetivo que aparecen en la sesión clínica, esperando que los resultados se transfieran a la vida diaria del cliente.

Método de intervención

La forma de intervención se basa fundamentalmente, en lo que el cliente hace y dice en la propia sesión clínica. A esto se denomina *Conductas clínicamente relevantes* (CCR) (Kohlenberg, Hayes y Tsai, 1993; Kohlenberg y Tsai, 1991, 1994, 1995). Estas conductas relevantes son de tres tipos. Las conductas clínicamente relevantes *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. Dichas conductas suelen tener funciones de escape y de evitación y, por lo tanto, están bajo control de estímulos aversivos. Estos problemas de los clientes pueden implicar pensamientos, percepciones, sentimientos, recuerdos, que han de ocurrir siempre dentro de la sesión.

Por el contrario, las conductas clínicamente relevantes *tipo 2* son las conductas que se podrían considerar como las mejorías del cliente que ocurren durante la sesión. Al principio del tratamiento, estas conductas no se observan o tienen muy poca fuerza, pero deberían incrementarse en el transcurso de la terapia.

Además, la terapia se interesa en las interpretaciones del cliente de su propia conducta y lo que cree que la causa, y a éstas se le denominan conductas clínicamente relevantes *tipo 3*. Más específicamente, consisten en observaciones y descripciones de la conducta de uno mismo y de los estímulos reforzantes, discriminativos y desencadenantes que están asociados a ella. Aquellas, a su vez, pueden ser CCR tipo 1 o tipo 2, ya que las explicaciones pueden ser un problema o una mejoría. Veamos algunos ejemplos:

- Una mujer con un trastorno obsesivo, que durante la primera consulta no para de quejarse de lo mal que está y de las obsesiones tan fuertes que tiene y que no puede dejar de tenerlas. Ante las preguntas del terapeuta acerca de sus obsesiones evita hablar de las mismas, describiendo de nuevo lo mal que se encuentra (CCR 1) o simplemente se calla y llora (CCR 1). Parece claro que cuando la paciente describe en qué consisten sus obsesiones (cree que tiene cáncer) se produce una mejoría (CCR 2 y 3).
- Un hombre de mediana edad con depresión, que durante las primeras consultas no para de hablar de lo que él cree que es el problema (CCR 1), sin escuchar al terapeuta. Incluso trae por escrito el mismo discurso para que,

- según él, no se le olvide (CCR 1). Una mejoría fue cuando vino sin notas y le preguntó al terapeuta: «¿qué es lo que puedo hacer?» (CCR 2).
- Un paciente con un trastorno leve del yo, lo que los autores llaman un *Yo inseguro*. Hablando de sus actividades de ocio, menciona: «*Me gusta hacer footing, aunque ya sé que a nadie le gusta*» (CCR 1 y 3). Este paciente está evitando las críticas de los demás.
 - Una paciente joven con un *Yo inestable*, que es muy sensible a las quejas de los demás. Le describe al terapeuta que su música es hortera. Al preguntarle por qué, relata que se sintió muy mal cuando el novio de su amiga le dijo que la música que tiene puesta es muy hortera, asumiendo, sin más, lo que los demás le dicen (CCR 1). En otro momento de la terapia, le dijo al terapeuta: «*A mí lo que me pasa es que soy muy insegura y tengo muy poca autoestima*». De nuevo, al preguntar por qué dice eso, relata que al explicarle a sus amigas sus problemas le han dicho lo que realmente le pasa. Es decir, vuelve a repetir lo que los demás le dicen que le pasa (CCR 1).

Hasta ahora se han analizado y se han expuesto algunos ejemplos de las conductas de los pacientes. Pero, además, en esta forma de trabajar se tiene en cuenta al terapeuta durante la sesión clínica. La función del terapeuta es observar y relacionar de forma equivalente lo que el cliente hace dentro y fuera de la sesión. Para ello, se deben seguir cinco reglas en la terapia (Kohlenberg, Hayes y Tsai, 1993; Kohlenberg y Tsai, 1991, 1994, 1995). La *Regla n° 1* consiste en que el terapeuta debe observar las posibles CCR durante la sesión terapéutica. La *Regla n° 2* propone construir un ambiente terapéutico que evoque las CCR. La *Regla n° 3* sería organizar el refuerzo positivo de las CCR tipo 2 o mejoras del cliente. La *Regla n° 4* debe tratar de desarrollar un repertorio para observar las propiedades reforzantes de la conducta del terapeuta en relación con las CCR del cliente. La *Regla n° 5* consiste en generar en el cliente un repertorio de descripción de las relaciones funcionales entre las variables de control y las conductas.

- En el caso de la mujer con problemas de obsesiones que no explica en qué consisten, el terapeuta le pregunta si eso que hace en sesión es lo que hace en su casa (no enfrentarse a las obsesiones). Regla 1 y también Regla 2, ya que con esto evoca CCR.
- En el caso del paciente con depresión, cuando le pregunta sobre qué es lo que puede hacer, el terapeuta le indica que esa forma de resolver su problema es mejor que la otra (intenta reforzar, Regla 3). Más adelante, cuando vuelve a preguntar qué puede hacer, comprueba el terapeuta que reforzó tal pregunta (Regla 4)
- En el caso del joven con un yo inseguro, cuando insinúa que a nadie le gusta el footing, el terapeuta dice: «*pues no sé, yo hago footing*» (Regla 3). Por un lado, intenta no reforzar el comentario que evita que le castiguen y, por otro, refuerza la expresión de una valoración del paciente. En las siguientes sesiones habría que comprobar si esto ha ocurrido realmente (Regla 4).

- En el caso del Yo inestable, el terapeuta expone que no cree que sea un problema de autoestima, sino que ella es muy sensible a lo que le dicen los demás (Regla 5). La paciente se reafirma en lo que dicen sus amigas enfrentándose a lo que dice el terapeuta. Lo que el terapeuta toma como una mejoría y describe: «*Ahora te enfrentas a lo que te digo y no asumes sin más lo que dicen los demás, estas siendo tu misma*» (Regla 3). En la sesión siguiente, el terapeuta le pregunta si sigue pensando que su problema es de autoestima (Regla 4), intentando comprobar qué efecto han tenido los comentarios del terapeuta de la sesión anterior en referencia a lo que ella cree que le pasa. Además, trabaja con lo que ella cree que le pasa (Regla 5).

Procedimiento de intervención

A continuación se va a exponer, de manera general, el procedimiento de intervención de esta terapia. Para los lectores interesados en una descripción más detallada sobre aplicaciones específicas, se recomienda la lectura de varios estudios de casos en español, como Carrascoso (2002), Ferro, Valero y Vives (2000), y López, Ferro y Calvillo (2002).

Antes de seguir, se deben hacer unas *sugerencias* generales para fomentar tanto el desarrollo de la relación terapéutica como las ocurrencias de CCR (Kohlenberg y Tsai, 1991):

1. *Fomente y refuerce los comentarios del cliente relacionados con los estímulos presentes en la situación terapéutica.* El objetivo es reforzar cualquier comentario del cliente sobre el terapeuta y/o la relación terapéutica, de los hechos ocurridos en sesiones anteriores, de cualquier sentimiento experimentado durante esa sesión clínica, de cualquier objeto que haya en la consulta, etc.
2. *Fomente comparaciones* controladas por acontecimientos que se den tanto en terapia como en la vida diaria. Preguntas del terapeuta haciendo que el cliente compare lo que siente, le pasa o hace en la sesión en relación con lo que ocurre fuera de ella.
3. *Fomente la expresión directa de deseos, peticiones y sugerencias.* El terapeuta moldea este tipo de peticiones y deseos y también puede presentar modelos de peticiones de manera eficaz.
4. *Use las descripciones que hace el cliente de acontecimientos sobre su vida como metáforas de hechos que ocurren en la sesión.* Puede que la metáfora sea 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. Como en el caso antes expuesto, cuando el paciente depresivo indicaba lo mal que había estado la semana pasada y lo deprimido que se sentía, podría considerarse un «mando disfrazado», cuyos posibles reforzadores fuesen generar lástima en el terapeuta, con una función de escapar de algún compromiso que generó con el terapeuta para realizar actividades, siendo esta forma de

actuar equivalente a como se comporta en la vida diaria. Esto se pudo ver posteriormente durante la terapia.

Según nuestra experiencia, la mayor preocupación de un terapeuta novel en este tipo de terapia es cómo evocar y ser sensibles a éstas CCR. Pues bien, de forma espontánea los propios clientes hacen comentarios o expresan sentimientos con el terapeuta, la relación terapéutica, la terapia, el despacho o cualquier experiencia inmediata que haya ocurrido, y todas estas conductas son, por definición, CCR. Lo único que debe hacer el terapeuta es ser sensible a la aparición de estas conductas, como indica la Regla 1. Además, hay eventos en el contexto de la terapia que las produce. En la terapia se dan *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, la expresión de afecto por parte del terapeuta, sentirse cercano al terapeuta, las características del terapeuta, los acontecimientos inusuales y los sentimientos del terapeuta. Podemos poner los siguientes ejemplos:

- En una chica que mostraba un trastorno de ansiedad, coincidieron las vacaciones del terapeuta con el comienzo del tratamiento. Al enterarse de las fechas de las vacaciones del terapeuta se agobió mucho y dijo: «¿y yo qué puedo hacer?, si me encuentro mal, ¿dónde te puedo llamar?». Se puede pensar que hay una equivalencia con cómo pide ayuda en su vida diaria, sentirse angustiada y verse sola sin ayuda, e incluso «abandonada».
- Una mujer que se enfada mucho con el terapeuta cuando éste se equivoca al darle la cita y le hace venir un día que no le corresponde. Se enfada con el terapeuta de forma intransigente: «Esto es increíble, con las cosas que tengo que hacer, esto no es serio». Se puede pensar que actúa de manera similar ante los errores ajenos.
- Una mujer con un trastorno límite de la personalidad que al ocurrir un acontecimiento inusual (la fractura de un brazo del terapeuta), se puso a llorar y dijo muy ansiosa: «qué va a ser de mí si te ocurre algo». Una característica de estas personas es el miedo al abandono. Se podría pensar que esa es la función de lo que dice.

Como se puede ver en estos ejemplos, podemos pensar que hay una equivalencia funcional entre lo que ocurre en sesión y lo que ocurre en la vida diaria de esas personas. Es esencial darse cuenta de esa similitud. Es fundamental trabajar en estos momentos con estas conductas, cuando surgen de manera natural (Regla 1 y 2). Moldeando la ocurrencia de las CCR tipo 2 y 3, reforzándolas y extinguiendo y poniendo bajo control las de tipo 1 (Regla 3). Además, hay que comprobar qué efecto se ha tenido en las siguientes sesiones (Regla 4). Y trabajar con las explicaciones del paciente sobre su propia conducta y las variables que la controlan (Regla 5).

Toda intervención psicológica se puede dividir en tres fases (Kohlenberg y Tsai, 1995). Una *fase inicial*, donde se pretende evaluar e intentar conceptualizar el caso y en la que van apareciendo la mayoría de CCR 1 del cliente. Una *fase intermedia*, donde, teóricamente, deben ir apareciendo CCR 2 y reduciéndose las de tipo 1. Y una *fase final*, en la que se evalúa la intervención misma y los objetivos conseguidos por el cliente. Dependerá de cada cliente las CCR fijadas y la duración de la intervención.

A) Fase de inicio

En la primera sesión al terapeuta le interesa la historia y la observación de las conductas del cliente. Así, en el comienzo se le puede dar al cliente la siguiente instrucción o variaciones de la misma (Kohlenberg, Kanter, Bolling y Parker, 2002):

«escribe unas líneas o un párrafo o una autobiografía de los eventos o hechos, las circunstancias, los personajes y las relaciones que han hecho que tú seas tú, desde tu nacimiento hasta el presente»

Esta tarea indica al cliente que el terapeuta está interesado en su historia pero, además, le da al terapeuta la oportunidad de ver cómo el cliente hace una tarea que se le ha encomendado y ayuda a generar hipótesis sobre las potenciales CCR que pueden aparecer en la terapia. Por ejemplo, un paciente, al decirle que hiciera eso, contestó: *«yo había pensado mejor explicarle lo que me ocurre ahora»*, intentando dirigir el proceso terapéutico, como algo parecido a lo que le ocurría con su pareja, como se vio después. Otro cliente, por ejemplo, entró en una serie de circunloquios y no llegó a escribir nada. Se podría hipotetizar que está evitando la tarea. Como se puede apreciar, el objetivo no es tanto el contenido sino la función de las CCR.

En general, Kohlenberg y Tsai (1995) proponen en cada fase una serie de preguntas que ayudarán al terapeuta a evocar y a ser sensibles a las CCR. En esta primera fase, proponen explorar las siguientes cuestiones:

1. ¿Por qué me has escogido como terapeuta?, ¿qué relación tiene esto con tu forma de tomar decisiones y riesgos?
2. Cuando comienzas una nueva actividad o relación ¿qué es lo que te gusta?, ¿es muy importante para tí causar una buena impresión?
3. ¿Qué diferencias y semejanzas hay en tu forma de comenzar una relación y como has comenzado la terapia?
4. ¿Cómo puedes hacer posible un buen comienzo en la terapia?
5. ¿Qué te ha gustado o disgustado de la terapia hasta este momento?

Estas preguntas hay que tomarlas como guías, hay que adaptarlas a cada paciente y en cada momento, ya que esa es la principal característica de esta terapia. Tampoco hay que hacerlas en la primera sesión sino de forma natural, cuando

vayan surgiendo. Una vez aparezcan las CCR, se irán moldeando o extinguiendo como se ha dicho anteriormente.

Durante esta primera fase, y en gran parte de las siguientes, es muy útil conceptualizar el caso. Recientemente se ha propuesto (Kohlenberg y Tsai, 2000; Kohlenberg, Kanter, Bolling, y Parker, 2002) una forma de conceptualizar un caso como una ayuda a la hora de intervenir desde esta visión de la psicoterapia. Se tiene que tener en cuenta los siguientes elementos: los *problemas* que el paciente tiene *en la vida diaria* (por ejemplo, las conductas de evitación en algunos casos de depresión o en trastornos de ansiedad). Su *historia relevante* que vendría referida por hechos importantes en la vida de la persona que estén implicados en la etiología y en el mantenimiento del trastorno. Los *problemas* que aparecen *en la sesión clínica* (por ejemplo, llegar tarde sistemáticamente, no reconocer que se está mejorando, evitar hablar sobre un hecho). Los *conceptos cognitivos* del paciente que hacen que interfieran con el tratamiento (pensamientos automáticos, código de creencias, asunciones) que deben ser objeto de la terapia (como, por ejemplo: «no puedo dejar de pensar sobre esto», o creer que no se puede hacer alguna actividad si no se tienen «ganas»). Sus *objetivos de la vida diaria* (presentarse a unas oposiciones, salir más con su marido, enfrentarse a los comentarios de los demás, etc.). Y, finalmente, los *objetivos* que se marcaría el terapeuta *en la propia sesión* (hablar de un hecho traumático, mantener la mirada con el terapeuta, expresar sus sentimientos de manera natural, etc.).

Según nuestra experiencia, esta forma de conceptualizar un caso ha sido de ayuda a profesionales formados en este tipo de terapia y también a otros cuya formación es más clásica desde la terapia de conducta, proporcionándoles una visión diferente del caso en cuestión.

Otra forma de conceptualizar el caso es el sistema FIAT (Callaghan, 2001). En esta forma de evaluación se analizan 5 áreas: a) expresar las necesidades personales, b) problemas de comunicación, c) posibles conflictos interpersonales, d) problemas con situaciones de cercanía con otros, y e) problemas con la experiencia y expresión de los sentimientos. Para más información sobre éste u otros sistemas de evaluación actuales en esta terapia se recomienda la lectura de Ferro, Valero y López Bermúdez (en prensa).

B) Fase intermedia

En esta fase se recomienda también una serie de cuestiones que puedan generar CCR y frases de los clientes que ayuden a identificar estas conductas (Kohlenberg y Tsai, 1995). En esta fase intermedia ya ha habido oportunidad de establecer con el cliente una relación más cercana y más íntima y se puede analizar esta relación en función a sus problemas clínicos. Se pueden evocar CCR 1 considerando la intimidad, las expresiones de esa intimidad, las mejoras y su reconocimiento, los sentimientos que han sido difíciles (como el aprecio, el afecto, deseos para ser diferentes o las reacciones negativas).

Además, hay frases del cliente que aparecen de forma espontánea en esta fase y que permiten al terapeuta ser sensible a la aparición de estas CCR, ayudándole a evocarlas y a identificarlas. Frases en relación con: reconocer los progresos («es la primera vez que soy capaz de...», «ya no me siento tan...», «reconozco que he cambiado...»), expresión de deseos en la terapia («quisiera ser capaz de ...», «me gustaría cambiar la terapia para ...», «yo podría mejorar mi relación contigo en...»), reacciones ante el terapeuta («te he visto muy insensible conmigo...», «me siento mal cuando me has dicho...», «te pareces mucho a ...», «lo que no me gusta de ti es...»), dificultades típicas («me sería difícil enfrentarme a...», «me es difícil hablar sobre...», «me cuesta manejar mis sentimientos aquí cuando...») y reacciones en la terapia («el comienzo de cada sesión me cuesta...», «ha sido doloroso descubrir que...», «me cuesta terminar la sesión...»).

Durante esta fase se van dando más CCR tipo 2 y es el momento de reforzarlas, potenciarlas o moldearlas de una manera natural, como se ha comentado anteriormente.

C) Fase final

Esta fase es equivalente a cómo las personas terminan una relación íntima con alguien y éste puede ser un contexto perfecto para generar nuevas CCR. También se han señalado algunas preguntas que ayudan a evocar estas conductas en el término del proceso terapéutico (Kohlenberg y Tsai, 1995):

1. ¿Cuáles han sido los fracasos más memorables de tu vida?, ¿cómo reaccionaste ante ellos?
2. ¿Qué supone para ti la terminación de una relación?
3. Normalmente, ¿cómo te despides de alguien?, ¿te gustaría que nuestra despedida fuese similar o diferente?
4. ¿Qué te ha gustado de mí?, ¿y de la terapia?
5. ¿De qué te has arrepentido en la terapia?
6. ¿Qué no has dicho aún que sea importante para ti?

Parece obvio que durante todas estas fases descritas, el terapeuta tiene que conseguir un objetivo con cada una de las CCR. Con las de tipo 1 extinguirlas, eliminarlas, bloquear las conductas de evitación, etc. A la vez que moldea, refuerza y fomenta las de Tipo 2. En muchos casos, ambos tipos aparecen de forma mezclada y hay que estar atentos a su aparición. En el caso de las CCR de tipo 3, las explicaciones del cliente sobre su conducta, sobre él mismo, etc. pueden ser tanto de tipo 1 como de tipo 2, y el terapeuta debe actuar de la forma antes indicada. De hecho, en los últimos trabajos publicados, los autores no las describen como un tipo dentro de la clasificación sino como tipo 1 y 2.

Puesto que esta terapia es recomendada con pacientes con Trastornos de personalidad, se pueden dar unas sugerencias específicas en estos casos. En general, los

pacientes con problemas del yo suelen comenzar la terapia de una forma defensiva, siendo cautos, reservados, evitando expresar sus opiniones, sentimientos, deseos, creencias, gustos, con precauciones ante el terapeuta. Parece claro que todas estas conductas son de tipo 1, lo que indica un exceso de control público en relación al inicio de una relación. Estos pacientes están centrados y en alerta ante cualquier cambio de la expresión facial o del tono del habla del terapeuta. Al principio, casi todo lo que dicen sobre ellos mismos, y de lo que sienten y piensan, está bajo el control discriminativo del terapeuta (Kohlenberg y Tsai, 1991). Evidentemente, hay que reforzar el hablar en ausencia de indicaciones externas específicas. Pero al inicio de la terapia esto puede ser un problema, ya que estos pacientes pueden evitar estas situaciones con fuertes cargas emocionales e, incluso, abandonar la terapia. Cualquier terapeuta con experiencia en estos problemas sabe que hay una alta frecuencia de abandonos por parte de los clientes. Un terapeuta muy activo y hablador hará que el paciente se sienta más seguro, aunque esto impida que ocurran CCR de tipo 2. La sugerencia que proponen los autores es que la terapia ideal debe ser muy estructurada al principio, para ir pasando, poco a poco, a ser más desestructurada a medida que se va progresando, aunque todo ello está en función del propio paciente.

Hay que ajustar las tareas de la terapia al nivel del control privado del repertorio del cliente. Se propone el uso de una variante de la asociación libre como una tarea en este tipo de pacientes que puede ser útil (Kohlenberg y Tsai, 1991). El propósito de esto no es una forma de descubrir los contenidos ocultos sino la propia conducta de asociar libremente lo que tiene interés, presentando la asociación con más o menos estructura dentro de la terapia, dependiendo del cliente. El rango va, por ejemplo, desde decirle: «*Dígame que se le ocurre ante esta serie de palabras...*» hasta «*Diga cualquier cosa que se le pase por la cabeza...*» Según nuestra experiencia, este tipo de cliente evita cualquier ejercicio de introspección en terapia y hay que ser cautos en la aplicación de los mismos. Ni que decir tiene que si la persona reacciona de forma natural, sin bloqueos ante los mismos, es una CCR 2.

Otra sugerencia en este tipo de casos es reforzar tantas expresiones «Yo X» del cliente tanto como sea posible (Kohlenberg y Tsai, 1991). Es decir, es muy importante reforzar de forma natural todas las ideas, intuiciones, teorías y creencias del cliente (por ejemplo, «*creo..., pienso que...*»), incluso cuando difieran de las del terapeuta. Estas sugerencias se hacen basándose en la teoría de la formación del yo y en la génesis de los problemas del mismo.

Áreas de aplicación

Esta psicoterapia se ha aplicado en muchos tipos de trastornos como ansiedad (Kohlenberg y Tsai, 1995; López, Ferro y Calvillo, 2002), abusos sexuales y estrés postraumático (Kohlenberg y Tsai, 1998), anorgasmia (Oliveira y Vandenberghe, 2005), celos (Carrascoso, 2002), depresión (Dougher y Hackbert, 1994; Ferro, Valero y Vives, 2000, 2006; Gaynor y Scott, 2002; Kohlenberg, Kanter, Bolling y Parker, 2002; Kohlenberg y Tsai, 1994), dolor crónico (Vandenberghe, Ferro y

Furtado, 2003; Vandenberghe y Ferro, 2005), caso de exhibicionismo junto a la terapia de aceptación y compromiso (ACT) (Paul, Marx y Orsillo, 1999), obsesiones (Kohlenberg y Vandenberghe, en prensa), terapia de pareja (Kohlenberg y Tsai, 1995; Rabin, Tsai y Kohlenberg, 1996) y trastornos de la personalidad (Callaghan, Summers y Weidman, 2003; Koerner, Kohlenberg y Parker, 1996; Kohlenberg y Tsai, 1991, 2000; Wagner, 2005).

En cuanto a los estudios de eficacia, el estudio más destacado sería el proyecto de investigación sobre la eficacia de la PAF a través de la mejora de los resultados de la terapia cognitiva de Beck. Esta línea de investigación se está llevando a cabo desde la Universidad de Washington y la Universidad de Wiscosin (Bolling, Kohlenberg y Parker, 2000; Kanter, Schildcrout y Kohlenberg, 2005; Kohlenberg, Kanter, Bolling y Parker, 2002; Kohlenberg, Kanter, Bolling, Wexner, Parker, y Tsai, 2004). Hasta ahora los datos publicados son los siguientes. En uno de los estudios (Kohlenberg, Kanter, Bolling y Parker, 2002) participaron 46 sujetos diagnosticados de depresión repartidos en dos grupos, un grupo formado por 18 sujetos a los que se aplicó la terapia cognitiva (TC) y otro grupo de 28 sujetos en los que se aplicó una adaptación de PAF para mejorar la TC. La duración del estudio fue de 3 años y las terapias fueron aplicadas por 3 terapeutas expertos en TC a los que se les instruyó para que usaran la PAF en uno de los grupos. Los resultados, en general, muestran que la PAF mejorando la TC es más eficaz que la TC en el tratamiento de la depresión y que también los pacientes mejoraban en sus relaciones personales, según señalan los sujetos durante el seguimiento.

Otro proyecto de investigación es la aplicación de la PAF en sujetos que residen en instituciones y que presentan graves problemas crónicos, como psicosis, trastorno límite de la personalidad, depresión mayor, etc. Lo que se ha publicado hasta ahora es solo la presentación del programa sin mostrar datos de los resultados del mismo (Holmes, Dykstra, Willians, Diwan y River, 2003).

Por otro lado, y en cuanto a su integración con otras terapias, se han producido varias publicaciones y se están llevando a cabo varios proyectos de investigación. Se ha integrado con la terapia cognitiva de Beck en un estudio realizado con adolescentes con problemas depresivos, presentando unos cambios rápidos y manteniéndolos durante meses (Gaynor y Scout, 2002). Se ha aplicado también con éxito junto con la terapia dialéctico conductual (Linehan, 1993) en un paciente con trastorno límite de la personalidad (Wagner, 2005). Actualmente se realiza un proyecto de investigación de integración con la terapia de aceptación y compromiso (ACT), en un programa para dejar de fumar (Callaghan, Gregg, Marx, Kohlenberg y Gifford, 2004).

Conclusiones y tendencias futuras

En este trabajo se ha expuesto la Psicoterapia Analítica Funcional como una terapia que se basa en el análisis funcional y que forma parte del movimiento llamado análisis clínico conductual (Dougher y Hayes, 2000) junto con la terapia de aceptación y compromiso (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999). Está basada histórica-

mente en los principios filosóficos del conductismo radical de Skinner (1953, 1957) y especialmente indicada para aquellos pacientes que no muestran mejorías con otros tratamientos y que presentan problemas a nivel de su personalidad.

Se han descrito los fundamentos que la sustentan, es decir, el análisis funcional de la conducta del cliente, las contingencias de refuerzo que ocurren en las sesiones terapéuticas y, fundamentalmente, en la equivalencia funcional que se da entre el ambiente clínico y la vida diaria del cliente.

Se ha intentado describir su forma de intervención, poniendo ejemplos de casos clínicos sobre los que los autores denominan CCR y las reglas terapéuticas que se deben usar. Se han dado unas sugerencias generales para desarrollar una relación terapéutica eficaz. Además, se han puesto ejemplos de situaciones y contextos que evocan estas CCR y algunos ejemplos de formas tanto del cliente como del terapeuta que ayudan a identificarlas y la manera en la que hay que trabajarlas. Se han analizado también las distintas fases de la intervención. Puesto que esta terapia ha sido eficaz en pacientes con problemas en su personalidad, se han expuesto unas sugerencias específicas para estos casos.

Actualmente la terapia está en vías de investigación, como se ha visto. Se está ampliando su aplicación a una gran población de trastornos psicológicos, incluyendo poblaciones de pacientes crónicos tanto a nivel privado como institucionalizados. Se ha integrado con distintas terapias, mostrando buenos resultados y se están realizando en varias universidades estudios que demuestran la eficacia de la misma.

Pensamos que su mayor aportación a la psicoterapia es centrarse en el «aquí y ahora» que, como menciona Pérez Álvarez (2004), es convertir la *relación* terapéutica en una auténtica relación terapéutica, utilizando esta relación como el lugar donde se promueven y producen los cambios que, trabajando de forma natural, se generalizarán de la sesión clínica a la vida diaria.

Otra de sus mayores aportaciones a la terapia de conducta es su teoría de la personalidad y del desarrollo de los llamados «trastornos del yo», junto con las sugerencias del tratamiento de los mismos adaptadas a esa teoría.

En cuanto a las tendencias futuras en la investigación, aparte de las ya citadas, se están investigando nuevas formas de evaluar la propia terapia (Callaghan, Summers y Weidman, 2003), de evaluar distintas hipótesis de la teoría de la personalidad (Kanter, Parker y Kohlenberg, 2001) y nuevas formas de mejorar las habilidades terapéuticas (Kanter, Schildcrout y Kohlenberg, 2005). Para una mayor información en español sobre estas tendencias recomendamos la lectura del trabajo de Ferro, Valero y López Bermúdez (en prensa). El consultar la página web de la propia psicoterapia en <http://www.functionalanalyticpsychotherapy.com/> puede ser útil para conseguir algunos trabajos y material de la misma.

Referencias

- Bolling, M.Y., Kohlenberg, R. J. y Parker, C. R. (2000). Behavior analysis and depresión. En M. J. Dougher (dir.), *Clinical behavior analysis* (pp. 127-152). Reno: Context Press.
- Callaghan, G. M. (2001). *The Functional Idiographic Assesment Template: The FIAT Sistem*. Unpublished Manual. 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., 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, 321-339.
- Carrascoso, F.J. (2002). Celos: un caso de aplicación de la Psicoterapia Analítica Funcional. *Apuntes de Psicología*, 20, 347-368.
- 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.
- Dougher, M. J. y Hayes, S. C. (2000). Clinical behavior analysis. En M. J. Dougher (dir.), *Clinical behavior analysis*. (pp. 11-26). Reno: Context Press.
- Ferro, R. y Valero, L. (1998). Psicoterapias conductistas: nuevos enfoques clínicos. *Psicologemas*, 12, 31-62.
- Ferro, R., Valero, L. y López Bermúdez, M.A. (en prensa). Novedades y aportaciones desde la Psicoterapia Analítica Funcional. *Psicothema*.
- Ferro, R., Valero, L. y Vives, 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, R., Valero, L. y Vives, M.C. (2006). Application of Functional Analytic Psychotherapy: clinical análisis of a patient with depressive disorder. *The Behavior Analyst Today*, 7, 1-18.
- García Montes, J. M. y Pérez Álvarez, M. (2003). La Psicoterapia Analítico-Funcional. En I. Caro (dir.), *Psicoterapias cognitivas. Evaluación y comparaciones*. (pp. 167-186). Barcelona: Paidós.
- Gaynor, S. T. y Scott Lawrence, 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.
- Hayes, S. C. (1987). A contextual approach to therapeutic change. En N. S. Jacobson (dir.), *Psychotherapists in clinical practice: cognitive and behavioral perspectives* (pp. 327-387). Nueva York: Guilford.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy. An experiential approach to behavior change*. Nueva York: Guilford.
- Holmes, E. P., Dykstra, T. A., Williams, P., Diwan, S. y River, L.P. (2003). Functional analytic rehabilitation: A contextual behavioral approach to chronic distress. *The Behavior Analyst Today*, 4, 34-46.
- Kanter, J. W., Callaghan, G. M., Landes, S. J., Busch, A. M. y Brown, K. R. (2004). Behavior Analytic Conceptualization and treatment of Depression: Traditional Models and Recent Advances. *The Behavior Analyst Today*, 5, 255-274.
- Kanter, J. W., Parker, C. y Kohlenberg, R. J. (2001). Finding the self: A behavioral measure and its clinical implications. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 38, 198-211.

- Kanter, J. W., Schildcrout, J. S. y Kohlenberg, R. J. (2005). In vivo processes in cognitive therapy for depression: Frequency and benefits. *Psychotherapy Research, 15*, 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., Hayes, S. C. y Tsai, M. (1993). Radical behavioral psychotherapy: two contemporary examples. *Clinical Psychology Review, 13*, 579-592.
- Kohlenberg, R.J., Kanter, J. W., Bolling, M. Y. y Parker, C. R. (2002). Enhancing cognitive therapy for depression with Functional Analytic Psychotherapy: treatment guidelines and empirical findings. *Cognitive and Behavioral Practice, 9*, 213-229.
- Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Bolling, M., Wexner, R., Parker, C. y Tsai, M. (2004). Functional Analytic Psychotherapy, cognitive therapy, and acceptance. En S. C. Hayes, V. M. Follette y M. M. Linehan (dirs.). *Mindfulness and acceptance. expanding the cognitive-behavioral tradition*. (pp. 96-119). Nueva York: Guilford.
- Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. (1987). Functional analytic psychotherapy. En N. S. Jacobson (dir.), *Psychotherapists in clinical practice: Cognitive and behavioral perspectives* (pp. 388-443). Nueva York: Guilford.
- Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy. Creating intense and curative therapeutic relationship*. Nueva York: Plenum.
- Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. (1994). 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 (dirs.), *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 (dirs.), *Cognitive-behavioral therapies for trauma* (pp. 305-320). Nueva York: Guilford.
- Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. (2000). Radical behavioral help for Katrina. *Cognitive and Behavioral Practice, 7*, 500-505.
- Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. (2001). Hablo, luego existo: una aproximación conductual para entender los problemas del yo. *Escritos de Psicología, 5*, 58-62.
- Kohlenberg, R. J., Tsai, M. y Dougher, M. J. (1993). The dimensions of clinical behavior analysis. *The Behavior Analyst, 16*, 271-282.
- Kohlenberg, R. J. y Vandenberghe, L. (en prensa) Treatment resistant OCD, and the therapeutic relationship: Two case examples. *The Behavior Therapist*.
- Lineham, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Nueva York: Guilford.
- López Bermúdez, M. A., Ferro, R., & Calvillo, M. (2002). Una aplicación de la Psicoterapia Analítica Funcional en un trastorno de angustia sin agorafobia. *Análisis y Modificación de Conducta, 28*, 553-583.
- Oliveira, K. C. F. y Vandenberghe, L. (2005). Anorgasmia e esquivia experiencial, um estudo de caso. *Psicologia Clínica, 17*, 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). *La psicoterapia desde el punto de vista conductista*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Pérez Álvarez, M. (1996b). *Tratamientos psicológicos*. Madrid: Universitas.
- Pérez Álvarez, M. (2004). *Contingencia y drama. La psicología según el conductismo*. Madrid: Minerva.

- 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.
- Rodriguez Naranjo, C. (1998). Principios terapéuticos y posibilidades clínicas de la «Psicoterapia Analítica Funcional». *Psicothema, 10*, 85-96.
- Skinner, B. F. (1953/1970). *Ciencia y conducta humana*. Barcelona: Fontanella.
- Skinner, B.F. (1957/1981). *Conducta verbal*. México: Trillas.
- Vandenberghe, L. y Ferro, C. L. B. (2005). Terapia de grupo basada em FAP como abordagem terapêutica para dor crônica: Possibilidades e perspectivas. *Psicologia: Teoria e Prática, 7*, 137-152.
- Vandenberghe, L., Ferro, C. B. L. y Furtado da Cruz, A. C. (2003). FAP-enhanced group therapy for chronic pain. *The Behavior Analyst Today, 4*, 369-375.
- Wagner, A.W. (2005). A behavioral approach to the case of Ms. S. *Journal of Psychotherapy Integration, 15*, 101-114.

