

La Psicoterapia Analítica Funcional

Un recorrido desde su origen hasta la actualidad

Carmen ORTIZ-FUNE

Complejo Hospitalario Benito Menni, Hermanas Hospitalarias. Valladolid (España)

<https://orcid.org/0000-0002-4892-0880>

María MARÍN VILA

Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda, Madrid (España)

<https://orcid.org/0000-0002-5735-6951>

Resumen

La Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) es una terapia de conducta de tercera generación que emplea el análisis funcional de la conducta bajo la premisa de que el comportamiento del paciente en el contexto psicoterapéutico será funcionalmente equivalente a su conducta en su entorno natural. Kohlenberg y Tsai crearon este modelo terapéutico para abordar problemas relacionales de una forma experiencial, valiéndose de la operativización de aspectos de otros modelos, tales como las dinámicas transferenciales tradicionalmente descritas en el psicoanálisis. A lo largo de las décadas, FAP ha acumulado un amplio número de publicaciones que muestran su utilidad a la hora de abordar múltiples problemas clínicos, ya sea como terapia única o complementada con otras técnicas. En los últimos años han proliferado nuevos modelos y herramientas terapéuticas con el objetivo de solventar algunas de sus limitaciones. Asimismo, se ha ampliado el uso de FAP en el análisis e intervención de otras problemáticas, así como para enriquecer la formación de nuevos terapeutas gracias a la definición de metas terapéuticas específicas.

Palabras clave: FAP, análisis funcional de la conducta, terapia de conducta, conducta clínicamente relevante.

Abstract

Functional Analytical Psychotherapy (FAP) is a third-generation behavior therapy that uses functional analysis of behavior under the premise that the patient's behavior in therapy will be functionally equivalent to his behavior outside of therapy (in his life). Kohlenberg and Tsai created this therapeutic model to address relational problems in an experiential way, making use of the operationalization of aspects of other models, such as transference dynamics. Over the decades, FAP has accumulated a large number of publications that show its usefulness--as a single therapy or complemented with other techniques--when addressing multiple clinical problems. In recent years, new therapeutic models and tools have proliferated with the aim of solving current limitations, using FAP in the analysis and intervention of other problems, as well as to enrich the training of new therapists thanks to the definition of specific therapeutic goals.

Key words: FAP; Functional Analysis of Behavior; Behavior Therapy; Clinically Relevant Behavior.

Dirección de la primera autora: Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS), Complejo Hospitalario Benito Menni. Calle Renedo, 27. 47012 Valladolid.
Correo electrónico: mcortiz.valladolid@hospitalarias.es

Agradecimientos: Nuestro más sincero agradecimiento a Robert Kohlenberg, así como a todos los profesionales del *Center for the Science of Social Connection* de la Universidad de Washington, por acogernos y enseñarnos el corazón de FAP.

Recibido: julio de 2022. *Aceptado:* julio de 2022.

El pasado mes de noviembre de 2021 fallecía Robert J. Kohlenberg, co-creador junto a Mavis Tsai de la Psicoterapia Analítica Funcional (FAP, por sus siglas en inglés; Kohlenberg y Tsai, 1991; Tsai, Kohlenberg, Kanter *et al.*, 2009). La FAP, al igual que otros modelos terapéuticos como la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999, 2012), se engloba dentro de las terapias conductuales-contextuales, también conocidas como terapias conductuales de tercera generación (Pérez Álvarez, 2006). Se considera que la FAP ha hecho importantes aportaciones en el campo de la psicoterapia, acumulando un amplio número de trabajos de investigación y estudios de caso. No obstante, aún sigue siendo una de las terapias de tercera generación menos conocidas y aplicadas. A modo de homenaje póstumo a la figura de Robert J. Kohlenberg, el objetivo de este trabajo será realizar un recorrido por las aportaciones más relevantes de la FAP desde su origen hasta la actualidad, prestando especial atención a la función que este modelo ha cumplido al operativizar conceptos clásicos descritos desde otras corrientes psicoterapéuticas mediante el uso del análisis funcional de la conducta. Del mismo modo, se describirán sus aportaciones más recientes, así como líneas futuras de investigación.

Psicoterapia Analítica Funcional

Origen

En la historia sobre el desarrollo de la FAP pueden distinguirse diferentes hechos significativos (Reyes-Ortega y Kanter, 2017; Tsai, Kohlenberg, Kanter *et al.*, 2012). A finales de los años 80 del pasado siglo, Robert J. Kohlenberg trabajaba en la Universidad de Washington (Seattle, Estados Unidos) como investigador y supervisor clínico cognitivo-conductual. Durante ese tiempo identificó que algunos terapeutas obtenían resultados “excepcionalmente buenos”, más allá del alivio de síntomas o de la remisión de un determinado trastorno. Sin embargo, estos resultados parecían ocurrir solo de manera ocasional, siendo difícil para los terapeutas poder explicar las variables implicadas en el proceso. A pesar de ello, pudo observarse que estos resultados óptimos eran más frecuentes en unos terapeutas que en otros, siendo esto independiente de las características de los pacientes.

El interés por analizar las interacciones de los profesionales que obtenían este tipo de resultados llevó a realizar entrevistas a terapeutas con el objetivo de identificar los factores relacionados con estos “casos excepcionales”. Se encontró que una intensa implicación personal y el intercambio frecuente entre terapeuta-paciente en el aquí y ahora resultaron aspectos significativos a la hora de obtener resultados diferenciales en el proceso de psicoterapia.

Bajo el marco de estos trabajos, Kohlenberg y Tsai (1991) trataron de articular una serie de principios generales, basados en el conductismo radical (Skinner, 1953; 1974),

con el objetivo de describir el proceso psicoterapéutico de una manera operativa y precisa, que fuera a la vez fácil de comprender y de enseñar a otros. El resultado de estos esfuerzos dio como origen la aparición de la FAP.

La importancia del análisis funcional de la conducta

Como se ha mencionado, la FAP tiene sus bases en el paradigma del conductismo radical (Skinner, 1953; 1974) cuyos planteamientos han sido revitalizados en las últimas décadas, entre otros, por el contextualismo funcional (Hayes, Barnes-Holmes y Wilson, 2012) dando lugar a nuevas terapias de corte conductual que, al igual que la FAP, integran en este esquema conceptual aspectos originales de otros modelos. En la FAP, la acción humana, incluyendo el sufrimiento y los problemas psicológicos, se explican en términos conductuales; es decir, no se atribuyen a la existencia de alguna entidad no conductual, tales como un deseo o impulso, sino a los aspectos contextuales que preceden o tienen lugar después del comportamiento. El análisis funcional de la conducta permite describir de forma pormenorizada las variables que influyen en el comportamiento, ayudando a explicar el origen del problema que lleva a la persona a terapia (Kohlenberg y Tsai, 1991). Precisamente, una de las principales aportaciones de la FAP, como se presentará más adelante, es la descripción conductual de términos y constructos relevantes en otros modelos terapéuticos, como por ejemplo la definición del “yo”, o la operativización de términos como la “transferencia” y “contratransferencia” descritas en el psicoanálisis. La operativización de estos constructos en términos conductuales permite analizarlos para realizar explicaciones y predicciones, así como para trabajar sobre el cambio conductual de la persona.

Lo anterior no implica, al contrario de lo que errónea y tradicionalmente se critica al conductismo radical, que desde este tipo de análisis se niegue la existencia o la importancia de emociones, pensamientos o sensaciones físicas. Estas experiencias humanas son muy relevantes en la FAP y en otras terapias contextuales, pero su naturaleza solo es diferente a la de la conducta manifiesta en cuanto a que se consideran experiencias privadas. Es decir, “pensar” o “sentir” serían también conceptualizados como comportamientos. De hecho, en la FAP tendrá un papel especial el entrenamiento en identificar y expresar verbalmente este tipo de experiencias privadas, así como la importancia de la conducta del terapeuta para evocarlas y responder ante ellas (Ferro García, 2006; Kohlenberg y Tsai, 1991; Reyes-Ortega y Kanter, 2017; Tsai, Kohlenberg, Kanter *et al.*, 2009; Valero-Aguayo y Ferro-García, 2015; 2018).

Una diferencia notable entre FAP y otros modelos no contextuales es el hecho de que la conducta del terapeuta se analiza en los mismos términos que la conducta del paciente. El terapeuta es un agente activo influido por las mismas variables contextuales y cuyo comportamiento se rige por

las leyes de la conducta. Este aspecto es muy relevante por dos motivos fundamentales. En primer lugar, el terapeuta no será un mero observador en el proceso, sino que, asumiendo un papel activo, su comportamiento tendrá un impacto en el comportamiento del paciente, asumiendo un rol en los avances terapéuticos. En segundo lugar, el análisis de las interacciones entre terapeuta y paciente estarán en la base de la alianza terapéutica que, tal y como se describe en el apartado siguiente, desde FAP se considera una herramienta terapéutica en sí misma (Ferro García, 2006; Kohlenber y Tsai, 1991; Reyes-Ortega y Kanter, 2017; Tsai, Kohlenberg, Kanter *et al.*, 2009; Valero-Aguayo y Ferro-García, 2015; 2018).

Enlazando con las dos ideas previas -la importancia de la experiencia privada y el papel en terapia de la propia conducta del terapeuta-, es importante destacar que los terapeutas que emplean FAP muestran un interés especial en la conducta verbal, tal y como es descrita por Skinner (1957). Se asume que la conducta verbal humana está controlada por eventos directamente observables. El lenguaje, y por tanto el pensamiento, tienen su origen en la interacción de la persona con el entorno que les rodea, pasando de ser únicamente público y social en las etapas más tempranas de la infancia, a ser más privado e íntimo. Esto es, toda conducta verbal puede comprenderse a partir de sus antecedentes (públicos o privados) y cumple una función en el entorno en el que se emite por las consecuencias que produce. Mediante el análisis funcional de las interacciones que tienen lugar en el contexto psicoterapéutico, el terapeuta puede comprender el origen de la conducta verbal, puede identificar sus antecedentes y su función y, empleando su propia conducta, puede moldear y modelar comportamientos alternativos mediante la descripción del comportamiento, el uso de reforzamiento y promoviendo la generalización (Ferro García, 2006; Kohlenber y Tsai, 1991; Reyes-Ortega y Kanter, 2017; Tsai, Kohlenberg, Kanter *et al.*, 2009; Valero-Aguayo y Ferro-García, 2015; 2018).

Todas estas premisas se materializan en lo que se conoce como *Conductas Clínicamente Relevantes* (en adelante, CCR), que suponen todos aquellos comportamientos que ocurren en el contexto de la relación entre el paciente y el terapeuta y que se consideran metas terapéuticas. Existen tres tipos de CCR. Por un lado, el terapeuta ha de identificar las CCR1 del paciente, que son todas aquellas conductas que aparecen en sesión y que están relacionadas con sus dificultades en su vida diaria, es decir, aquellas que resultan problemáticas. El objetivo en el transcurso del tratamiento es que disminuyan en frecuencia. Por otro lado, el terapeuta debe promover que aparezcan las denominadas CCR2, que son aquellas conductas conceptualizadas como mejoras en el contexto de la sesión, y que pretenden generalizarse al entorno natural del paciente. Serían, por tanto, comportamientos cuya ocurrencia o incremento sería deseable. Por último, el terapeuta también pretende promover las CCR3, que consisten en descripciones funcionales que el paciente hace de su propia conducta.

Por ejemplo, imaginemos un paciente con importantes limitaciones a la hora de identificar y expresar verbalmente sus emociones a otras personas. Una CCR1 podría ser responder “no sé” y retirar la mirada cuando el terapeuta le pregunta cómo se siente en un momento determinado. Una CCR2, en este caso, podría ser cualquier aproximación del paciente a identificar y etiquetar verbalmente una emoción tras una pregunta; por ejemplo, decir “me siento nervioso” cuando el terapeuta le pregunta y se aprecia que, efectivamente, de forma privada el paciente puede experimentar nerviosismo. Un ejemplo de CCR3 sería que el paciente hiciera una verbalización en la que analizase este patrón, por ejemplo: “he notado que cuando hablamos de algo difícil y tú me preguntas cómo me siento a veces respondo que no lo sé porque me resulta difícil hablar de ello”.

Tal y como se ha comentado anteriormente, en FAP el análisis de la conducta del terapeuta resulta también fundamental. En este sentido, se han tratado de operativizar los comportamientos del profesional en sesión, que reciben el nombre de T1 y T2. Estas conductas serían equivalentes a las mencionadas CCR, pero emitidas en este caso por el terapeuta. De este modo, las T1 serían comportamientos problemáticos del terapeuta en sesión, relacionados con su historia biográfica y barreras, que de algún modo entorpecerían la evolución del paciente en consulta. Por su parte, las T2 serían comportamientos alternativos del terapeuta que facilitarían el cambio.

Siguiendo el ejemplo del paciente anterior, una T1 del terapeuta podría ser comenzar a realizar más preguntas cerradas en sesión que sólo requirieran que el paciente con problemas para verbalizar sus emociones respondiera “sí” o “no”. El terapeuta haría esto al sentirse frustrado, minimizando en la medida de lo posible los silencios en consulta. Esto reduciría las respuestas del tipo “no sé” del paciente, pero no supondría un avance clínico. Un ejemplo de T2 podría ser que el terapeuta hiciera aún más preguntas abiertas o favoreciera los silencios y espacios para que el paciente respondiera, aun pudiendo esto ser incómodo para el terapeuta. De este modo sería más probable observar variabilidad en las respuestas del paciente, surgiendo por tanto opciones de reforzar conductas alternativas.

Para llevar a cabo el proceso psicoterapéutico en FAP se distinguen cinco reglas que pueden servir al clínico como guía durante la intervención. Estas orientaciones no son algo estático o rígido, sino que suponen unas directrices generales sobre algunos procesos que el terapeuta ha de tener presentes durante la psicoterapia. Las reglas descritas en FAP son (Kohlenberg y Tsai, 1991; Tsai, Callaghan y Kohlenberg, 2013):

1. Observar las CCR.
2. Evocar las CCR.
3. Reforzar las CCR2 de manera natural.
4. Identificar los efectos del reforzamiento del terapeuta
5. Proporcionar interpretaciones funcionales de la conducta

El papel de FAP para operativizar procesos terapéuticos

El yo

Una de las aportaciones más relevantes de FAP es el desarrollo de una concepción conductual del Yo, tanto patológico como no patológico, partiendo de los trabajos clásicos de Skinner (1953, 1957). El interés de Kohlenberg y Tsai se focalizó en desarrollar las investigaciones preliminares de Skinner, explorando sus implicaciones terapéuticas, ya que observaron que era frecuente que los pacientes describieran sus problemas en términos de su Yo. De hecho, las dificultades en la formación del Yo podrían ser comunes a diferentes problemas psicopatológicos, conformando un factor transdiagnóstico (Ferro-García y Valero-Aguayo, 2017). FAP permitió aportar una explicación, en términos conductuales, a algunos de los problemas y trastornos del Yo descritos en la literatura psicodinámica.

Partiendo de una concepción skinneriana, FAP entiende el Yo como una conducta verbal que emerge como una unidad funcional a partir de la adquisición de unidades más largas (por ejemplo, “yo siento”, “yo pienso”, “yo quiero”) conforme el niño empieza a hablar durante el desarrollo normal. Este proceso se da en tres etapas, en las que operan procesos verbales y sociales, y en las que progresivamente se va pasando del control público de la “unidad funcional Yo” a uno privado. Se considera que el grado de control privado y/o público que tenga ese aprendizaje del Yo puede dar lugar a problemas leves o graves a lo largo de un continuo. Una descripción pormenorizada de la formulación conductual del Yo puede consultarse en el manual de Kohlenberg y Tsai (1991).

Conceptos de transferencia y contratransferencia

Como es bien conocido, la descripción de la transferencia se ha considerado desde sus inicios un elemento central de análisis en el psicoanálisis. La transferencia se definiría como “una reacción automática” del paciente hacia el terapeuta en sesión, que reflejaría la dinámica que éste mantiene con una figura relevante (normalmente el padre o la madre), origen del malestar que experimenta (Freud, 1912). Dado que la reacción del paciente se considera automática, desde este modelo no se consideran los principios del aprendizaje; sin embargo, estos podrían explicar la conducta del paciente respecto al terapeuta, incluyendo el rol del clínico a la hora de favorecer un contexto que determine la aparición de estas conductas. De acuerdo con Kohlenberg y Tsai (1991) la concepción de los aspectos transferenciales descritos en el psicoanálisis promueve reglas rígidas para los clínicos, quedando el papel del aprendizaje relegado a un segundo plano.

Para Kohlenberg y Tsai (1991) la transferencia se referiría al conjunto de conductas relevantes resultado de

aplicar la regla 2 de FAP (evocar conductas). De este modo, el clínico, teniendo en cuenta la historia de aprendizaje del paciente, crearía un contexto en el cual emergieran comportamientos en sesión con una equivalencia funcional en la vida del paciente. Es decir, las personas en sesión responden ante el terapeuta como lo harían ante sus padres u otras personas relevantes de su vida, pero el terapeuta tiene un rol muy activo en este proceso. Por el contrario, si el terapeuta permanece inactivo, expectante y opaco (siguiendo la regla del automatismo de la transferencia), podría resultar iatrogénico al no fomentar activamente la variabilidad de la conducta del paciente en sesión.

Del mismo modo, Freud (1912) sostuvo que el terapeuta ha de mantenerse neutral, es decir, que no debería mostrar nada más que el reflejo de lo expresado por el paciente. No se espera, por tanto, que el terapeuta manifieste reacciones emocionales genuinas. En cambio, en FAP, no solo sería deseable que el terapeuta fuera activo, sino también que expresase lo que siente ante determinados comportamientos del paciente. De este modo, siguiendo con la regla 2, se crearía un contexto para evocar CCR tipo 1 o 2. Por ejemplo, algunas de las reacciones del terapeuta podrían ser similares a las de una figura de referencia. El terapeuta, entonces, tendría la oportunidad de observar el comportamiento más habitual del paciente, así como de evocar y reforzar conductas alternativas. Un terapeuta honesto, dispuesto a hacer autorrevelaciones en caso de ser necesario, fomentaría también la generalización de la conducta (Kohlenberg y Tsai, 1991).

Finalmente, el principio de neutralidad expuesto en el psicoanálisis podría afectar también a la capacidad del terapeuta para aplicar el reforzamiento, ya que en FAP se espera que sea natural, implicando verbalizaciones honestas por parte del terapeuta (Kohlenberg y Tsai, 1991). Del mismo modo, y siguiendo los principios del análisis funcional, en FAP se espera que el clínico sea flexible, ya que, dependiendo de la conceptualización del caso, las reacciones del terapeuta deberían ser a veces amplificadas y otras atenuadas.

Como puede observarse, todo lo relacionado con las reacciones del terapeuta podría enmarcarse como las anteriormente mencionadas conductas T1 y T2. Al igual que el paciente puede reaccionar ante el terapeuta como lo haría ante alguien relevante en su vida (transferencia), el terapeuta puede reaccionar ante el paciente del mismo modo (contratransferencia). No obstante, en FAP esto sería deseable, siempre y cuando el clínico se muestre dispuesto a analizar su propio comportamiento y emplearlo como herramienta en la práctica clínica, buscando la mejoría del paciente (Kohlenberg y Tsai, 1991).

La alianza terapéutica

El concepto de alianza terapéutica (también denominado vínculo o relación terapéutica) ha suscitado un gran

interés desde prácticamente todos los modelos terapéuticos, siendo objeto de amplias revisiones (por ejemplo, Norcross y Lambert, 2018; 2019). El interés por la alianza terapéutica surge desde el modelo psicoanalítico mediante el análisis de los aspectos transferenciales (Freud, 1912) y, como se ha señalado anteriormente, estos conceptos son recuperados y descritos en términos conductuales en FAP (Kohlenberg y Tsai, 1991).

En general, en el modelo contextual la alianza terapéutica se entiende desde la equidad entre terapeuta y paciente. Ambos cuentan con una historia de aprendizaje única que influye en su comportamiento tanto fuera como dentro de la sesión, encontrándose influidos por el contexto sociocultural en el que viven. Es decir, en FAP establecer la alianza terapéutica no se relega a un segundo plano o se limita al establecimiento de un *rappor*t inicial, sino que se considera una herramienta terapéutica en sí misma, una condición *sine qua non* para la evolución del paciente.

Del mismo modo que con otros conceptos, FAP rescata los principios expuestos por el psicoanálisis en referencia a la alianza terapéutica y los dota de una definición contextual que permite su análisis mediante el análisis funcional de la conducta. Kohlenberg y Tsai (1991) destacan dos aspectos fundamentales de la alianza terapéutica, tal y como fue definida desde el psicoanálisis. En primer lugar, desde el psicoanálisis clásico, se hace mención a la alianza terapéutica entendida como una “colaboración” por parte del paciente en el proceso terapéutico, delimitándose por una serie de conductas entendidas por su topografía y no por su función. Por ejemplo, ser puntual, acudir a una sesión incluso cuando se siente incómodo o hablar abiertamente de sus sentimientos con el terapeuta. El segundo aspecto se refiere a la capacidad del paciente para auto-observarse, de tal forma que la persona no solo “reacciona”, sino que también observa su propio comportamiento con distancia y lo describe. De acuerdo con Kohlenberg y Tsai (1991), un terapeuta psicoanalista respondería empleando el reforzamiento natural ante comportamientos del paciente que se ajustasen a lo socialmente esperado. Es decir, siempre se reforzaría al paciente puntual, dispuesto a hablar de sus limitaciones y a realizar autorrevelaciones sobre su propio comportamiento, entre otras conductas. En cambio, desde una perspectiva contextual, podría darse el caso en el que la conducta a reforzar para fomentar el cambio adaptativo fuera un retraso en la hora de llegada o incluso la negativa de un paciente a hacer algo que el terapeuta le pide. Pensemos, por ejemplo, en una persona que ha tenido dificultades en su vida por ser excesivamente dependiente y complaciente con otras personas. Responder de forma congruente a cualquier comportamiento del paciente, teniendo en cuenta la conceptualización del caso y atendiendo a su función, reflejaría la idoneidad de la alianza terapéutica.

Lo descrito hasta ahora haría referencia a las reglas 1 (observar las CCR) y 3 (reforzar las CCR2). Establecer un

vínculo adecuado con el paciente permitirá que el terapeuta también pueda aplicar las reglas 2 (evocar CCR) y 4 (explorar el efecto de los intentos de reforzamiento por parte del terapeuta en la conducta del paciente).

Algunos enfoques que parten de FAP, como el modelo contextual de las relaciones íntimas (Kanter, Kuczynski, Manbeck *et al.*, 2020; Marín-Vila, Ortiz-Fune y Kanter, 2020), podrían ser útiles para entrenar a nuevos terapeutas en las habilidades necesarias para establecer una adecuada relación terapéutica (Kanter, Tsai, Holman y Koerner, 2013). Aunque cualquier comportamiento del terapeuta y del paciente ha de analizarse en términos funcionales y no por su topografía, desde este modelo se describen metas, en términos de relaciones funcionales, que establecen qué forma de responder del terapeuta es más idónea ante el comportamiento del paciente, especialmente al inicio del contacto terapéutico. Se espera que el terapeuta pueda ser capaz de auto-observarse, de observar al otro y los aspectos contextuales en los que ocurre el comportamiento. Asimismo, es importante establecer un contexto de seguridad, respondiendo de forma congruente ante las expresiones no verbales (por ejemplo, mostrar emociones) del paciente, transmitiendo que estas expresiones son aceptadas. Por otro lado, el terapeuta debe ser capaz de emitir respuestas validantes, incluyendo autorrevelaciones coherentes, ante las expresiones verbales del paciente que reflejen aspectos de su propia identidad, valores, pensamientos o emociones. Asimismo, se espera que pueda ser capaz de responder adecuadamente a las peticiones de necesidades específicas, especialmente cuando estas son expresadas adecuadamente. Respuestas auténticas y honestas, que reflejen el impacto emocional que tiene para el terapeuta cualquier comportamiento del paciente, sirven como mecanismo para moldear y modelar nuevas conductas.

La supervisión clínica

Tal y como plantean Holman, Kanter, Tsai y Kohlenberg (2017), en FAP el terapeuta no se encuentra fuera del proceso de psicoterapia, sino que tiene un papel central compartido con el paciente. Esta afirmación no solo se refiere al impacto de las habilidades técnicas del terapeuta, sino también, y muy especialmente, a la influencia de sus emociones y experiencias personales, elementos que indudablemente se ponen de manifiesto en la relación terapéutica.

FAP comparte el foco sobre la importancia de la supervisión personal con otros enfoques (por ejemplo, psicoanálisis, Terapia de Aceptación y Compromiso, Terapia Dialéctica Conductual...), si bien, dado el papel que la relación terapéutica adquiere en este modelo, el trabajo sobre las barreras del terapeuta resulta crucial.

El proceso de supervisión pretende generar un crecimiento y autodesarrollo personal del terapeuta a través de un entrenamiento tanto experiencial como didáctico.

En este sentido, desde un punto de vista contextual, se entiende que la supervisión debe ser una experiencia en sí misma (Valero-Aguayo y Ferro-García, 2018), y no tanto un mero aprendizaje de técnicas y habilidades, dado que estos últimos enfoques han mostrado eficacia y capacidad de generalización más limitadas (Tsai, Callaghan, Kohlenberg *et al.*, 2009).

El desarrollo y supervisión personal del terapeuta implica asegurar que las dificultades del profesional puedan diferenciarse de las del paciente, así como que participe de una manera más activa y personal en el proceso psicoterapéutico, por ejemplo, a través de autorrevelaciones con un fin estratégico. Asimismo, la habilidad para poder identificar y modular las propias emociones permite reforzar y evocar de una manera más efectiva los comportamientos del paciente en sesión, minimizando de esta manera una aplicación de contingencias errática basada en las propias barreras personales. Por ejemplo, un terapeuta con dificultades para poder recibir *feedback* negativo, podría “castigar” una confrontación adecuada de un paciente, aunque hubiese sido previamente conceptualizada como una CCR2 a reforzar.

Por otro lado, es importante remarcar que las barreras personales del terapeuta no solo se ponen de manifiesto durante momentos concretos de la interacción terapéutica en sí, sino que el propio proceso y oficio de la psicoterapia lleva al terapeuta a enfrentarse directamente con sus propias vulnerabilidades y dificultades, especialmente en aquellos casos más complejos o que confrontan directamente con la historia personal del profesional.

En FAP la relación de supervisión debe ser un modelo para la relación terapeuta-paciente (Kohlenberg y Tsai, 1991). Esto es, en este proceso no solo se trabaja sobre la relación supervisor-paciente, sino también sobre la interacción supervisor-supervisado. Esto implica que durante la supervisión no solo se enseña FAP de un modo didáctico, sino también desde un punto de vista experiencial. Por ejemplo, el supervisor podría generar contextos y situaciones similares que puedan ser funcionalmente equivalentes a las que le generan desafío al supervisado en la relación con el paciente. Asimismo, suele invitarse al profesional supervisado a poder realizar ejercicios similares a los propuestos a los propios pacientes. Por ejemplo, es habitual realizar preguntas análogas a las que el terapeuta realiza en sesión al paciente (“¿Cómo te sientes sobre la sesión de supervisión de hoy?”, “¿Qué te parece el *feedback* que te he dado?”).

Por otro lado, fruto de este interés por convertir la supervisión en un proceso experiencial, es frecuente que en los entrenamientos en FAP (cursos, talleres, manuales, etc.) se incluyan ejercicios dirigidos a abordar la figura del terapeuta y a la identificación de barreras personales en sesión (por ejemplo, el de Holman *et al.*, 2017).

Evolución y futuro de FAP

Tal y como se ha descrito hasta ahora, FAP se considera una terapia de conducta, no obstante, sus autores marcan una distancia entre FAP y la terapia de conducta tradicional, señalando que las técnicas de FAP “*conducen con las expectativas de los clientes que buscan una experiencia terapéutica intensa, emotiva y profunda*” (Kohlenberg y Tsai, 1991, pág. 2). Más concretamente, los autores señalan que FAP se encuentra dirigida a aquellas personas que no han alcanzado una mejoría clínica con la terapia de conducta tradicional o aquellas que presentan problemas interpersonales graves, como las personas con dificultades para establecer relaciones íntimas o las diagnosticadas con algún trastorno de la personalidad en las clasificaciones diagnósticas tradicionales.

De este modo, FAP se consolida como un modelo terapéutico conductual, idiográfico y especialmente útil para aquellos pacientes con dificultades en el plano interpersonal. Hoy en día esto explica por qué la mayor parte de la evidencia científica de FAP se ha obtenido mediante la realización de estudios de casos individuales, siendo la mayor parte de ellos estudios controlados (Kanter, Manbeck, Kuczynski *et al.*, 2017; Sing y O’Brien, 2018). Esto contrasta con el modelo más aceptado en la comunidad científica, donde se da más valor a los estudios con grandes muestras, aleatorizados y controlados, habitualmente utilizados para validar modelos terapéuticos nomotéticos y que emplean programas protocolizados. Esta tendencia imperante hace que FAP no pueda, a día de hoy y bajo estas reglas, considerarse un modelo terapéutico bien establecido para el abordaje de problemas específicos de salud mental (Kanter *et al.*, 2017).

A pesar de las limitaciones señaladas, la literatura científica disponible permite resaltar que FAP se utiliza con éxito en el abordaje de numerosos procesos clínicos como la depresión (Ferro García, Valero Aguayo y Vives Montero, 2000; Kohlenberg, Kanter, Bolling *et al.*, 2002), el trastorno de angustia (López Bermúdez, Ferro García y Calvillo, 2002), trastorno de estrés post traumático (Pedersen, Callaghan, Prins *et al.*, 2012), trastorno límite de la personalidad (Reyes-Ortega, Kuczynski, Kanter *et al.*, 2019) y la psicosis (Díaz de Neira Hernando, Marín Vila y Martínez González, 2021; Dykstra, Shontz, Indovina y Moran, 2010; Ortiz-Fune y Marín-Vila, 2021; Sengupta y Singh, 2021), entre otros (López-Bermúdez, Ferro-García, Calvillo-Mazarro y Valero-Aguayo, 2021).

La conveniencia de emplear estudios controlados y con grandes muestras aleatorizadas para dotar a FAP de mayor evidencia científica, así como la complejidad existente a la hora de establecer objetivos terapéuticos específicos que ayuden en la formación de esta psicoterapia, ha motivado en los últimos años la descripción de nuevos enfoques. Un ejemplo de ellos es el modelo de Consciencia, Valentía y

Capacidad de Respuesta (ACR, por sus siglas en inglés *Awareness, Courage, Responsiveness*, de Kanter *et al.*, 2020; Marín-Vila *et al.*, 2020). La primera aproximación a la descripción de este modelo se presenta en Maitland, Kanter, Manbeck y Kuczynski (2017), donde se realiza una amplia revisión tanto de los casos clínicos publicados con el fin de identificar las metas terapéuticas descritas a partir de análisis idiográficos, así como de los estudios de laboratorio que exploran los procesos básicos que subyacen a la formación de relaciones íntimas. Este trabajo conecta la experiencia clínica de décadas empleando FAP con los hallazgos más importantes de la investigación básica que analiza la complejidad de las relaciones humanas. Ello ha dado lugar a un nuevo modelo contextual de las relaciones íntimas que puede aplicarse en contextos clínicos (Marín-Vila *et al.*, 2020; Ortiz-Fune y Marín-Vila, 2021), en entornos sociales ante fenómenos complejos como el *burnout* (Macías, Valero-Aguayo, Bond y Blanca, 2019; Ortiz-Fune, Kanter y Arias, 2020; Reyes-Ortega *et al.*, 2019) o en la relación entre personas con diferentes ideologías políticas (Manbeck, Kanter, Kuczynski *et al.*, 2018), entre otros.

Además de contribuir con el proceso de operativización de metas terapéuticas y acercar los principios de FAP a problemáticas sociales, el modelo ACR ha permitido el desarrollo y la validación de un cuestionario que explora los componentes del modelo en población general y clínica (Kuczynski, Kanter, Wetterneck *et al.*, 2020; Ortiz-Fune, Arias y Martínez-Cervantes, 2021). La creación de instrumentos de evaluación validados puede favorecer la proliferación de estudios e investigaciones que doten a FAP de mayor evidencia.

Por último, cabe destacar que estos trabajos, sin perder los fundamentos teóricos del enfoque, persiguen la identificación de procesos comunes, abriendo nuevos horizontes en términos clínicos y de investigación. Estas líneas de trabajo son coherentes con el interés creciente por identificar de manera pormenorizada los elementos del vínculo terapéutico que contribuyen al éxito de la intervención (Norcross y Lambert, 2018; 2019) y continúan abogando por una psicoterapia orientada a procesos que supere las limitaciones de los tratamientos centrados en entidades diagnósticas.

Conclusiones

La Psicoterapia Analítica Funcional fue creada a finales del siglo XX con el objetivo de dar respuesta a aquellos pacientes con problemáticas en el plano relacional que no habían encontrado solución a sus dificultades con la terapia de conducta clásica. Siguiendo los principios del análisis funcional de la conducta, Kohlenberg y Tsai (1991) desarrollaron un modelo terapéutico partiendo de la premisa de que el comportamiento del paciente en sesión es funcionalmente equivalente a la conducta que presenta en su entorno natural.

Kohlenberg y Tsai (1991) describieron un proceso te-

rapéutico basado en cinco reglas que sirven como guía para realizar un análisis funcional en sesión, focalizándose en la descripción de las denominadas Conductas Clínicamente Relevantes. Desde FAP se operativizaron términos clásicos como los procesos transferenciales y la alianza terapéutica, sin dejar de lado los aspectos experienciales que emergen en el vínculo entre terapeuta y paciente.

En FAP el terapeuta tiene un rol activo, situándose en una relación equidistante con el paciente en la que se evocan aspectos relacionales que pretenden ser naturales y escasamente arbitrarios. La elevada implicación del terapeuta hace indispensable el trabajo personal del profesional de cara a detectar sus propias barreras en el transcurso de la psicoterapia. El proceso de aprendizaje del terapeuta no solo debe ser técnico, sino también -y fundamentalmente- experiencial. En este sentido, son frecuentes, por ejemplo, las propuestas formativas en FAP con elevada implicación emocional (Kanter *et al.*, 2013; Tsai, Callaghan, Kohlenberg *et al.*, 2009; Valero-Aguayo y Ferro-García, 2018), así como la supervisión clínica (Holman *et al.*, 2017).

La FAP puede enmarcarse como una psicoterapia en sí misma, con unos fundamentos y principios propios, pero también puede ser combinada con cualquier otra terapia. Esto aporta una gran versatilidad, pues permite integrar ejercicios provenientes de otros enfoques terapéuticos sin perder los fundamentos teóricos propios. Lo importante no es la técnica utilizada, sino su función de cara a evocar conductas relevantes en sesión (Ferro-García y Valero-Aguayo, 2017).

En cuanto a la evolución de FAP desde sus inicios, numerosos estudios de casos han mostrado que FAP resulta útil en el abordaje de múltiples dificultades (Kanter *et al.*, 2017; Sing y O'Brien, 2018), si bien todavía no puede considerarse como una psicoterapia de elección para problemas específicos, definidos tal y como se presentan en las clasificaciones diagnósticas internacionales (Kanter *et al.*, 2017). Con el fin de superar estas limitaciones, en los últimos años se han desarrollado nuevos modelos (Kanter *et al.*, 2020; Maitland *et al.*, 2017; Marín-Vila *et al.*, 2020), aplicables no sólo a problemas clínicos sino también a problemas sociales, que pretenden analizar de manera pormenorizada los aspectos implicados en el establecimiento de relaciones de intimidad, identificando clases funcionales de conducta.

La gran aportación de Kohlenberg y Tsai (1991) fue la creación de un modelo terapéutico trasdiagnóstico, ideográfico y flexible que puso específicamente el foco en la relación terapeuta-paciente. Sin renunciar a los principios del análisis funcional de la conducta, estos autores convirtieron el entorno terapéutico en un contexto de cambio a través de relaciones terapéuticas operativizables, pero también intensas y significativas.

Referencias

- Díaz de Neira Hernando, M., Marín Vila, M. y Martínez González, L.M. (2021). [Intervención psicoterapéutica grupal en una Unidad de Hospitalización Breve de Adolescentes desde las terapias contextuales](#). *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 41(139), 67-87 [DOI: 10.4321/s0211-57352021000100005].
- Dykstra T.A., Shontz K.A., Indovina C.V. y Moran D.J. (2010). The Application of FAP to Persons with Serious Mental Illness. En J. Kanter, M. Tsai y R. Kohlenberg (Eds.), *The Practice of Functional Analytic Psychotherapy* (pp. 205-223). Nueva York: Springer [DOI: 10.1007/978-1-4419-5830-3_12].
- Ferro García, R. (2006). [La Psicoterapia Analítica Funcional \(PAF\): estableciendo relaciones terapéuticas intensas y curativas](#). *Psicología Conductual*, 14(3), 343-359.
- Ferro-García, R. y Valero-Aguayo, L. (2017). [Hipótesis transdiagnóstica desde la Psicoterapia Analítica Funcional: La formación del Yo y sus problemas](#). *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 19 (3), 145-165 [DOI: 10.31505/rbtcc.v19i3.1060].
- Ferro García, R., Valero Aguayo, L. y Vives Montero, M.C. (2000). [Aplicación de la Psicoterapia Analítico Funcional. Un análisis clínico de un trastorno depresivo](#). *Análisis y Modificación de Conducta*, 26(106), 291-317.
- Freud, S. (1912). [Sobre la dinámica de la transferencia](#) (*Zur Dynamik der Übertragung*).
- Hayes, S.C., Barnes-Holmes, D. y Wilson, K.G. (2012). [Contextual Behavioral Science: Creating a science more adequate to the challenge of the human condition](#). *Journal of Contextual Behavioral Science*, 1(1-2), 1-16 [DOI: 10.1016/j.jcbs.2012.09.004].
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D. y Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change (1st Ed.)*. Nueva York: Guilford Press.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D. y Wilson, K.G. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change (2nd Edition)*. Nueva York: Guilford Press.
- Holman, G., Kanter, J., Tsai, M. y Kohlenberg, R. J. (2017). *Functional Analytic Psychotherapy Made Simple: A Practical Guide to Therapeutic Relationships*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Kanter, J.W., Kuczynski, A.M., Manbeck, K.E., Corey, M.D. y Wallace, E.C. (2020). [An integrative contextual behavioral model of intimate relations](#). *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18, 75-91 [DOI: 10.1016/j.jcbs.2020.09.001].
- Kanter, J.W., Manbeck, K.E., Kuczynski, A.M., Maitland, D.M., Villas-Bôas, A. y Reyes-Ortega, M.A. (2017). [A comprehensive review of research on Functional Analytic Psychotherapy](#). *Clinical Psychology Review*, 58, 141-156 [DOI: 10.1016/j.cpr.2017.09.010].
- Kanter, J.W., Tsai, M., Holman, G. y Koerner, K. (2013). [Preliminary Data From a Randomized Pilot Study of Web-Based Functional Analytic Psychotherapy Therapist Training](#). *Psychotherapy: Research, Theory, Practice, & Training*, 50(2), 248-255 [DOI: 10.1037/a0029814].
- Kohlenberg, R.J., Kanter, J.W., Bolling, M.Y., Parker, C.R. y Tsai, M. (2002). [Enhancing Cognitive Therapy for Depression With Functional Analytic Psychotherapy: Treatment Guidelines and Empirical Findings](#). *Cognitive and Behavioral Practice*, 9(3), 213-229 [DOI: 10.1016/S1077-7229(02)80051-7].
- Kohlenberg, R.J. y Tsai, M. (1991). *Functional Analytic Psychotherapy: A Guide for Creating Intense and Curative Therapeutic Relationship*. Nueva York: Plenum Press.
- Kuczynski, A.M., Kanter, J.W., Wetterneck, C.T., Olaf, F.O., Singh, S., Lee, E.B., Stowe, T.J., Mazzychelli, T.G., Mier-Chairez, J., Maitland D.W.M., Manbeck, K.E. y Corey, M.D. (2020). [Measuring intimacy as a contextual behavioral process: Psychometric development and evaluation of the Awareness, Courage, and Responsiveness Scale](#). *Journal of Contextual Behavioral Science*, 16, 199-208 [DOI: 10.1016/j.jcbs.2019.02.004].
- 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(120), 553-583.
- López-Bermúdez, M.A., Ferro-García, R., Calvillo-Mazarró, M. y Valero-Aguayo, L. (2021). [Importance of the Therapeutic Relationship: Efficacy of Functional Analytic Psychotherapy with Different Problems](#). *Clínica y Salud*, 32(3) 103-109 [DOI: 10.5093/clysa2020a32].
- Macías, J., Valero-Aguayo, L., Bond, F.W. y Blanca, M.J. (2019). [The efficacy of functional-analytic psychotherapy and acceptance and commitment therapy \(FACT\) for public employees](#). *Psicothema*, 31(1), 24-29. [DOI: 10.7334/psicothema2018.202].
- Maitland, D.W.M., Kanter, J.W., Manbeck, K.E. y Kuczynski, A.M. (2017). [Relationship science informed clinically relevant behaviors in Functional Analytic Psychotherapy: The Awareness, Courage, and Love Model](#). *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(4), 347-359 [DOI: 10.1016/j.jcbs.2017.07.002].
- Manbeck, K.E., Kanter, J.W., Kuczynski, A.M., Fine, L., Corey, M.D. y Maitland, D.W.M. (2018). Improving relations among conservatives and liberals on a college campus: A preliminary trial of a contextual-behavioral intervention. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 10, 120-125 [DOI: 10.1016/j.jcbs.2018.10.006].
- Marín-Vila, M., Ortiz-Fune, C. y Kanter, J.W. (2020). [Modelo conductual-contextual de las relaciones íntimas: aplicabilidad en psicoterapia](#). *International Journal of*

- Psychology and Psychological Therapy*, 20(3), 373-394.
- Norcross, J.C. y Lambert, M.J. (2018). [Psychotherapy Relationships That Work III](#). *Psychotherapy*, 55(4), 303-315 [DOI: 10.1037/pst0000193].
- Norcross, J.C. y Lambert, M.J. (2019). *Psychotherapy Relationships that Work. Volume 1: Evidence-Based Therapist Contributions. Third Edition*. Oxford University Press.
- Ortiz-Fune, C., Arias, M.F. y Martínez-Cervantes, R.J. (2021) Spanish adaptation of the Awareness, Courage and Responsiveness Scale: Preliminary psychometric properties in non-clinical samples. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 21, 113-120 [DOI: 10.1016/j.jcbs.2021.06.006].
- Ortiz-Fune, C., Kanter, J.W. y Arias, M.F. (2020). [Burnout in Mental Health Professionals: The Roles of Psychological Flexibility, Awareness, Courage, and Love](#). *Clínica y Salud*, 31(2), 85-90 [DOI: 10.5093/clysa2020a8].
- Ortiz-Fune, C. y Marín-Vila, M. (2021). La relación terapéutica en psicosis desde las terapias contextuales. En J.A. Díaz Garrido, H. Leffite Cabrera y R. Zúñiga Costa (Coords.), *Terapia de aceptación y compromiso en psicosis. Aceptación y recuperación por niveles* (pp. 485-503). Madrid: Pirámide.
- Pedersen, E.R., Callaghan, G.M., Prins, A., Nguyen, H. y Tsai, M. (2012). [Functional Analytic Psychotherapy as an Adjunct to Cognitive-Behavioral Treatments for Posttraumatic Stress Disorder: Theory and Application in a Single Case Design](#). *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7 (2-3), 125-134 [DOI: 10.1037/h0100947].
- Pérez Álvarez, M. (2006). [La terapia de conducta de tercera generación](#). *Edupsykhé: Revista de Psicología y Psicopatología*, 5(2), 159-172.
- Reyes-Ortega, M.A. y Kanter, J.W. (2017). *Psicoterapia Analítica Funcional: una guía clínica para usar la interacción terapéutica como mecanismo de cambio*. Córdoba (Argentina): Editorial Brujas.
- Reyes-Ortega, M.A., Kuczynski, A.M., Kanter, J.W., Arango de Montis, I. y Santos, M.M. (2019). A Preliminary Test of a Social Connectedness Burnout Intervention for Mexican Mental Health Professionals. *The Psychological Record*, 69, 267-276 [DOI: 10.1007/s40732-019-00338-5].
- Reyes Ortega, M.A., Miranda, E.M., Fresán, A., Vargas, A.N., Barragán, S.C., Robles García, R. y Arango, I. (2019). [Clinical efficacy of a combined acceptance and commitment therapy, dialectical behavioural therapy, and functional analytic psychotherapy intervention in patients with borderline personality disorder](#). *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 93(3), 474-489. <https://doi.org/10.1111/papt.12240>
- Sengupta, U. y Singh, A. R. (2021). [Application of functional analytic psychotherapy to manage schizophrenia](#). *Industrial Psychiatry Journal*, 30(1), 55-61 [DOI: 10.4103/ipj.ipj_10_20].
- Singh, R. y O'Brien, W.H. (2018). A Quantitative Synthesis of Functional Analytic Psychotherapy Single-subject Research. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 7, 35-46 [DOI: 10.1016/j.jcbs.2017.11.004].
- Skinner, B.F. (1953). *Science and Human Behavior*. Nueva York: McMillan.
- Skinner, B.F. (1957). *Verbal behavior*. Boston: Appleton-Century-Crofts
- Skinner, B. F. (1974). *About Behaviorism*. Nueva York: Random House.
- Tsai, M., Callaghan, G.M. y Kohlenberg, R.J. (2013). [The use of Awareness, Courage, Therapeutic Love, and Behavioral Interpretation in Functional Analytic Psychotherapy](#). *Psychotherapy*, 50(3), 366-370 [DOI: 10.1037/a0031942].
- Tsai, M., Callaghan, G.M., Kohlenberg, R.J., Follete, W.C. y Darrow, S.M. (2009). Supervision and Therapist Self-development. En M. Tsai, R.J. Kohlenberg, J.W., Kanter, B. Kohlenberg, W.C. Follete y G.M. Callaghan (Eds.), *A Guide to Functional Analytic Psychotherapy: Awareness, Courage, Love and Behaviorism* (pp. 167-198). Nueva York: Springer.
- Tsai, M., Kohlenberg, R.J., Kanter, J.W., Holman, G.I. y Plummer Loudon, M. (2012). [Functional Analytic Psychotherapy: Distinctive Features](#). Nueva York: Routledge.
- Tsai, M., Kohlenberg, R.J., Kanter, J.W., Kohlenberg, B., Follete, W.C. y Callaghan, G.M. (2009). *A Guide to Functional Analytic Psychotherapy: Awareness, Courage, Love and Behaviorism*. Nueva York: Springer.
- Valero-Aguayo, J.L. y Ferro-García, R. (2015). *Psicoterapia Analítica Funcional. El análisis funcional en la sesión clínica*. Madrid: Síntesis.
- Valero-Aguayo, J.L. y Ferro-García, R. (2018). [Tratando con... Psicoterapia Analítica Funcional](#). Madrid: Pirámide.

