



VNiVERSIDAD D SALAMANCA

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL

Universidad de Salamanca

Facultad de Psicología

Grado en Psicología

Curso académico 2021/2022

Trabajo de Fin de Grado

Psicoterapia Analítico Funcional (FAP): una revisión sistemática

Autora:

Adela González Román

Tutora:

Isabel Serrano Pintado

En Salamanca, a 21 de junio de 2022

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Dña. Adela González Román, con DNI 71362624H, matriculada en el Grado en Psicología de la Universidad de Salamanca.

Declaro que he redactado el trabajo “Psicoterapia Analítico Funcional: una revisión sistemática” para la asignatura de Trabajo de Fin de Grado en el curso académico 2021/2022 de forma autónoma, con la ayuda de las fuentes bibliográficas citadas en la bibliografía, y que he identificado como tales todas las partes tomadas de las fuentes indicadas, textualmente o conforme a su sentido.

En Salamanca, a 21 de junio de 2022

Firmado:

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Adela González Román', enclosed within a hand-drawn oval shape.

Adela González Román

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1.	Introducción	7
1.1.	Justificación del trabajo	7
1.2.	Fundamentación teórica	11
1.3.	Objetivos	15
2.	Metodología	16
2.1.	Materiales	16
2.2.	Procedimiento	16
2.3.	Análisis de la información	17
3.	Resultados y discusión	18
4.	Conclusión y prospectiva	29
5.	Referencias bibliográficas	31
6.	Anexos	36

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Principales características de las fuentes seleccionadas

Tabla 2. Ejemplos de problemas de la vida diaria (PVD) y conductas clínicamente relevantes (CCR) 1 y 2 de los clientes (Lizarazo et al., 2015)

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de selección de los artículos científicos

RESUMEN

La psicoterapia analítico funcional (FAP) es una herramienta conductual de tercera generación que interviene en la interacción terapeuta-paciente mediante la respuesta contingente de conductas clínicamente relevantes (CCR) dentro de la sesión para que así se generalicen a los problemas de la vida diaria (PVD) del cliente. Esta terapia posee evidencias de eficacia transdiagnóstica en problemas de índole interpersonal, sin embargo, pese a que el aumento de la literatura científica de FAP está en aumento, aún existen muchas dudas por resolver sobre los mecanismos de acción y variables que influyen en el proceso terapéutico de esta psicoterapia. La presente revisión sistemática recoge los resultados y conclusiones más recientes sobre la eficacia de FAP como terapia conductual, idiográfica y transdiagnóstica mediante el análisis de 15 artículos científicos escogidos a través de 7 criterios de inclusión y exclusión aplicados a una búsqueda de fuentes bibliográficas en las siguientes bases de datos APA PsycArticles, APA PsycInfo, MEDLINE y PSICODOC. Se exponen además tanto las limitaciones como las ventajas más relevantes de la investigación actual en FAP por su importancia para la optimización de las terapias usadas en la psicología clínica que permitirán la mejora del bienestar de la sociedad.

Palabras clave: psicoterapia analítico funcional, eficacia, revisión sistemática

ABSTRACT

Functional analytic psychotherapy (FAP) is a third-generation behavioral tool that intervenes in the therapist-patient interaction through the contingent response of clinically relevant behaviors (CRB) within the session so that they can be generalized to the client's daily life problems (DLP). This therapy has evidence of transdiagnostic efficacy in interpersonal problems, however, despite the increasing scientific literature on FAP, there are still many doubts to be resolved about the mechanisms of action and variables that influence the therapeutic process of this psychotherapy. The present systematic review gathers the most recent results and conclusions on the efficacy of FAP as a behavioral, idiographic and transdiagnostic therapy, through the analysis of 15 scientific articles chosen through 7 inclusion and exclusion criteria applied to a search of bibliographic sources in the following databases: APA PsycArticles, APA PsycInfo, MEDLINE and PSICODOC. In addition, both the limitations and the most relevant advantages of the current research in FAP are presented because of its importance for the optimization of therapies used in clinical psychology that will allow the improvement of the welfare of society.

Keywords: functional analytic psychotherapy, efficacy, systematic review.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO

Los problemas de salud mental han estado presentes en las sociedades avanzadas desde el principio de la historia, pero es en las últimas décadas cuando han cobrado especial importancia por el aumento de la prevalencia de los trastornos mentales que tienen un gran impacto sobre el bienestar de las personas a todos los niveles (Organización Mundial de la Salud, 2022). Este aumento de la visibilidad de las problemáticas de salud mental demanda una respuesta coordinada tanto de promoción y prevención en este ámbito, como de intervención y servicios de mejora de estos. Y es aquí donde la psicología debe actuar, creando intervenciones de calidad que sean capaces de solventar la diversidad de problemáticas de la salud mental eficazmente.

Guercio (2022) en su análisis sobre la evolución de las terapias conductuales, explica cómo las terapias psicológicas han evolucionado de terapias cognitivo-conductuales centradas en la intervención de diagnósticos específicos a aquellas conocidas como terapias contextuales o de tercera generación. Para ello, ha sido necesario dejar atrás enfoques centrados en problemas estrechamente definidos y buscar la construcción de repertorios amplios y flexibles que se aproximen de manera eficaz a los mecanismos de generación y mantenimiento comunes a las diferentes problemáticas psicológicas que se busca abordar.

En la actualidad, existe numerosa evidencia de la eficacia de este enfoque transdiagnóstico en la sintomatología ansiosa y depresiva en pacientes de todas las edades y con rasgos comórbidos que son problemáticos pese a no alcanzar el umbral para el diagnóstico (Carlucci et al., 2021). Esto es debido a que dichos procesos comunes mantenedores de lo que hoy en día conocemos como trastornos (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014), tienen un origen transdiagnóstico (Harvey et al., 2004). Dentro de este enfoque, multitud de investigaciones e intervenciones actuales se han centrado en abarcar los procesos intrapersonales detrás de diferentes agrupaciones de sintomatología, como por ejemplo, conductas de búsqueda de seguridad en trastornos de ansiedad o conductas de evitación en trastornos del estado del ánimo (Norton & Philip, 2008; Jacobson, Martell & Dimidjian, 2001; citado en Wetterneck & Hart, 2012). Sin embargo, muchos autores apoyan la idea de que el funcionamiento interpersonal también es un pilar fundamental de la mayoría

de los trastornos psicológicos (Horowitz, 2004) y que, por lo tanto, los tratamientos que mejoran la conexión social tienen la capacidad de abordar grandes problemáticas de salud pública (McEvoy et al., 2013; Maitland & Gaynor, 2012; Wetterneck & Hart, 2012). Maitland y Gaynor (2012) van más allá diciendo que, para saber qué procedimientos terapéuticos deben implementarse dentro de este dominio, no solo se deben buscar estos signos de dificultades interpersonales como si de contar síntomas se tratase, sino que se deben evaluar los procesos funcionales detrás de la interdependencia entre el comportamiento de los individuos y su entorno social. De hecho, existen ya evidencias que demuestran que las intervenciones basadas en análisis funcionales pueden producir mejores resultados que si estos no se aplicasen en las intervenciones terapéuticas (Hurl et al., 2016).

Como analiza Martín Patino (2020) en su informe sobre la realidad socioeconómica más reciente de España, los últimos años han causado un aumento grave de problemas en la vida interpersonal de los españoles que ya llevaban tiempo afectando desde las sombras al bienestar poblacional. Así, la sensación de soledad grave ha aumentado de un 5,2% a un 11% tras la pandemia de la Covid-19 y la percepción de aislamiento social llega al 21% en la población general, alcanzando el 31% en los menores de 30 años. Existe mucha literatura que respalda estos dos factores como predictores de la salud y bienestar de las personas (Beller & Wagner, 2018; Park et al., 2020) por lo que tener en cuenta los déficits en el funcionamiento social es crucial a la hora de realizar intervenciones de calidad que miren más allá del diagnóstico.

La *Psicoterapia Analítico Funcional* (Functional analytic psychotherapy, FAP), nace como intento de dar respuesta a estas necesidades mediante el uso del análisis funcional idiográfico de la conducta dentro de la sesión para posteriormente manejarla con mecanismos de acción conductuales a medida que surgen en la relación con el terapeuta para que después se generalicen a sus problemas interpersonales de la vida diaria (Kohlenberg & Tsai, 1991; Tsai et al., 2009). El principal mecanismo de cambio dentro de la FAP es la respuesta contingente a las conductas del cliente mediante el reforzamiento positivo y diferencial, técnicas del conductismo que poseen un gran respaldo de evidencia científica sobre su eficacia en las intervenciones analíticas. De esta manera, la psicoterapia analítico funcional se fundamenta en enfoques (transdiagnósticos), procesos (de análisis funcional) y mecanismos de cambio (conductuales) que ya tienen una gran eficacia demostrada, lo que parece ser una base prometedora sobre los beneficios que puede llegar a tener esta terapia.

En una revisión de Mangabeira et al., (2012), que reflejaba las publicaciones hasta el momento sobre la psicoterapia analítico funcional desde su creación en 1991 hasta 2010, se encontró que la mayoría de las publicaciones sobre la terapia daban información conceptual o teórica y que, dentro de los escasos estudios empíricos que existían, estos eran fundamentalmente de caso único o no controlados sin aportar análisis estadísticos. Sin embargo, en publicaciones algo más recientes como la de Ferro García et al., (2016) constatan un aumento exponencial de publicaciones aplicadas sobre FAP cuyas líneas de investigación se centran en la efectividad y eficacia de esta terapia (con metodologías de caso único y de grupo), el estudio de sus principios conductuales, la evaluación y conceptualización de casos, creación de instrumentos de medida e intervención y procedimientos para mejorar y supervisar a los terapeutas (Ferro García & Valero Aguayo, 2015). Además, estas revisiones reflejan que existen aproximadamente 90 autores diferentes implicados en ampliar el cuerpo literario de la psicoterapia analítico funcional distribuidos en diferentes países entre los que se encuentran Estados Unidos, Canadá, Brasil, España, Italia, Reino Unido, Colombia y Australia (Ferro García et al., 2016; Mangabeira et al., 2012).

Según las revisiones más recientes (Kanter et al., 2017; Singh y O'Brien, 2018), la FAP por su carácter transdiagnóstico, se ha usado en numerosas problemáticas: trastornos de la personalidad, de ansiedad y del estado de ánimo, consumo de sustancias, trastorno de estrés postraumático, trastornos psicóticos, de la conducta alimentaria, dolor crónico, problemas de la conducta sexual y sociales entre otros; y se ha aplicado con éxito en diferentes poblaciones con edades comprendidas entre los 7 y 72 años. Son variadas las modalidades de aplicación de la terapia (individual, grupal, aplicación breve, online) y una parte considerable del cuerpo de investigación se centra en la integración de FAP con otras terapias como la cognitivo-conductual, la terapia de activación conductual, la terapia analítico conductual, la terapia de aceptación y compromiso o la terapia de parejas.

En la gran mayoría de estas investigaciones se encuentra que FAP produce un efecto positivo en los sujetos en comparaciones pre-post o entre grupos, independientemente de las características de la muestra o del modo de aplicación de este tratamiento (Ferro García et al., 2016; Kanter et al., 2017; Singh y O'Brien, 2018). Los principales motivos de la eficacia de esta terapia son, como ya se ha mencionado, la respuesta contingente del terapeuta como mecanismo de acción conductual primario ya demostrado con evidencias empíricas (Ferro García & Valero Aguayo, 2015) y la alianza terapéutica, que al generar un fuerte vínculo y

colaboración terapeuta-paciente, permite aplicar correctamente los mecanismos conductuales de FAP, y potencialmente, actuar como mediadora de los efectos positivos de la terapia (Maitland & Gaynor, 2012).

En resumen, la exhaustiva revisión de Kanter et al. (2017) concluye que la investigación en las últimas décadas en la psicoterapia analítico funcional muestra una acumulación de evidencias que apoyan los procesos de FAP como un método eficaz para moldear el comportamiento en las relaciones interpersonales del cliente, caracterizada en esencia por dos aspectos: (1) una considerable escasez de estudios empíricos y (2) el uso de metodologías con menos rigurosidad y objetividad científica que la deseada. Esto impide sacar conclusiones robustas sobre la eficacia empíricamente demostrada de esta terapia en trastornos específicos o poblaciones, a pesar del potencial tanto teórico como clínico que posee.

El motivo fundamental que ha llevado al primer aspecto que se acaba de mencionar es según Maitland y Gaynor (2012) el enfoque idiográfico que posee. Esto es, que la terapia pone el foco en las respuestas individuales como únicas del sujeto, lo cual supone tanto un avance conceptual y un punto fuerte de esta terapia, como una dificultad a la hora de investigar. Operacionalizar las variables de manera que se puedan medir y analizar objetivamente es ya una tarea de gran importancia en cualquier investigación, sobre todo si estas usan diseños de caso único (Kratowill & Levin, 2014). Sin embargo, esto se vuelve aún más complicado en la FAP. Puesto que esta terapia no se desarrolló en torno a un modelo de psicopatología ni con el objetivo de tratar un trastorno en concreto (Tsai et al., 2009), las variables objetivo (variables dependientes, VD) no se encuentran especificadas y serán las conductas específicas de cada cliente el objeto de medición. Así, se presentan dificultades para la observación directa de los problemas de la vida diaria del cliente además de posible ambigüedad y subjetividad por la comunicación de las conductas problemáticas de manera indirecta (a través del paciente). De igual manera, la medición de la variable independiente, que es en esencia las conductas que lleva a cabo el terapeuta para aplicar los mecanismos de acción (Kohlenberg & Tsai, 1991; Tsai et al., 2009), conlleva también una dificultad de evaluación objetiva y operacionalización de estos en términos estándares de diseño de investigación. Uno de los avances más importantes para mejorar estas limitaciones es la creación de la *FAP Rating Scale* (FAPRS; Callaghan & Follette, 2008), una escala creada para codificar y medir detalladamente el proceso terapéutico en las sesiones al medir tanto el

comportamiento del cliente como el del terapeuta mediante la transcripción en códigos de estas conductas a partir de grabaciones de audio o vídeo de dichas sesiones. Además, puesto que la FAP se centra en la mejora de las relaciones interpersonales y con el objetivo de medir estas respuestas idiográficas del cliente Callaghan (2006) crea el *Functional Idiographic Assessment Template* (FIAT), un autoinforme que examina las fortalezas y debilidades de cinco clases de conductas interpersonales de manera independiente y que posee buenas propiedades psicométricas (Darrow et al., 2014).

En relación con el segundo aspecto, Aranha et al., (2020) defiende que la preferencia de los diseños experimentales de caso único se debe probablemente a que en los modelos analítico-funcionales se priorizan y ven como más acordes las comparaciones del mismo sujeto a lo largo del tiempo en contraste a aquellas que se realizan entre sujetos. También, añade que este tipo de estudios permite el análisis y descripción de los procesos conductuales que subyacen a los cambios observados en la investigación.

En conclusión, la psicoterapia analítico funcional es una prometedora herramienta que requiere de un aumento de investigación de su eficacia con métodos y diseños de calidad, que permitan observar los mecanismos de funcionamiento y relaciones de las variables más importantes de esta terapia que aún deben resolverse como puede ser la alianza terapéutica o la relevancia individual de cada engranaje que la compone por la eficiencia que posean. Para ello, es crucial realizar un análisis de las características de los estudios que ha habido hasta el momento para que futuras investigaciones aprendan de sus limitaciones y tengan en cuenta su prospectiva y así responder a las cuestiones de mayor relevancia de la FAP actualmente.

1.2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

La psicoterapia analítica funcional es una terapia creada en la década de los 90 por Kohlenberg y Tsai (1991) enmarcada dentro de las terapias de tercera generación o contextuales (Guercio, 2022) que usa un enfoque terapéutico conductual. Como ya se ha mencionado, FAP pretende aplicar el análisis funcional idiográfico en la psicoterapia ambulatoria (de consulta externa) para adultos. Para ello, parte de dos supuestos principales: (1) que los problemas interpersonales de la vida diaria del cliente (a partir de ahora, PVD) se reflejarán también en la relación con el terapeuta durante la sesión y (2) que la mejora de las conductas clínicamente relevantes (a partir de ahora, CCR) a través contingencias directas y

naturales que ocurren en sesión se generalizará a una mejoría de dichos PVD fuera de la sesión (Kohlenberg & Tsai, 1991; Tsai et al., 2009).

A partir de esta información y de lo ya comentado podemos extraer algunos de los principios básicos y bases teóricas que posee la psicoterapia analítico funcional como base.

El análisis funcional de la conducta del cliente durante la sesión y, por lo tanto, de la relación con el terapeuta, es un pilar fundamental que permite que la intervención se establezca en base a la función que tienen las conductas problemáticas del paciente y cómo estas se relacionan con su ambiente actual y su historia de aprendizaje. De este modo, la conceptualización funcional del caso será el primer paso esencial para que la intervención produzca el cambio deseado en el paciente (Follette et al., 2000) tanto dentro, como fuera de la sesión. Esto ha llevado a la creación de propuestas de conceptualización de los casos clínicos en FAP como la de Ferro García et al., (2009).

Por otro lado, y en un sentido más teórico, la FAP se basa en algunos principios del conductismo radical y el contextualismo que se producen de forma natural en la sesión, es decir, durante la conversación entre el terapeuta y el cliente. La herramienta principal que utiliza el terapeuta es la respuesta contingente a las conductas del cliente, entendidas desde el conductismo como cualquier acción del ser humano, ya sea un evento visible o privado. Para ello, constantemente se usará el moldeamiento por aproximaciones sucesivas a la conducta objetivo y el reforzamiento diferencial que implica la extinción de conductas problemáticas junto con el refuerzo positivo de otras conductas (RDO) ya sean alternativas (RDA) o incompatibles (RDI) (Skinner, 1938/1975). Otros principios conductuales en los que se basa esta terapia son el control de estímulos y la generalización.

Debido a que la relación terapéutica es una relación verbal y a que las conductas del paciente con las que el terapeuta trabajará en la sesión también lo son, es esencial comprender la función que tendrá el lenguaje en esa relación (Ferro García et al., 2016). Así, la labor primordial del terapeuta será clasificar la conducta verbal del cliente según su función, para lo cual se pueden ayudar de los términos que acuñó Skinner (1957/1981) conocidos como “tacto”, entendido como una conducta verbal de descripción y “mando” referido a una de requerimiento o petición (Valero, Ferro, Kohlenberg & Tsai, 2011; citado en Ferro García & Valero Aguayo, 2015).

Otra de las características de esta terapia que ya se ha mencionado es su enfoque transdiagnóstico, puesto que prioriza los mecanismos de cambio la conducta dentro de la relación terapéutica antes que la topografía o diagnóstico formal de esta (Tsai et al., 2009). Yendo más allá, podemos considerar que los procesos interpersonales que abarca esta terapia cumplen con los tres requisitos propuestos por Mansell et al. (2009) para ser considerados como transdiagnósticos puesto que: “(1) pueden medirse tanto en muestras clínicas como no clínicas, (2) se producen más allá de los límites del diagnóstico e (3) informan sobre el desarrollo y el mantenimiento de varias clases de trastornos”. Asimismo, el enfoque idiográfico de FAP es uno de los rasgos ya nombrados que hace particulares de cada individuo tanto las conductas objetivo (VD) como las respuestas dadas por el terapeuta (VI).

Para finalizar con las bases teóricas de la psicoterapia analítico funcional, es interesante mencionar la comparación que realizan Maitland y Gaynor (2012) de FAP con otras terapias. Por un lado, mantiene ciertas similitudes con la terapia emocional, centrada en el procesamiento de la experiencia emocional mediante relaciones y vivencias terapéuticas intensas y afectivas. Aunque se aleja de esta terapia en que justo este mecanismo lo usa para aproximarse a los procesos interpersonales entre el terapeuta y el paciente, al contrario que la terapia emocional. Por otro lado, comparte con la terapia interpersonal que ambas exploran las dinámicas que llevan al mantenimiento de relaciones disfuncionales con los demás abordando estos problemas interpersonales con beneficios transdiagnósticos, aunque, al contrario que la FAP, esta terapia tiende a alejarse de trabajar la relación con el terapeuta (Greenberg, 2002; Stuart & Robertson, 2003; citado en Maitland y Gaynor, 2012).

La FAP se centra en la mejora del funcionamiento interpersonal, no obstante, es necesario delimitar las conductas específicas sobre las que puede actuar potencialmente esta terapia. En el pasado, algunos autores han creado instrumentos que pretenden medir los factores interpersonales que intervienen en diversos trastornos. Entre ellos destaca, el *Inventory of Interpersonal Problems (IIP)* que se basa en teorías interpersonales para el desarrollo de ocho factores interpersonales que actúan como causa y efecto en diversos trastornos (ansiosos, depresivos, de conducta alimentaria) y empeoran la calidad de vida de estos (McEvoy et al., 2013); o la funcionalidad de las 5 clases de conductas interpersonales que se miden con el FIAT (Callaghan, 2006), más centrado en el enfoque idiográfico de esta terapia.

Para abordar estas dificultades interpersonales en la terapia de una manera medible y lo más objetiva posible, la FAP usa la conceptualización del caso mediante la colaboración del terapeuta con el cliente para establecer los PVD, las conductas vinculadas a estos fuera de sesión (O) y la versión de estas conductas dentro de la sesión (CCR), siendo estas últimas el objetivo de la intervención (Kohlenberg & Tsai, 1991). Estas conductas se dividen a su vez en dos subtipos, las conductas tipo 1 serán las consideradas problemáticas (O1 y CCR1 respectivamente) cuya frecuencia el terapeuta deberá disminuir y las conductas tipo 2 se referirán a instancias de mejora con relación a las anteriores (O2 y CCR2 respectivamente) que el terapeuta deberá aumentar. Además, existe un tercer tipo de conductas dentro de la sesión, las CCR3, que se refieren a las explicaciones funcionales (descripción de contingencias) que da el cliente sobre su propio comportamiento y que también se busca aumentar durante la terapia (Tsai et al., 2009). En consonancia con lo ya dicho, estas conductas serán operantes, idiográficas e incluyen cualquier tipo de comportamiento del terapeuta incluyendo los cognitivos y emocionales. Para un mejor entendimiento y ejemplificación de estos elementos ver la Tabla 1 (*Anexos*).

Una vez definidas las características de las variables dependientes de FAP, se pueden abordar los componentes de la propia intervención terapéutica. Kohlenberg y Tsai (1991) proponen cinco reglas a aplicar por el terapeuta de manera flexible y funcional para generar conductas más eficaces en el cliente: (1) observar las CCR para aumentar el conocimiento que tiene el terapeuta sobre estas; (2) evocar CCR con el fin de encontrar el mecanismo clave del refuerzo. Aunque en este caso puedan producirse conductas clínicamente relevantes de ambos tipos el objetivo principal es generar las CCR2 para que puedan ser reforzadas con la siguiente regla (3) que se basa en la respuesta contingente del terapeuta a las CCR del cliente (a partir de ahora, TCCR). Esta regla es la más importante puesto que constituye el mecanismo de acción para el cambio terapéutico. Las dos últimas reglas están dirigidas a (4) ayudar al terapeuta a saber si las estrategias aplicadas de PAF están teniendo el efecto reforzante deseado en la conducta del cliente y (5) realizar un análisis funcional del comportamiento del cliente y proporcionar tareas para casa con el fin de promover la generalización de estos beneficios a su vida diaria. Retomando los principios conductuales, las reglas 1 y 2 se refieren al control estimular, las reglas 3 y 4 están basadas en el moldeamiento (TCCR2) y reforzamiento diferencial (TCCR1) y la regla 5 en la generalización (Ferro García & Valero Aguayo, 2015).

Es importante señalar algunas habilidades personales y clínicas que permitirán al terapeuta una mejor aplicación de las técnicas ya mencionadas (Tsai et al., 2009). Las habilidades personales se refieren a aquellas que se adquieren a través de la práctica y ayudan a la generación de una buena alianza terapéutica como ser afectivo y empático, transmitir confianza y ser “él mismo”. Estas destrezas serán cruciales para mantener la relación con el paciente tras el malestar que pueden producir inicialmente cambios que implica la terapia y generarán el vínculo necesario para cumplir con los objetivos de la terapia. Las habilidades clínicas, por su parte, fueron desarrolladas por los autores de esta terapia y se resumen en cuatro conceptos: conciencia, coraje (o valentía), amor y conductismo. De este modo, el terapeuta debe ser consciente de las conductas del cliente que ocurren en la sesión y sus relaciones funcionales, debe tener el coraje de aplicar reglas como la de evocar CCR1 ya que esto le permitirá desarrollar las CCR2, debe sentir un “amor terapéutico” por el cliente al interesarse por él y ser atento y afectuoso incondicionalmente. No obstante, usar el término “amor” en un contexto terapéutico puede llegar a generar confusión y problemas éticos y no existe evidencia que pruebe la utilidad de usarlo en terapia (Muñoz-Martínez & Follette, 2019)

Para finalizar, es interesante añadir que los autores de FAP, Kohlenberg y Tsai (1991), ya predecían que el fuerte enfoque en el “aquí y ahora” de esta terapia daría lugar a sesiones particularmente intensas y atractivas y a relaciones terapéuticas íntimas, curativas y significativas.

1.3. OBJETIVOS

Por todo lo que ya se ha mencionado, el objetivo general de la presente revisión sistemática es realizar una exploración exhaustiva de la literatura más reciente sobre el efecto de la psicoterapia analítico funcional en cualquier población desde un enfoque transdiagnóstico. Así, el objetivo específico es clasificar los estudios empíricos más recientes según el tipo de diseño o intervención con la que han usado FAP reflejando los resultados y limitaciones más relevantes de estos.

2. METODOLOGÍA

2.1. MATERIALES

El material usado para los resultados de la presente revisión sistemática fue un conjunto de 15 artículos de investigación seleccionados previamente de bases científicas en función de los criterios de inclusión y exclusión detallados en el procedimiento y cuyas características principales se recogen en la Tabla 2 (*Anexos*).

2.2. PROCEDIMIENTO

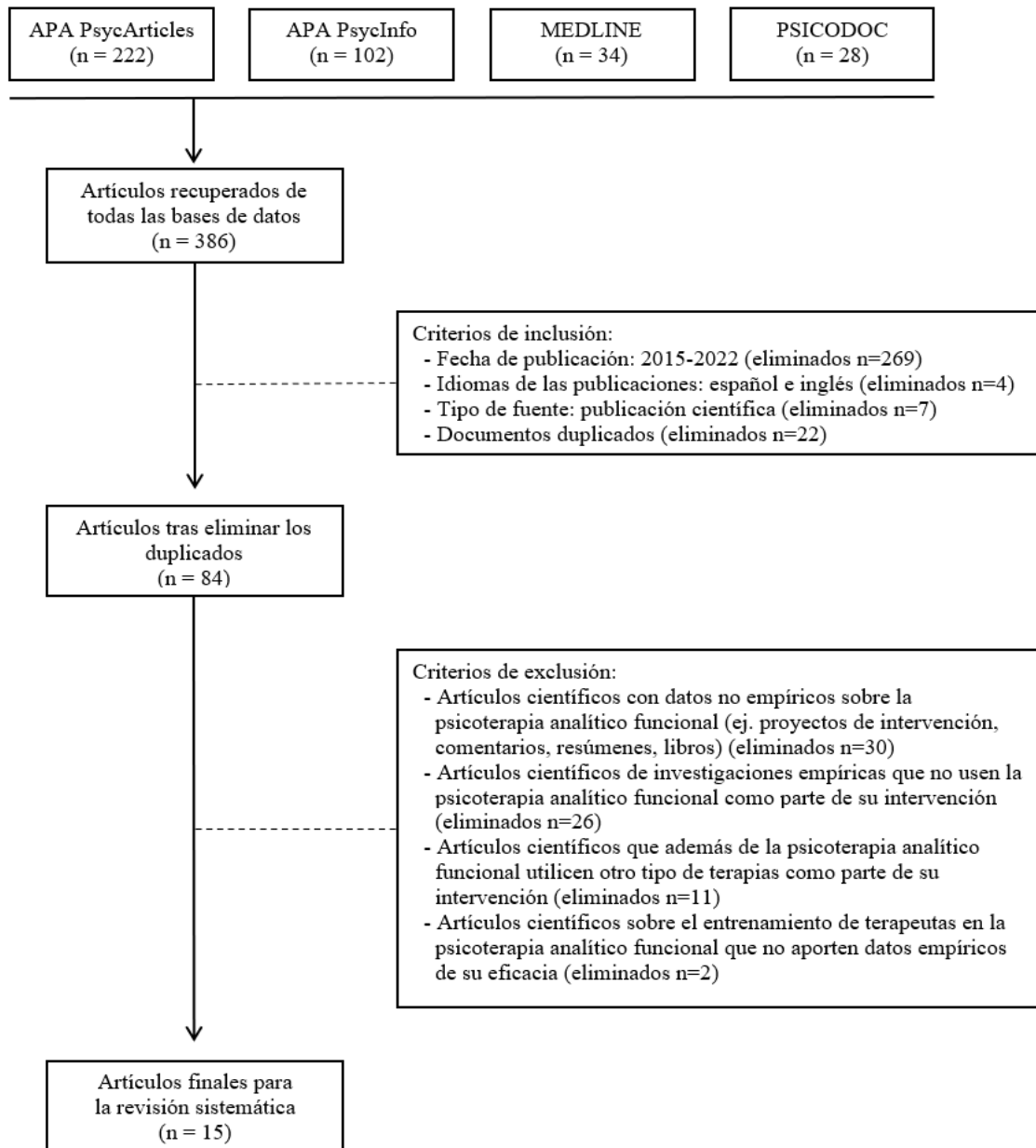
Durante el mes de abril de 2022 se realizó la búsqueda de información científica a través del metabuscador EBSCO en el que se escogieron bases de datos APA PsycArticles, APA PsycInfo, MEDLINE y PSICODOC para la obtención de las fuentes bibliográficas. Todo el proceso de selección de artículos se ve reflejado en la Figura 1.

Los términos usados en esta búsqueda fueron: *functional analytic psychotherapy* “and” *efficiency or efficacy or effectiveness or effect or outcome* delimitando que aparecieran en todo el texto. De esta manera, se obtuvo una primera muestra de 386 artículos, de los cuales: APA PsycArticles (n=222), APA PsycInfo (n=102), MEDLINE (n=33) y PSICODOC (n=28). Estos se filtraron en la búsqueda utilizando los siguientes criterios de inclusión: (1) tipo de fuente: publicación científica; (2) fecha de publicación: 2015-2022; (3) idioma de la publicación: español o inglés. Tras aplicar estos criterios y eliminar los duplicados se redujo la muestra a 84 artículos.

Se realizó una lectura previa de los resúmenes de estas publicaciones para la aplicación de tres criterios de exclusión: (4) artículos científicos con datos no empíricos sobre la psicoterapia analítico funcional; (5) artículos científicos de investigaciones empíricas que no usen la psicoterapia analítico funcional como parte de su intervención; (6) artículos científicos que además de la psicoterapia analítico funcional utilicen otro tipo de terapias como parte de su intervención; (7) artículos científicos sobre el entrenamiento de terapeutas en la psicoterapia analítico funcional que no aporten datos empíricos de su eficacia. De este modo, se obtuvo la muestra final (n=15) con la que se procedió a la lectura en detalle para el consecuente análisis de la información.

Figura 1

Diagrama de flujo del proceso de selección de las publicaciones académicas



2.3. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

El análisis de la información de los artículos científicos escogidos se realizó mediante la organización de la información obtenida en una tabla que recoge las características y hallazgos principales de dichos estudios (*Tabla 2; Anexos*). Ya que la presente revisión se centra en explorar los hallazgos más recientes de la FAP, se siguió un orden cronológico según el año de publicación, cuya columna menciona tanto los autores como dicha fecha.

Todos los artículos analizados siguen la estructura de un estudio empírico lo que permitió organizar la información en estos apartados. Por un lado, se recogen en la tabla aspectos relacionados con la metodología que principalmente fueron las características principales de la muestra (tamaño, edad, diagnósticos y PVD) y el tipo de procedimiento utilizado. Se prestó especial atención a este último puesto que tanto el diseño de tratamiento, como sus formatos (fases y sesiones) son características que representan mucho la investigación en la psicoterapia analítico funcional actual y que serán relevantes para las posteriores conclusiones. Además, se especificaron las variables dependientes (variables de resultado) y los resultados obtenidos de estas (medición del efecto). Finalmente, se añadió una sección de comentarios para especificar y aclarar ciertas características del estudio que ayudan a la comprensión del resto de apartados.

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A continuación se presentan los principales resultados obtenidos del análisis de la información de los 15 artículos científicos que conforman el cuerpo de investigación sobre la eficacia de la FAP de los últimos 7 años (Tabla 2; *Anexos*). Antes de nada, cabe recordar que la elección de estos artículos se limitó a aquellos que proporcionasen datos empíricos de la eficacia de FAP como única terapia en la intervención. Además, se han añadido dos investigaciones que se centran en el entrenamiento de terapeutas en FAP pero que, al proporcionar datos empíricos sobre la mejora de los CCR y PVD de estos profesionales, son de utilidad para la presente revisión.

Con respecto a las características de los participantes, la edad de los sujetos fue muy variada a lo largo de los estudios aunque todos ellos se encontraban dentro de la etapa adulta, a excepción del paciente de 72 años que se presenta en Singh y O'Brien (2017) que también mostró resultados positivos a partir de la intervención con una mejora de las CCR y PVD. Además, Romero Porras et al. (2018) encontraron que el tratamiento con FAP en madres con problemas interpersonales de comunicación y expresión emocional ayudó de manera indirecta a los problemas conductuales disruptivos de sus hijos. Esto concuerda con lo ya visto sobre FAP, que no establece un rango de edad específico para aplicar la terapia pero que sí se dirige, por lo general, a una población adulta y en un contexto ambulatorio. En relación con este último aspecto, todos los estudios excepto dos (Singh & O'Brien, 2017; Sengupta & Singh, 2021) aplicaban la FAP en consultas externas. Estos dos estudios realizaron la

intervención con FAP en el departamento de hospitalización de una clínica psicológica de la India y en una residencia de ancianos, respectivamente.

En consonancia con las características transdiagnósticas con las que se define esta terapia, pocos artículos se centraron en el tratamiento de un trastorno psicológico en específico llegando en muchas ocasiones a no nombrar información sobre los diagnósticos formales de la muestra. Por lo general, se ponían el foco en mejorar los PVD de los pacientes que habitualmente eran de carácter interpersonal (Lizarazo et al., 2015; Maitland & Gaynor, 2016; Maitland et al., 2016; Villas-Bôas et al., 2016; Popovitz & Silveira, 2017; Singh & O'Brien, 2017; Romero Porras et al., 2018; Knott et al., 2019; Reyes Ortega et al., 2019; Rincón et al., 2021; Muñoz-Martínez et al., 2022). En estos estudios la terapia tuvo efectos positivos de manera general, a excepción de ciertos sujetos en los que no se encontraron resultados significativos porque no hubo una medición correcta de las VD, no se aplicaron correctamente las reglas de FAP (Lizarazo et al., 2015; Muñoz-Martínez et al., 2022) o por la interacción de otros factores como la concienciación sobre el problema según avanza la terapia si no se era consciente previamente de tener uno, ya que esto puede alterar la frecuencia de CCR (Singh & O'Brien, 2017). En las pocas ocasiones en las que sí que se menciona el diagnóstico de los pacientes, es con el propósito de estudiar el efecto de FAP en la sintomatología ansiosa y depresiva común a distintos trastornos con lo que corroboran este enfoque más allá del diagnóstico de FAP como ocurre en Maitland et al. (2016) y López Bermúdez et al. (2021).

Cabe destacar, como distintivos en este sentido, los estudios de Muñoz-Martínez (2018), Aranha et al. (2020) y Sengupta y Singh (2021). El primer estudio se centra en la aplicación de FAP en una mujer diagnosticada de duelo traumático. La terapia tuvo un efecto grande en la reducción de CCR1 de la cliente, sin embargo, no hubo un aumento de CCR2 porque la terapeuta centró la instauración de conductas adaptativas fuera del contexto terapéutico que no se pueden conocer ya que no se evaluaron las O ni los PVD (Muñoz-Martínez, 2018). El segundo estudio utiliza la FAP en dos pacientes con trastorno por consumo de sustancias. En líneas generales, ambos sujetos mostraron mejoras en las CCR (aumento de CCR2 y descenso de CCR1) durante la terapia que se mantuvieron en el seguimiento junto a una mejoría en el consumo de drogas (Aranha et al., 2020). De manera similar, el tercer estudio sigue un modelo de aplicación de las reglas de FAP adaptado a personas con esquizofrenia crónica (Dykstra et al., 2010) institucionalizadas. Esto impide la

comparación de los resultados con otros estudios o su generalización a otras poblaciones o contextos, no obstante, los resultados obtenidos siguen teniendo relevancia clínica puesto que la intervención produjo una mejora en las estrategias de afrontamiento, calidad de vida, relación interpersonal percibida y sintomatología del trastorno (Sengupta & Singh, 2021). Así, se ponen de manifiesto nuevas líneas de investigación sobre la eficacia de esta terapia en problemáticas que no son especialmente características por los problemas interpersonales que provocan como son el duelo, el consumo de sustancias o la esquizofrenia, y que en el pasado han sido tratadas con intervenciones muy alejadas a las técnicas que utiliza FAP (p. ej. la reexperimentación de eventos traumáticos en pérdidas afectivas y duelo).

Un rasgo característico de la investigación en FAP es que se utilizan escalas específicas creadas para la medición e interpretación de las dificultades interpersonales de los sujetos a lo largo de muchos estudios. Entre ellas, destaca por ser más frecuente el ya mencionado FIAT (Callaghan, 2006) para medir el funcionamiento interpersonal (Lizarazo et al., 2015; Singh & O'Brien, 2017; Romero Porras et al., 2018; Knott et al., 2019; Muñoz-Martínez et al., 2022). Como escalas más específicas dentro de esta problemática se usan FAPIS (*Functional Analytic Psychotherapy Intimacy*), MSIS (*Miller Social Intimacy Scale*) y FIS (*Fear of Intimacy Scale*) para medir las dificultades en la intimidad social. FACES (*Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale*) sirve en la evaluación de la percepción de las relaciones interpersonales en el contexto familiar basándose en la cohesión y lo adaptativa que sea ésta. También se usan CRI-A (*Coping Response Inventory-Adult form*) para medir las estrategias de afrontamiento y AAQ-II (*Acceptance and Action Questionnaire*) en conductas de evitación experiencial o aceptación psicológica. Otras variables de interés que se miden en estos estudios son la calidad de vida o bienestar psicológico del paciente en general aplicando DASS (*Depression Anxiety Stress Scale*), SQLS (*Schizophrenia Quality of Life Scale*) o WHOQOL (*World Health Organization Quality of Life*), la alianza terapéutica con WAI (*Working Alliance Inventory*) y SRS (*Session Rating Scale*) y la eficacia de las sesiones con FSBF (*FAP Session Bridging Form*). Para ver el uso específico de cada escala en los estudios ver la Tabla 2 (*Anexos*).

Atendiendo a los diseños utilizados, estos estudios se pueden dividir en dos grandes grupos para analizar sus características: los diseños de caso único y los diseños grupales.

Por un lado, 10 de los artículos escogidos utilizaron diseños de caso único (Lizarazo et al., 2015; Villas-Bôas et al., 2016; Popovitz & Silveira, 2017; Singh & O'Brien, 2017; Muñoz-Martínez, 2018; Romero Porras et al., 2018; Knott et al., 2019; Aranha et al., 2020; Rincón et al., 2021; Muñoz-Martínez et al., 2022), entendidos como aquellos diseños en los que el impacto del tratamiento se mide comparando los datos del mismo sujeto en diferentes momentos temporales permitiendo así la evaluación de las intervenciones según se administran clínicamente (Kazdin, 2019). Antes de avanzar con las características de estos artículos, es importante realizar una distinción entre este tipo de diseños y los estudios de caso puesto que estos últimos no consideran variables en su investigación y se centran en la narración de la aplicación de un tratamiento sin fases previas ni análisis de los datos para realizar inferencias sobre la causalidad de los resultados. Por ello, poseen muy baja validez interna y apoyo empírico y aunque pueden contribuir en la práctica clínica han sido descartados de esta revisión siguiendo con el cuarto criterio de exclusión.

Existen tres condiciones que debe cumplir un diseño de caso único para poder realizar inferencias sobre la causalidad entre la VI y la VD (Kazdin, 2021): (1) la evaluación continua de las VD, (2) la existencia de una fase A o línea de base (a partir de ahora LDB) para realizar comparaciones con y sin tratamiento y (3) estabilidad de la VD en cuanto a su tendencia y variabilidad. Al observar las características de los 10 estudios, se puede afirmar que el primer requisito se cumple en todas las investigaciones, aunque cabe señalar que en Popovitz y Silveira (2017) no hubo mediciones suficientes como para realizar un análisis estadístico adecuado. Todos los estudios realizaron una fase "A" previa a la intervención cumpliendo así con el segundo requisito, sin embargo, el tercero es el que mostró más irregularidad. En ocasiones hubo una baja estabilidad en las medidas obtenidas de un solo cliente que se justificó con una mala aplicación del tratamiento o una medición incorrecta (Lizarazo et al., 2015; Singh & O'Brien, 2017). En otros casos, era la medida de un tipo de VD la que se presentaba con inestabilidad de emisión (CCR2: Muñoz-Martínez, 2018; CCR1: Muñoz-Martínez et al., 2022) en ambos casos los autores lo justificaron con una mala aplicación de la respuesta contingente (regla 3) centrándose demasiado en la respuesta contingente de un solo tipo de conductas. A excepción de estos ejemplos y en términos generales, se puede afirmar que estos 10 estudios estaban capacitados para concluir ciertas inferencias de sus datos y, por ello, podremos tener en cuenta sus resultados para conocer más sobre la eficacia de la psicoterapia analítico funcional.

El tipo de diseño específico usado dentro de estos de caso único varió dependiendo de la cantidad de fases y repeticiones de estas realizadas. Así, se encuentran 4 estudios con diseño A-B (Singh & O'Brien, 2017; Muñoz-Martínez, 2018; Romero Porras et al., 2018; Knott et al., 2019), 2 que usaron un diseño A/A+B (Lizarazo et al., 2015; Aranha et al., 2020), un diseño ABAB (Popovitz & Silveira, 2017) y un diseño A-B-BC-B-BC (Villas-Bôas et al., 2016). Dos estudios usaron un diseño de línea de base múltiple entre sujetos (Rincón et al., 2021; Muñoz-Martínez et al., 2022).

Ya que el principal objetivo de la FAP es la reducción de CCR1 y aumento de CCR2, estas conductas dentro de sesión tanto del paciente como del terapeuta serán las variables dependientes que principalmente se pretenden medir en el estudio. La medición más usada dentro del diseño de caso único es la codificación de adherencia FAPRS (Callaghan & Follette, 2008) que, como ya se ha mencionado, transcribe las conductas en la sesión del cliente y del terapeuta en códigos permitiendo analizar la frecuencia de CCR, O, TCCR y reglas aplicadas sesión a sesión. Para una correcta aplicación de esta secuenciación existen ciertas recomendaciones como el uso de múltiples codificadores entrenados en FAPRS y ajenos a la investigación y que la concordancia interobservador (kappa de Cohen; Cohen, 1960) esté dentro del intervalo correcto, puesto que cuando esto no se cumple, se reduce la validez interna del estudio (Aranha et al., 2020; Muñoz-Martínez et al., 2022). Según Cohen, 1960 este acuerdo entre los observadores debe ser $k=0.41-0.60$ aunque otros autores más recientes sugieren un mínimo de $k=0.60$ (80%) para validarlo (Kratowill et al., 2013). La mayoría de los estudios cumplían con ambos criterios, sin embargo algunos no llegaban al mínimo propuesto por el segundo autor (Popovitz y Silveira, 2017; Singh y O'Brien, 2017; Aranha et al., 2020) e incluso Muñoz-Martínez et al., (2022) detallaron que los niveles de concordancia de sus codificadores estaban en ocasiones por debajo del mínimo indicado por Cohen (1960). Romero Porras et al. (2018) y Muñoz-Martínez (2018) realizaron una codificación manual similar a la FAPRS. Cabe destacar el estudio de Knott et al. (2019) ya que usó un protocolo de entrenamiento grupal en FAP preestablecido que no permitió el uso de esta técnica de codificación individual. Con relación a los codificadores, una limitación considerable es que el codificador de FAPRS fuera el propio terapeuta que aplicó la intervención de FAP (Villas-Bôas et al., 2016), ya que pudo sesgar la codificación. Otras variables dependientes que se miden en estos estudios son los PVD del cliente y esto suele hacerse mediante el autorregistro (Lizarazo et al., 2015; Villas-Bôas et al., 2016; Romero

Porras et al., 2018; Knott et al., 2019). Debido a que habitualmente los PVD tienen un carácter interpersonal también se usan escalas como FIAT o FAPIS, como ya se ha mencionado, junto con otras VD y escalas específicas. En algunas investigaciones no se evaluaron los problemas de la vida diaria del cliente (Popovitz y Silveira, 2017; Muñoz-Martínez, 2018).

Respecto al análisis de los datos que habitualmente se usa en los diseños de caso único, destaca la inspección visual usada en múltiples estudios (Lizarazo et al., 2015; Villas-Bôas et al., 2016; Popovitz y Silveira, 2017; Muñoz-Martínez, 2018; Romero Porras et al., 2018; Knott et al., 2019; Aranha et al., 2020; Rincón et al., 2021; Muñoz-Martínez et al., 2022) y que consiste en juzgar la consistencia o fiabilidad de los efectos de la intervención mediante el examen visual de los gráficos de datos obtenidos de la codificación de la VD (Kazdin, 2019). Pese a que en un principio pueda parecer que las conclusiones recaen en la subjetividad del observador, existen ciertos criterios sistemáticos que se deben cumplir para saber si dichos cambios en la conducta objetivo son fiables (Kazdin, 2019), aunque esta técnica todavía requiere de mayor investigación sobre sus propiedades psicométricas (Kratowill & Levin, 2014). Otros artículos sí que llegaron a calcular ciertos índices cuantitativos sobre el tamaño del efecto típicos de este tipo de diseños (Singh & O'Brien, 2018) como son el porcentaje de datos no solapados (*percentage of non-overlapping data*, PND), la d de Swanson (*Swanson's d_{sw}*) o el índice de cambio fiable (*reliable change index*, RCI) en Singh y O'Brien (2017); la diferencia de medias estandarizada entre grupos (*between-case standardized mean difference*, BC-SMD) en Rincón et al., 2021; el análisis de la probabilidad de transición del modelo de Markov de varios estados en Popovitz y Silveira, (2017) e incluso la d de Cohen en Muñoz-Martínez (2018). Este tipo de métodos presenta mayores ventajas frente a la inspección visual porque en muchos casos suponen un cálculo sencillo, como por ejemplo el PND, que permite fácilmente la comparación de datos y del que existen valores convencionales para interpretar dichos índices (Scruggs y Mastropieri, 1998). Finalmente, es importante señalar que en Popovitz y Silveira (2017) no se pudieron realizar análisis estadísticos comparativos ya que requerían de un mínimo de 18 sesiones codificadas con FAPRS para poder realizar inferencias estadísticas sobre las diferencias entre las diferentes condiciones (fases) del estudio.

Como ya se ha mencionado, en la investigación de la eficacia de FAP existe cierta preferencia hasta el momento por los diseños de caso único ya que permiten el análisis del

sujeto individualmente y la descripción de los procesos conductuales detrás de estos cambios. No obstante, existen importantes limitaciones que se deben mencionar sobre estos diseños. Las principales restricciones se pueden organizar en torno a la falta de validez interna, entendida como la incapacidad de establecer causalidad entre los cambios obtenidos en las conductas objetivo y el tratamiento al no poder descartar que otras variables sean responsables de dicha mejora, y la falta de validez externa, que impide la generalización de los resultados a la población general y la comparación de estos a otros estudios por su carácter idiográfico. Otras problemáticas relacionadas con las características de la muestra que también implican una desventaja son que el número de participantes suele ser muy bajo, poco heterogéneo y estos son habitualmente escogidos por el propio investigador o terapeuta lo que puede introducir también ciertos sesgos confirmatorios en ellos. De igual manera, una construcción inadecuada de la metodología también supone una desventaja, en particular, una cantidad escasa de sesiones tanto en la LDB (fase A) como en las condiciones de tratamiento (Singh & O'Brien, 2017; Rincón et al., 2021) que llevan a un empobrecimiento de las conclusiones extraídas de los datos, un bajo número de mediciones de dichas sesiones (Popvitz & Silveira, 2017), que para ello se usen métodos con menor validez como el autorregistro o la falta de una seguimiento postratamiento que permita ver el mantenimiento de dichos cambios en el tiempo (Popvitz & Silveira, 2017; Singh & O'Brien, 2017; Muñoz-Martínez, 2018; Romero Porras et al., 2018; Rincón et al., 2021), incluso que este seguimiento sea demasiado corto (Lizarazo et al., 2015).

Al igual que existen diversas limitaciones, esto también presenta la oportunidad de mejorar la validez de diversas maneras que merecen mención. Para la mejora de la validez interna, existen algunos problemas que tienen una solución más obvia (que no sencilla) como el aumento de sesiones en cada fase, incluir una fase de seguimiento o alargarla. Lizarazo et al. (2015) también recomiendan una mayor variabilidad en la longitud de la fase A en los diferentes sujetos y el uso de métodos e instrumentos de medición con las propiedades psicométricas adecuadas. También se han mencionado ya ciertas características para realizar una codificación con FAPRS adecuada que aumentarían la validez interna. Respecto a la elección del tipo de diseño de caso único, Kazdin (2021) sugiere el uso de diseños de línea de base múltiple como una opción con mayor validez interna que los diseños más básicos de tipo A-B. Asimismo, la propia aplicación de la terapia se debe hacer de una manera adecuada puesto que en ocasiones no obtuvieron resultados concluyentes por una mala aplicación de la

respuesta contingente (regla 3) prestando más atención a las CCR1 (Lizarazo et al., 2015) lo que puede llevar a emisiones inestables de la CCR2 (Muñoz-Martínez, 2018). En este sentido se recomienda una respuesta contingente consistente frente a intervalos aleatorios para una mayor eficacia (Follette, Naugle y Callaghan, 1996; citado en Villas-Bôas et al., 2016). La regla 5 también tuvo una aplicación deficiente en Villas-Bôas et al. (2016) ya que no se asignaron tareas para realizar fuera de la sesión. Por otro lado, la validez externa se puede mejorar también realizando evaluaciones más estructuradas y evitando métodos con poca rigurosidad psicométrica. Además, que los terapeutas que apliquen FAP sean expertos en ella es clave para que las técnicas empleadas sean siempre las mismas y se puedan comparar entre los diferentes estudios.

Los diseños grupales se usaron en los cinco estudios restantes que componen esta revisión y que se subdividen en tres tipos diferentes: un ensayo controlado aleatorizado (Maitland et al., 2016), un diseño de tratamientos alternantes (Maitland & Gaynor, 2016) y tres diseños de grupo con medidas repetidas (Reyes Ortega et al., 2019; López Bermúdez et al., 2021; Sengupta & Singh, 2021). Entre estos, destaca el primer artículo mencionado por ser el primero en estudiar la eficacia de FAP con un ensayo controlado aleatorizado.

En contraposición a los diseños de caso único, los diseños grupales utilizaron en su mayoría una codificación de adherencia de una selección aleatoria de sesiones de manera más automatizada y que tiene una aplicación más sencilla que la codificación de cada turno de la conversación en la sesión (Maitland y Gaynor, 2016; Maitland et al., 2016). No se realizó el análisis de la concordancia interobservador para este tipo de codificación. Esto junto con la medición de otras VD con instrumentos estandarizados permitió el análisis estadístico con técnicas adecuadas como la *t* de student (Maitland & Gaynor, 2016; López Bermúdez et al., 2021), el ANOVA de medidas repetidas (Maitland et al., 2016), la diferencia de la tasa de mejora robusta (R-IRD; Reyes Ortega et al., 2019) o la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon (Sengupta & Singh, 2021). Por lo tanto, como con los diseños de caso único, estos artículos estaban capacitados para concluir ciertas inferencias sobre sus datos, lo que permitió su uso para la presente revisión.

La principal característica de los diseños grupales es que se evalúan los efectos experimentales comparando dos o más grupos de sujetos que reciben diferentes intervenciones, la que se pretende estudiar (grupo experimental, GE) y otra diferente para la

comparación (grupo control, GC). Cuando estos participantes se escogen y dividen en las condiciones de manera aleatoria se reduce la variación entre individuos y aumenta por lo tanto la validez interna (Kazdin, 2021). Esto se consiguió en Maitland et al. (2016) que es el primer ensayo controlado aleatorizado y que ha demostrado que la FAP se puede estudiar en investigaciones experimentales rigurosas. No obstante, también posee ciertas limitaciones como que se usó solo terapeuta para ambas condiciones. En estos estudios se aplicaron técnicas como la Espera Vigilante (EV; Maitland et al., 2016), que consiste en la evaluación y monitorización de síntomas junto a un apoyo empático y no directivo del paciente, y la Escucha Activa (EA; Maitland & Gaynor, 2016) a los GC. Estos últimos autores utilizan la EA como tratamiento alternativo ya que comparte el foco en la relación terapéutica con FAP pero difiere en que la EA no usa la respuesta contingente en la sesión. Sengupta y Singh (2021), por su parte, no dan información sobre las características del GC y el resto de las investigaciones de diseño grupal (Reyes Ortega et al., 2019; López Bermúdez et al., 2021) no utilizaron GC, lo que impidió este tipo de comparaciones. Es interesante mencionar que la investigación de Romero Porras et al. (2018), que utilizaba un diseño de caso única, una de las clientas fue tratada como "grupo" o comparación control puesto que en vez de la intervención con FAP se le enseñaron a través de la psicoeducación ciertas estrategias de regulación en funcionamiento social. Como podía esperarse, sus resultados fueron menos positivos que los del resto de pacientes. No obstante, se debe tener en consideración que añadir un GC cuando se trata de investigar la eficacia de una terapia tiene implicaciones éticas por el hecho de no estar dando el mismo servicio de calidad a todos los participantes de la intervención. Al aplicar estas técnicas como la EV con menos poder de cambio de las conductas objetivo se corre el riesgo de estar tomando decisiones que perjudiquen la salud mental de las personas. Los diferentes artículos recomiendan el uso de una condición control que no sea inocua en sus efectos terapéuticos, como podría ser, ver una peli, sino que se aporten a estos pacientes técnicas y herramientas que difieran en el mecanismo de acción con la FAP para poder realizar comparaciones de manera adecuada.

La principal ventaja que presentan los diseños de grupo es que permiten la generalización de los resultados, a excepción del diseño de tratamientos alternantes (Maitland & Gaynor, 2016) en el que se aplican a los mismos sujetos dos tipos de tratamientos diferentes en un orden particular para cada uno de ellos, de manera que no se pueden atribuir

las mejoras al tratamiento ni se pueden generalizar, por lo que este tipo de diseños implica una menor validez interna y externa.

Aunque estos estudios presentan muchas mejoras frente a los diseños de caso único, aún existen riesgos de reducción de la validez que se deben tener en cuenta. Por ejemplo, el uso de una muestra pequeña (Reyes Ortega et al., 2019), que esté compuesta solo por hombres por lo que tendrá baja variabilidad (Sengupta & Singh, 2021) o que esta haya sido escogida por conveniencia sin ningún criterio de control (López Bermúdez, 2021; Reyes Ortega et al., 2019). Además, en estos dos últimos estudios tampoco realizan una medición rigurosa de las variables al no codificar las conductas objetivo ni mediciones sesión a sesión (López Bermúdez, 2021) y emplear el autorregistro como técnica de recogida de datos (Reyes Ortega et al., 2019). Sin embargo, la realización de evaluaciones pre-post permite la comparación de los sujetos antes y después del tratamiento como se hace en otro tipo de diseños y se realizó en todos los estudios excepto en el diseño de tratamientos alternantes (Maitland & Gaynor, 2016).

El entrenamiento de terapeutas en FAP podría parecer de poco interés para conocer la eficacia de esta terapia en pacientes. Sin embargo, por las características de estos entrenamientos, que enseñan al terapeuta a reconocer las CCR y aplicar las reglas de FAP practicando con ejemplos conductuales de la vida diaria del propio terapeuta (tO), se ha encontrado una generalización en los PVD interpersonales de estos (Knott et al., 2019) e incluso en el clima organizacional y los problemas interpersonales relacionados con el efecto burnout (Reyes Ortega et al., 2019), lo que apoya parte de los principios fundamentales en FAP. Como ya se ha visto, estos estudios tienen también un diseño característico para la intervención, por lo que conllevan también limitaciones correspondientes a cada tipo de estudio. En Knott et al. (2019) no se pudo realizar una codificación de adherencia por que no existe una herramienta adaptada al entrenamiento en FAP que además tenga en cuenta los entornos grupales que los caracterizan. La intervención grupal también supuso ciertos problemas en Reyes Ortega et al. (2019) pues no permitió dar atención individual a las necesidades de cada terapeuta impidiendo adaptar la intervención a las características idiográficas como suele hacerse en FAP.

Para finalizar el análisis de estos artículos, es esencial hacer una recopilación de los resultados más concluyentes hasta el momento. En los estudios más antiguos de esta revisión

se comprobó que FAP podía ser una variable independiente diferenciada analizando si era distintiva en sus componentes a través de la codificación de adherencia (Maitland & Gaynor, 2016) lo que permitió que se usase como tal en estudios posteriores (Maitland et al., 2016).

En relación con lo transdiagnóstico de FAP, estos estudios aumentan la literatura sobre la eficacia de esta terapia en diversas problemáticas interpersonales en diferentes contextos. Además, se abren nuevas líneas de investigación sobre los efectos de FAP en trastornos que no son característicamente de índole interpersonal como son el duelo traumático, la esquizofrenia crónica, el trastorno por consumo de sustancias y la mejora de los PVD de ambas partes de una relación interpersonal habiendo tratado en sesión el funcionamiento social solo de una de ellas (las madres de hijos con problemas de conducta). Otra de las preguntas de investigación que se intentan resolver en estos artículos es el rol de la alianza terapéutica en el cambio, encontrando en algunos estudios que esta relación cumple una función como mediadora de los efectos de FAP (Lizarazo et al., 2015; Maitland & Gaynor, 2016). Este es un paso importante ya que la medición de la alianza terapéutica es más sencilla y rápida que la de la respuesta contingente idiográfica.

Mucha investigación previa a esta revisión ya afirmaba que el mecanismo de cambio de la psicoterapia analítico funcional era la respuesta contingente por parte del terapeuta a las CCR del cliente (regla 3), y así se confirma en la presente revisión (Lizarazo et al., 2015; Villas-Bôas et al., 2016; Muñoz-Martínez, 2018; Aranha et al., 2020; Muñoz-Martínez et al., 2022). En concreto, respecto a las reglas de FAP, se encuentra que la evocación de estas conductas (regla 2) junto con su consiguiente respuesta contingente (regla 3) suponen una combinación crucial para la mejora terapéutica (Lizarazo et al., 2015; Maitland et al., 2016; Muñoz-Martínez, 2018) aunque cuando se analiza de manera aislada la utilidad de la regla 2 se descubre que ésta no es muy útil para conseguir el cambio sin el uso de un refuerzo continuo posterior.

Villas-Bôas et al. (2016) presentan una distinción de dos componentes principales dentro de las técnicas de FAP. Por un lado, define la intervención experiencial (IE) como aquella parte esencial para el cambio clínico dentro de la sesión (reglas 1 a 4). La intervención analítica (IA), en contraposición, no demostró efectos de mejora sobre el cambio terapéutico, aunque aún se requiere de más investigación sobre su eficacia en el análisis del comportamiento. La IA se compone principalmente por la regla 5 y las CCR3 y en este

estudio se evalúa su efecto en la generalización de la mejora a la vida diaria del cliente, aunque como ya se ha dicho, su rol es más secundario y solo cobra mayor utilidad cuando las contingencias dentro y fuera de la sesión no son tan claras. Cabe recordar que la regla 5 no se aplicó al completo por la falta de asignación de tareas para realizar fuera de la sesión, lo que mejoraría el poder de generalización de esta técnica. Por otro lado, Lizarazo et al. (2015) aplican de manera muy escasa la regla 5 consiguiendo igualmente resultados terapéuticos positivos dentro y fuera de sesión, lo que hace que surja una vez más la duda sobre la necesidad de esta regla para la obtener la eficacia adecuada de FAP.

Finalmente, se ha visto cómo una adecuada aplicación de las técnicas de FAP influye en los resultados obtenidos, aportando al cuerpo literario avances sobre como los psicólogos profesionales deben realizar esta tarea para maximizar los resultados positivos. Entre los que ya hemos visto, destacan una aplicación del refuerzo contingente con tasas altas y consistentes, lo que produce un impulso conductual que favorece el cambio (Muñoz-Martínez et al., 2022) así como centrarse en todos los tipos de conductas de igual manera para promover su generalización equitativamente (Lizarazo et al., 2015; Muñoz-Martínez, 2018; Rincón et al., 2021; Muñoz-Martínez et al., 2022). Es para ello necesario que los terapeutas estén bien entrenados en esta terapia. De la misma manera, la medición de las variables también debe realizarse de manera rigurosa y con las técnicas correctas para obtener datos que nos permitan extraer conclusiones relevantes.

4. CONCLUSIÓN Y PROSPECTIVA

Esta revisión sistemática muestra una visión representativa de la investigación en la eficacia de la psicoterapia analítico funcional de los últimos 7 años, y comparte unas conclusiones parecidas con revisiones de años anteriores (Kanter et al., 2017; Singh y O'Brien, 2018). La cantidad de artículos que utilizan la FAP como única intervención, condición necesaria para concluir que los resultados se deben a dicha terapia y no a otras, es muy escasa, con solo 15 artículos que cumplan con estos criterios. Los diseños y metodología utilizadas reducen la validez de las inferencias extraídas a partir de los resultados, lo cual dificulta aún más la tarea de revisión que se pretende en el presente trabajo. Sin embargo, se han observado ciertas propiedades positivas en este tipo de diseños que ha hecho que cada vez más se apueste por una mejora de la objetividad, propiedades psicométricas y en última instancia de la validez de estos.

Futuras investigaciones deben seguir usando técnicas que mejoren la rigurosidad tanto de los diseños de caso único, pues permiten evaluar el proceso psicoterapéutico y los cambios sesión a sesión para así ver los mecanismos de cambio implicados, como de los diseños grupales, que ayudan a la objetividad del análisis de esta terapia proporcionando avances robustos en resultados y técnicas muy innovadoras y necesarias para la investigación clínica de este tipo de terapias como son la codificación de adherencia automatizada. Es importante que futuros investigadores conozcan en detalle todas las reflexiones y conclusiones a las que se ha llegado sobre esta terapia y que ayudan a realizar intervenciones eficaces, como que, por la naturaleza de FAP que establece relaciones verbales eficaces, se requiere de varias sesiones para ver reflejados los resultados al comenzar la fase de tratamiento. Esto brinda importancia a evaluar la eficacia de FAP en su tendencia y efectos generales al hacer comparaciones pre-post o GE-GC y no tener en cuenta las fluctuaciones individuales de la medición sesión a sesión.

Aún quedan preguntas sin resolver sobre cuál es la utilidad de todas las reglas de FAP y el papel de cada una de ellas en el proceso terapéutico o el rol de variables como la alianza terapéutica en esta terapia. Con respecto a esta última línea de investigación, se expone una pregunta que plantean López Bermúdez et al. (2021) en las conclusiones de su investigación: “¿es la relación terapéutica el contexto o el vehículo que permite la aplicación natural de los procedimientos?”.

La presente revisión sistemática presenta ciertas limitaciones dignas de mención. Por un lado, pese a que se decidió no introducir artículos científicos que investigasen la eficacia de FAP junto a otras terapias, existe mucha literatura respecto al uso de FAP para mejorar la eficacia de otras técnicas. Esta línea de investigación no se debe dejar de lado, puesto que es esencial conocer todo el potencial que posee la terapia, así como ciertos puntos débiles que otras técnicas podrían suplir, con el fin de crear mejoras que maximicen la eficacia del conjunto de herramientas que tenemos los psicólogos para la intervención. Esto nos lleva a la segunda limitación encontrada, y es que aunque la investigación en la eficacia de esta terapia aumente lentamente por las dificultades metodológicas que supone, las publicaciones de FAP que proporcionan otro tipo de información cualitativa y reflexiva, sí que están aumentando exponencialmente y son esenciales para el conocimiento en la clínica de esta terapia tan prometedora. Se deben tener en cuenta en futuras revisiones para que toda la información más vanguardista que se está creando esté al alcance de todos los profesionales interesados.

En mi opinión, la intención de los profesionales no debe ser buscar que esta terapia sea eficaz en todos los contextos y para todos los individuos. La FAP, es una terapia centrada en las relaciones personales e íntimas entre el terapeuta y el cliente, por lo que no pretende ser eficaz en todos los contextos y poblaciones, sino que, en los lugares donde si lo sea, promueva cambios significativos y duraderos. La psicoterapia analítico funcional es una herramienta para la intervención que tiene un bajo coste de adopción e implementación por lo que puede ser usada en contextos de escasos recursos para intervenir de manera rápida y eficaz en problemas que afectan a gran parte de la población. Por ello, es importante avanzar en la investigación para conocer cuáles son los puntos más fuertes de esta terapia de manera rigurosa y aprovecharlos al máximo para ofrecer intervenciones eficaces y de calidad que mejoren el bienestar de las personas.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aranha, A. S., Oshiro, C. K. B., & Wallace, E. C. (2020). A single-case quasi-experimental design of Functional Analytic Psychotherapy for substance abuse. *Psicologia: Teoria e Prática*, 22(3), 263-286.
<http://dx.doi.org/10.5935/1980-6906/psicologia.v20n3p100-120>
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)* (5a ed.). Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría.
- Beller, J., & Wagner, A. (2018). Loneliness, social isolation, their synergistic interaction, and mortality. *Health Psychology*, 37(9), 808-813. <https://doi.org/10.1037/hea0000605>
- Callaghan, G. M. (2006). The Functional Idiographic Assessment Template (FIAT) system: For use with interpersonally-based interventions including Functional Analytic Psychotherapy (FAP) and FAP-enhanced treatments. *The Behavior Analyst Today*, 7(3), 357-398. <https://doi.org/10.1037/h0100160>
- Callaghan, G. M., Follette, W. C., Ruckstuhl, L. E., Jr., & Linnerooth, P. J. N. (2008). The Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale (FAPRS): A behavioral psychotherapy coding system. *The Behavior Analyst Today*, 9(1), 98-116. <https://doi.org/10.1037/h0100648>
- Carlucci, L., Saggino, A., & Balsamo, M. (2021). On the efficacy of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 87. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101999>
- Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and psychological measurement*, 20(1), 37-46. <https://doi.org/10.1177%2F001316446002000104>

Revisión sistemática de la Psicoterapia Analítico Funcional

- Darrow, S. M., Callaghan, G. M., Bonow, J. T., & Follette, W. C. (2014). The Functional Idiographic Assessment Template-Questionnaire (FIAT-Q): Initial psychometric properties. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(2), 124-135. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.02.002>
- Ferro García, R., & Valero Aguayo, L. (2015). Avances en la Psicoterapia Analítica Funcional. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 33(1), 15-30. <https://doi.org/10.12804/apl33.01.2015.02>
- Ferro García, R., Valero Aguayo, L., & López Bermúdez, M. A. (2009). La conceptualización de casos clínicos desde la psicoterapia analítica funcional. *Papeles del Psicólogo*, 30(3), 255-264. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/778/77811790009.pdf>
- Ferro García, R., Valero Aguayo, L., & López Bermúdez, M. A. (2016). Fundamentos, características y eficacia de la Psicoterapia Analítica Funcional. *Análisis y Modificación de Conducta*, 42, 51-73. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5521295>
- Follette, W. C., Naugle, A. E., & Linnerooth, P. J. N. (2000). Functional alternatives to traditional assessment and diagnosis. En *Clinical behavior analysis*. (pp. 99-125). Context Press/New Harbinger Publications.
- Guercio, J. M. (2022). The importance of a deeper knowledge of the history and theoretical foundations of behaviorism and behavior therapy: Part 3—1986–2021. *Behavior Analysis: Research and Practice*, 22(1), 114-129. <https://doi.org/10.1037/bar0000226>
- Harvey, A. G., Watkins, E., & Mansell, W. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford University Press, USA.
- Horowitz, L. M. (2004). The Interpersonal View of Psychopathology. En *Interpersonal foundations of psychopathology*. (pp. 253-263). <https://doi.org/10.1037/10727-013>
- Kanter, J. W., Manbeck, K. E., Kuczynski, A. M., Maitland, D. W. M., Villas-Bôas, A., & Reyes Ortega, M. A. (2017). A comprehensive review of research on functional analytic psychotherapy. *Clinical Psychology Review*, 58, 141-156. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.010>
- Kazdin, A. E. (2019). Single-case experimental designs. Evaluating interventions in research and clinical practice. *On Being More Idiographic in Our Research: Special Section on Single Case Experimental Design*, 117, 3-17. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.11.015>
- Kazdin, A. E. (2021). *Research design in clinical psychology*. Cambridge University Press.
- Knott, L. E., Wetterneck, C. T., Norwood, W., & Bistricky, S. L. (2019). The impact of training in functional analytic therapy on therapists' target behavior. *Behavior Analysis: Research and Practice*, 19(2), 164-175. <https://doi.org/10.1037/bar0000097>

- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1991). *Functional Analytic Psychotherapy*. <http://dx.doi.org/10.1007/978-0-387-70855-3>
- Kratochwill, T. R. (Ed.). (2013). *Single subject research: Strategies for evaluating change*. Academic Press.
- Kratochwill, T. R., & Levin, J. R. (2014). Meta- and statistical analysis of single-case intervention research data: Quantitative gifts and a wish list. *Special Issue: Analysis and Meta-Analysis of Single-Case Designs*, 52(2), 231-235. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2014.01.003>
- Lizarazo, N. E., Muñoz-Martínez, A. M., Santos, M. M., & Kanter, J. W. (2015). A within-subjects evaluation of the effects of functional analytic psychotherapy on in-session and out-of-session client behavior. *The Psychological Record*, 65(3), 463-474. <https://doi.org/10.1007/s40732-015-0122-7>
- López Bermúdez, M. Á., Ferro García, R., Calvillo Mazarro, M., & Valero Aguayo, L. (2021). Importance of the therapeutic relationship: Efficacy of functional analytic psychotherapy with different problems. *Clínica y Salud*, 32(3), 103-109. <https://doi.org/10.5093/clysa2020a32>
- Maitland, D. W. M., & Gaynor, S. T. (2012). Promoting efficacy research on Functional Analytic Psychotherapy. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7(2-3), 63-71. <https://doi.org/10.1037/h0100939>
- Maitland, D. W. M., & Gaynor, S. T. (2016). Functional analytic psychotherapy compared with supportive listening: An alternating treatments design examining distinctiveness, session evaluations, and interpersonal functioning. *Behavior Analysis: Research and Practice*, 16(2), 52-64. <https://doi.org/10.1037/bar0000037>
- Maitland, D. W. M., Petts, R. A., Knott, L. E., Briggs, C. A., Moore, J. A., & Gaynor, S. T. (2016). A randomized controlled trial of functional analytic psychotherapy versus watchful waiting: Enhancing social connectedness and reducing anxiety and avoidance. *Behavior Analysis: Research and Practice*, 16(3), 103-122. <https://doi.org/10.1037/bar0000051>
- Mangabeira, V., Kanter, J., & Del Prette, G. (2012). Functional Analytic Psychotherapy (FAP): A review of publications from 1990 to 2010. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7(2-3), 78-89. <https://doi.org/10.1037/h0100941>
- Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E., & Shafran, R. (2009). Conceptual Foundations of the Transdiagnostic Approach to CBT. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1, 6-19. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.23.1.6>
- Martín Patino, J. M. (2020). *Informe España 2020: La soledad del siglo XXI* (pp. 91-167). Universidad

Revisión sistemática de la Psicoterapia Analítico Funcional

- Pontificia Comillas. <https://blogs.comillas.edu/informeespana/wp-content/uploads/sites/93/2020/10/Informe-Espana-2020-Parte-Segunda-1.pdf>
- McEvoy, P. M., Burgess, M. M., Page, A. C., Nathan, P., & Fursland, A. (2013). Interpersonal problems across anxiety, depression, and eating disorders: A transdiagnostic examination. *British Journal of Clinical Psychology*, 52(2), 129-147. <https://doi.org/10.1111/bjc.12005>
- Muñoz-Martínez, A. M. (2018). Intervención en un caso clínico de duelo traumático a través de la psicoterapia analítica funcional. *Revista Argentina de Clínica Psicológica [edición electrónica]*, 27(1), 91-100. <https://doi.org/10.24205/03276716.2017.1044>
- Muñoz-Martínez, A. M., & Follette, W. C. (2019). When love is not enough: The case of therapeutic love as a middle-level term in functional analytic psychotherapy. *Behavior Analysis: Research and Practice*, 19(1), 103-113. <https://doi.org/10.1037/bar0000141>
- Muñoz-Martínez, A. M., Stanton, C. E., Ta, J. D., Molaie, A. M., & Follette, W. C. (2022). Linking process to outcome in Functional Analytic Psychotherapy: Evaluating the behavioral mechanism of change of a process-based therapy. *Journal of contextual behavioral science*, 24, 102-111. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2022.04.001>
- Organización Mundial de la Salud. (8 de junio de 2022). *Trastornos mentales*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Park, C., Majeed, A., Gill, H., Tamura, J., Ho, R. C., Mansur, R. B., Nasri, F., Lee, Y., Rosenblat, J. D., Wong, E., & McIntyre, R. S. (2020). The Effect of Loneliness on Distinct Health Outcomes: A Comprehensive Review and Meta-Analysis. *Psychiatry Research*, 294. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113514>
- Popovitz, J. M. B., & Silveira, J. M. da. (2017). Blocking avoidance and escape responses: Relations with clinically relevant behaviors. *Paidéia*, 27(67), 20-27. <https://doi.org/10.1590/1982-43272767201703>
- Reyes Ortega, M. A., Kuczynski, A. M., Kanter, J. W., Montis, I. A., & Santos, M. M. (2019). A preliminary test of a social connectedness burnout intervention for Mexican mental health professionals. *The Psychological Record*, 69(2), 267-276. <https://doi.org/10.1007/s40732-019-00338-5>
- Rincón, C. L., Muñoz-Martínez, A. M., Hoeflein, B., & Skinta, M. D. (2021). Enhancing interpersonal intimacy in colombian gay men using functional analytic psychotherapy: An experimental nonconcurrent multiple baseline design. *Cognitive and Behavioral Practice*. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2021.10.003>

Revisión sistemática de la Psicoterapia Analítico Funcional

- Romero Porras, J., Obando Posada, D., Hernández Barrios, A., & Velasco Pinzón, D. (2018). Functional analytic psychotherapy among mothers with children with disruptive behavior. *Clínica y Salud*, 29(1), 39-44. <https://doi.org/10.5093/clysa2018a7>
- Scruggs, T. E., & Mastropieri, M. A. (1998). Summarizing single-subject research: Issues and applications. *Behavior modification*, 22(3), 221-242. <https://doi.org/10.1177/01454455980223001>
- Sengupta, U., & Singh, A. R. (2021). Application of functional analytic psychotherapy to manage schizophrenia. *Industrial psychiatry journal*, 30(1), 55-61. https://doi.org/10.4103/ipj.ipj_10_20
- Singh, R. S., & O'Brien, W. H. (2018). A quantitative synthesis of functional analytic psychotherapy single-subject research. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 7, 35-46. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2017.11.004>
- Singh, S., & O'Brien, W. H. (2017). Functional analytic psychotherapy for nursing home residents: A single-subject investigation of session-by-session changes. *Journal of Contemporary Psychotherapy: On the Cutting Edge of Modern Developments in Psychotherapy*, 47(3), 173-180. <https://doi.org/10.1007/s10879-016-9352-5>
- Skinner, B. F. (1975). *La conducta de los organismos: Un análisis experimental*. Barcelona: Fontanella (original 1938).
- Skinner, B. F. (1981). *Conducta verbal*. México: Trillas (original 1957).
- Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Kohlenberg, B., Follette, W. C., & Callaghan, G. M. (2009). *A Guide to Functional Analytic Psychotherapy*. Springer US. <https://doi.org/10.1007/978-0-387-09787-9>
- Villas-Bôas, A., Meyer, S. B., & Kanter, J. W. (2016). The effects of analyses of contingencies on clinically relevant behaviors and out-of-session changes in Functional Analytic Psychotherapy. *The Psychological Record*, 66(4), 599-609. <https://doi.org/10.1007/s40732-016-0195-y>
- Wetterneck, C. T., & Hart, J. M. (2012). Intimacy is a transdiagnostic problem for cognitive behavior therapy: Functional Analytical Psychotherapy is a solution. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7(2-3), 167-176. <https://doi.org/10.1037/h0100956>

6. ANEXOS

Tabla 1

Problemas de la vida diaria (PVD) y ejemplos de conductas clínicamente relevantes (CCR) 1 y 2 de los clientes (Lizarazo et al., 2015)

C	Definición de los PVD	Ejemplos de PVD	Ejemplos de CCR1	Ejemplos de CCR2
1	Evitar y escapar de la crítica y cuestionamiento de otros.	Negarse a comunicar pensamientos y sentimientos (p. ej., decir que no sabe cómo se siente)	Resistir a conversar con el terapeuta u omitir información (por ejemplo, fingiendo olvido).	Hablar de sus sentimientos (p. ej., miedo, tristeza) y el efecto de estas en la sesión, a pesar de verlos de forma negativa.
2	Evitar y escapar de las demandas de los demás (p. ej., peticiones y preguntas).	No completar las tareas asignadas o cumplir los compromisos (por ejemplo, dejar de trabajar para charlar con los compañeros). Llorar para detener los comentarios. Culpar y quejarse del comportamiento de los demás.	Llegar tarde a la sesión. Llorar cuando no cumple con los acuerdos de la terapia. Pedir soluciones al terapeuta. Culpar y quejarse de los demás (p. ej., afirmando que el terapeuta no la entendía).	Avisar que va a llegar tarde a la sesión (por ejemplo, mediante un mensaje de texto o una llamada) o pedir que se reprogramen las sesiones. Hablar de cuestiones emocionales y expresar sus sentimientos hacia el terapeuta y los demás. Expresar y describir sus opiniones sobre el proceso terapéutico.
3	Evitar y escapar de situaciones que suponen un riesgo para juicio y cuestionamiento por parte de los demás.	Pasividad (por ejemplo, cumplir con las exigencias de los padres). Aislamiento (por ejemplo, sentarse lejos de los demás en clase). Abandonar la escuela al llegar.	Limitar la comunicación durante la sesión (por ejemplo, responder a menudo con un "no sé" o mirar hacia abajo, cubrirse la cara o apartar la mirada del terapeuta). Evadir temas (por ejemplo, cambiar de tema).	Compartir información privada y dolorosa. Discutir desacuerdos y expresar malestar.

Nota. C: cliente; CCR: conductas clínicamente relevantes; CCR1: conductas clínicamente relevantes problemáticas en la sesión; CCR2: conductas clínicamente relevantes de mejora en la sesión; PVD: problemas de la vida diaria fuera de la sesión.

Tabla 2
Principales características de las fuentes seleccionadas

Autores y año	Diseño	n y edad	Diagnósticos y PVD	Formato (fases y sesiones)	Variablos de resultado	Medición del efecto	Comentarios
Lizarazo et al., 2015	Diseño de caso único: A/A+B	C1:H, 25 a C2:M, 47 a C3:M, 21 a	Diagnósticos: C1: TLP; C2 y C3: NDF PVD: Problemas de experiencia y expresión emocional (FIAT-Q)	Fase A / LDB (CC y reglas 1-2): 4S(C1), 5S(C2), 6S (C3) Fase A+B (FAP): 10S (C1), 14S (C2), 10S (C3) Seguimiento: C1 y C3: 3 semanas C2: n/d *	Aplicación de las reglas de FAP y cantidad de CCR (Codificación FAPRS) Mejoría de PVD (autorregistro)	La fiabilidad inter-evaluador estuvo entre 0,82 y 1,00 para C1, 0,86 y 1,00 para C2 y 0,75 y 1,00 para C3. Los datos de la codificación (CCR) y el autorregistro (PVD) mostraron de manera generalizada un aumento de CCR2 y descenso de CCR1 y un descenso de PVD durante la fase B y seguimiento en comparación con la LDB en C1 y C2. No hubo resultados significativos para C3.	* C2 pasó por una tercera fase (5S) para comprobar el efecto de eliminar la Regla 2 y por ello no hubo seguimiento.
Maitland y Gaynor, 2016	Diseño de tratamientos alternantes	n=13 (10M y 3H); edad: \bar{x} =19,54 a	Diagnósticos: NDF PVD: Deterioro de las relaciones sociales (FIS y MSIS)	Evaluación: 1S Tratamiento: 10S en total (FAP: 5S; EA: 5S) Seguimiento: n/d	Alianza terapéutica (WAI-SF) Calificación de la sesión (SRS) Eficacia de la sesión (FSBF) Relaciones sociales (FIS y MSIS) Aplicación de las reglas de FAP (Codificación FAPRS)	La codificación de adherencia mostró que, tanto la EA como la FAP contenían elementos de apoyo, eran bastante diferentes en cuanto a que la primera se centraba más en la vida cotidiana y la segunda a la respuesta contingente en sesión. Se encontraron efectos positivos pequeños y moderados favorables para las sesiones de FAP en comparación con las de EA: WAI-SF: $t(12) = 2.71, p = .02, g = .28$ SRS: $t(12) = 1.85, p = .09, g = .35$ FSBF: $t(12) = 3.27, p = .01, g = .34$ Además, hubo una mejora de las relaciones interpersonales: FIS: $t(12) = 2.82, p = .02$ MSIS: $t(12) = 2.43, p = .03$.	La asignación del tipo de tratamiento en las sesiones fue aleatoria. Las mejoras fuera de sesión (FSIS y MSIS) no fueron atribuibles a ninguno de los tratamientos por el tipo de diseño.
Maitland et al., 2016	Ensayo controlado aleatorizado entre grupos	n=23 GE: n=11 (6M y 5H);	Diagnósticos: TAS, TAG, TPE (PDSQ y DSM-IV)	GE (FAP): 6S GC (EV): 6S	Intimidad social (FIS) Cambios en el diagnóstico o sintomatología	La codificación de adherencia mostró que, aunque ambas condiciones proporcionaron un compromiso centrado en el cliente, las sesiones de FAP se distinguieron por su enfoque in vivo (centrado en la	La asignación a la condición del tratamiento (experimental o control) fue aleatorizada.

	edad $\bar{x}=20,27$		PVD: miedo a la intimidad interpersonal	Mediciones pre-post: 1S cada una Duración: 6 meses	psiquiátrica (PDSQ y DSM-IV) Atracción interpersonal de las sesiones (FSBF) Alianza terapéutica (SRS y WAI-SF) Aplicación de las reglas de FAP (Codificación de adherencia)	sesión). Se encontraron diferencias significativas a favor de FAP en cuanto a la intimidad social y los resultados sintomáticos y diagnósticos: FIS: $F(1, 19) = 4.70, p = .04, d = .92$ / $F(1, 20) = 3.33, p = .08$ PDSQ: $F(1, 19) = 7.09, p = .02, d = 1.05$ / $F(1, 20) = 4.99, p = .04$ El porcentaje de sujetos que cumplían con los criterios diagnósticos bajo de un 100% a un 18% (n=2) en FAP, en comparación con un 64% (n=7) en EV. Además, la alianza terapéutica fue mediadora de los cambios en la intimidad interpersonal.	
Villas-Bôas et al., 2016	Diseño de caso único: A-B-BC-B-BC	C1: M, 38 a C2: M, 32 a	Diagnósticos: NDF PDV (C1): conductas agresivas y agresión indirecta PVD (C2): conductas de evitación del conflicto y baja expresión emocional	Fase A / LDB (TC):5S Fase B (IE, reglas 1-4): 8S (C1) y 7S (C2) Fase BC (IE y IA, reglas 1-5): 8S (C1) y 7S (C2) Seguimiento: 1 sesión 6 meses después para ambos.	Frecuencia de conductas del cliente (CCR) y reglas de FAP (Codificación FAPRS) PVD (autorregistro)	Se encontró un alto acuerdo entre los evaluadores y el codificador principal con respecto a los códigos del terapeuta ($k>0,73$) y a los del cliente ($k>0,85$). Los datos obtenidos de la codificación mostraron de manera generalizada una mejora de las CCR (aumento de CCR2 y descenso de CCR1) durante las fases de tratamiento (B y BC) y el seguimiento que fue principalmente atribuido a la regla 3. Además se mostró un aumento de las CCR3 en las fases BC en las que se usaba la regla 5. El autorregistro de los PVD mostró un descenso generalizado tras la fase B1 sin diferencias sistemáticas entre la condición B y la BC. La IA (CCR3 y Regla 5) no tuvo un impacto diferencial en el resto de CCR y PVD.	Se contemplan dos limitaciones importantes: que uno de los codificadores era el propio terapeuta y que no se añadieron tareas para casa como parte de la Regla 5 (Fase BC) que podría tener un impacto potencial en la eficacia de la FAP dentro y fuera de sesión.
Popovitz y Silveira, 2017	Diseño de caso único: A-B-A-B	C1: n/d C2: n/d	Diagnósticos: n/d PVD: conductas	Rapport y CC: 2S Fases A (respuesta no contingente a	Frecuencia de conductas del cliente y del terapeuta (Codificación FAPRS)	La concordancia entre los calificadores y el investigador fue de 0,57. No se realizaron análisis de comparación estadísticos por la falta de datos. Al observar la respuesta del cliente tras cada	La respuesta contingente a las CCR1 fue a través del bloqueo de la evitación y escape. La respuesta contingente a CCR2

Revisión sistemática de la Psicoterapia Analítico Funcional

			de evitación y escape	CCR1): A1: 2S / A2: 3S Fases B (respuesta contingente a CCR1): B1: 3S / B2: 3S Seguimiento: n/d		intervención: (1) la falta de respuesta a CCR1 aumentó su frecuencia en 1/3 de las ocasiones, (2) la evocación de CCR aumentó más la frecuencia de CCR1 que CCR2, (3) La respuesta contingente (bloqueo) a CCR1 no evocó mayor respuesta de CCR2 pero sí de CCR1 en 1/3 de los casos y (4) la respuesta contingente (refuerzo) a CCR2 provocó mayor participación en CCR2 en un 25% (C2) y 33% (C1) de los casos. Se dio un aumento de las CRB2s en la fase B1 (C1) y A2 (C2).	fue constante en ambas condiciones. La interpretación de los datos se hizo conjunta porque las intervenciones eran idénticas. Con el análisis de las transiciones no es posible afirmar si la respuesta contingente del terapeuta a las CCR tuvo algún efecto sobre ellas.
Singh y O'Brien, 2017	Diseño de caso único: A-B	C1. H, 72 a C2: H, 53 a C3: M, 31 a	Diagnósticos: TDM todos (ICD-10) PVD: problemas de comunicación, expresión emocional e interacción social (FIAT-Q)	Fase A / LDB (EA): 2S Fase B (FAP): 4S de 30 minutos. Seguimiento: n/d	Frecuencia de conductas del cliente y del terapeuta (Codificación FAPRS) Problemas de interacción social (FIAT-Q)	La concordancia entre los calificadores fue moderada ($k=0,46-0,75$). Se encontró un descenso de CCR1 y un aumento de CCR2 significativo (PND=100%) en C1 y C3. Con una gran magnitud del efecto para ambos: CCR1: $d_{sw}=1.30$ (C1) $d_{sw}=1.47$ (C3); CCR2: $d_{sw}=1.72$ (C1) $d_{sw}=1.17$ (C3). Las comparaciones pre-post mostraron un descenso significativo de las dificultades interpersonales en C1 y C3 (RCI=3.00 y RCI=5.46)	Los datos para C2 fueron contradictorios y no significativos posiblemente por la interacción del aumento de concienciación sobre su problema según avanzaba el tratamiento.
Muñoz-Martínez, 2018	Diseño de caso único: A-B	C: M, 28 a	Diagnósticos: duelo traumático PVD: evitación del conflicto (duelo y situaciones de crítica o juicio social de otros)	Fase A / LDB (CC y regla 1): 3S Fase B / FAP (regla 2 y regla 3): 16S Seguimiento: n/d	Frecuencia de conductas del cliente (CCR1 y CCR2) y del terapeuta (Reglas 1, 2 y 3) (Codificación y registro con el software XPIoRat 3.3.0)	El acuerdo interobservador fue del 97-100% en las 5 sesiones analizadas aleatoriamente. La codificación mostró un descenso notorio de CCR1 comparando la LDB (M=13.3) con la fase de tratamiento (M=5.9) con un tamaño del efecto elevado ($d=2.38$). No hubo cambios significativos de las CCR2 comparando la LDB (M=6) con la fase de tratamiento (M=8.36). Aunque la emisión fue inestable, hubo significación clínica ($d=-1.90$).	Se organizó la información del caso con el modelo de Formulación Clínica Conductual. Hubo un aumento de CCR1 en las sesiones 16 y 17 causado por la introducción del cierre del tratamiento que se asoció al duelo traumático. Los valores descendieron en las dos últimas sesiones.

Revisión sistemática de la Psicoterapia Analítico Funcional

Romero Porras et al., 2018	Diseño de caso único: A-B	n=5 (M) edad \bar{x} =32	Diagnósticos: NDF PVD cliente: problemas de comunicación y expresión emocional (FIAT-Q) PVD hijos: problemas conductuales de conflicto en el contexto escolar.	Fase A / LDB (Evaluación y CC): 2S Fase B (tratamiento): C1-C4 (FAP): 12S C5 (control): 8S Seguimiento: n/d	Frecuencia de conductas del cliente (CCR1 y CCR2) (Microcodificación manual) Frecuencia de las conductas de los hijos fuera de la sesión (O1 y O2) (autorregistro por profesores del colegio)	Hubo un alto porcentaje (>70%) de concordancia interobservador para todas las clientas. Los datos obtenidos de la codificación mostraron cambios significativos en las clientes que recibieron tratamiento con FAP (C1-C4) con un descenso de CCR1 y aumento de CCR2. No se observaron cambios en el caso control (C5). Además, los cambios se comenzaron a observar en las sesiones 5-7. El autorregistro de las O de los niños mostró un descenso O1 en los hijos de C1-C4 (recibieron FAP) y solo un aumento claro O2 en una cliente. No hubo cambios destacables en las O del hijo de C5 (control).	El objetivo fue comprobar si FAP ayuda a mejorar los PVD de los niños a través de tratar las CCR de las madres. La cliente 5 recibió en la Fase B una intervención (control) en psicoeducación sobre estrategias de gestión de los PVD de sus hijos.
Knott et al., 2019	Diseño de caso único: A-B	C1: M, 23 a C2: M, 24 a C3: M, 23 a C4: M, 26 a	Diagnósticos: n/d PVD: problemas interpersonales (comunicación y expresión emocional)	LDB: 3 semanas Entrenamiento: 8S semanales de 2 horas Mediciones pre-post: 1S cada una.	Frecuencia de conductas relevantes del terapeuta (tCCR) dentro y fuera de la sesión (autorregistro) Problemas interpersonales (FIAT-Q)	No se realizaron análisis estadísticos formales. La inspección visual y comparación de medias de las 12 CCR (3X4C) de las terapeutas mostró una mejora completa (descenso de CCR1 y aumento de CCR2) en 6 de estas, una mejora parcial (o descenso de CCR1 o aumento de CCR2) y solo en 1 de las CCR no se encontró mejora ninguna.	El objetivo fue estudiar si el entrenamiento de terapeutas en FAP produciría cambios en las conductas clínicamente relevantes de los terapeutas (tCCR) que podían ser dentro de sus sesiones como terapeutas o en su vida diaria personal.
Reyes Ortega et al., 2019	Diseño de grupo con medidas repetidas (pre-post-seguimiento)	n=6 (3M y 3H); edad \bar{x} =36,00	Diagnósticos: n/d PVD: conexión interpersonal en relación con el efecto <i>burnout</i>	LDB: 5 semanas Entrenamiento: 6S online semanales de 2 horas Mediciones pre: 3S durante la LDB Mediciones post: 3S durante las 7 semanas posteriores al entrenamiento.	Relaciones sociales <i>Burnout</i> (MBI) Clima organizacional (MSOC) Calidad de vida (WHOQOL)	Las comparaciones pre-post mostraron cambios significativos en las puntuaciones de <i>burnout</i> , relaciones sociales y calidad de vida (R-IRD=0.42-1.00). Uno de los participantes evidenció cambios pequeños o cuestionables y los otros 5 mostraron cambios grandes. Los resultados fueron más robustos para la variable clima organizacional, con mayores cambios significativos (R-IRD=0.71-1.00) y todos los participantes mostraron cambios grandes.	Se realizó un programa online (videoconferencias y chats) para mejorar el <i>burnout</i> en profesionales de la salud mental partiendo de la base de que mediante conductas de vulnerabilidad y reciprocidad a lo largo del tiempo se formarían sentimientos de cercanía e intimidad a lo largo del tiempo.
Aranha et al., 2020	Diseño de caso único: A/A+B	C1: M, 63 a C2: M, 36 a	Diagnósticos: Trastorno por consumo de sustancias	Fase A (CC y TAC): 12 S (C1), 10S (C2)	Frecuencia de conductas del cliente y del terapeuta (Codificación FAPRS)	La concordancia interobservador fue del 82,97% ($k = 0.74$) y 76.19% en las dos sesiones escogidas aleatoriamente de los pacientes.	La codificación se hizo solo de 5 sesiones de cada fase en cada cliente para que la recogida de datos cumpliera con el estándar

Revisión sistemática de la Psicoterapia Analítico Funcional

			<p>PVD: problemas en las relaciones interpersonales relacionados con el consumo</p>	<p>Fase A+B (FAP, regla 2 y regla 3): 8S (ambos)</p> <p>Seguimiento: 1S, 3 meses después.</p>	<p>Frecuencia e intensidad de consumo de drogas (TLFB)</p>	<p>Los datos obtenidos de la codificación que se analizaron mediante inspección visual mostraron un descenso en la frecuencia de CCR1 y aumento de CCR2 al cambiar a la fase de tratamiento (A+B) en ambos casos.</p> <p>Los cambios se mantuvieron y mejoraron durante el seguimiento para el cliente 1, sin embargo, para el cliente 2 no hubo mayor descenso de las CCR1 y las CCR2 descendieron también.</p> <p>El aumento de aplicación de reglas 2 y 3 durante la fase de tratamiento se relaciona con la mejora de CCR ya mencionadas durante esta fase (A+B)</p> <p>Ambos mostraron mejoras cuantitativas en el consumo de drogas (TLFB) aunque un análisis cualitativo muestra un mayor progreso en C1.</p>	<p>para estudios de caso único.</p> <p>Durante el tiempo entre el final del tratamiento y el seguimiento C1 continuó con la terapia y C2 se cambió de terapeuta, esto ha podido influenciar la baja mejoría a largo plazo de C2.</p>
López Bermúdez et al., 2021	Diseño de grupo con medidas repetidas (pre-post-seguimiento)	n=10 (5M y 5H) edades entre 25 y 59 años	<p>Diagnósticos: NDF excepto C4 (TOC)</p> <p>PVD: problemas emocionales, de ansiedad, de personalidad, sexuales, fobias y conductas depresivas.</p>	<p>Fase A (Evaluación y CC): 1S</p> <p>Fase B (FAP): de 11 a 24 sesiones dependiendo del caso</p> <p>Seguimiento: 1S, entre 10 y 15 meses después</p>	<p>Depresión (BDI-II), Sensibilidad a la ansiedad (ASI-III)</p> <p>Conductas de evitación experiencial o aceptación psicológica (AAQ-II)</p>	<p>Se encontró un descenso de los niveles de depresión por debajo del criterio (BDI-II=-30.16%), lo mismo ocurrió con la ansiedad (ASI-III=-25.71%) y la evitación experiencial (AAQ-II=-28.89%). Además, este cambio significativo ocurrió a lo largo del tratamiento: BDI-II (t=5.57, gl=9, p < .0001); AAQ-II (t=14.93, gl=9, p < .0001); ASI-III (t=8.12, gl=9, p < .0001); y se mantuvo en el seguimiento (no hubo significación en la comparación post-seguimiento). El tamaño del efecto fue grande para los tres test (BDI-II: d=-2.01; AAQ-II: d=-3.80; ASI-III: d=-2.77)</p> <p>Estas mejoras se trasladaron a los PVD de todos los casos según un análisis cualitativo de los datos.</p>	<p>Las edades, contextos sociales y problemáticas de los pacientes eran muy variadas puesto que el objetivo era demostrar la eficacia transdiagnóstica de FAP a través de su enfoque idiográfico.</p>
Sengupta y Singh, 2021	Diseño de grupos con medidas repetidas (pre-post)	n=10 (M) edades entre 20 y 40 años	<p>Diagnósticos: esquizofrenia crónica (todos)</p> <p>PVD: n/d</p>	<p>GE (FAP): 15S</p> <p>GC: n/d</p> <p>Mediciones pre-post: 1S cada una</p> <p>Duración: 10 meses (1S/semana)</p>	<p>Sintomatología positiva y negativa de la esquizofrenia (PANSS)</p> <p>Calidad de vida (SQLS)</p> <p>Estrategias de</p>	<p>Las comparaciones pre-post indicaron variaciones significativas del GE en las escalas de sintomatología de la esquizofrenia, estrategias de afrontamiento, calidad de vida, relación interpersonal percibida. No hubo diferencias significativas en la variable apatía.</p> <p>Las comparaciones entre el GE y GC muestran que</p>	<p>Se usaron las técnicas adaptadas de FAP para el trastorno de esquizofrenia desarrolladas por Dykstra et al. (2010) lo que no permite generalizar los resultados a la aplicación de FAP en otros contextos.</p>

					afrontamiento (CRI-A) Apatía (AES-CV) Relación interpersonal percibida dentro de la familia (FACES)	las mejoras significativas en los ámbitos mencionados se dieron solo en el grupo experimental (FAP). Se menciona cualitativamente que las mejoras se generalizaron a la vida diaria de los pacientes.	
Rincón et al., 2021	Diseño de línea de base múltiple entre sujetos	C1: M, 25 a C2: M, 21 a C3: M, 24 a	Diagnósticos: NDF PVD: conductas de evitación de la intimidad en las relaciones interpersonales	Fase A / LDB (CC): 4S (C1), 5S (C2), 7S (C3) Fase B (FAP): 4S (C1), 5S (C2), 8S(C3) Seguimiento: n/d	Frecuencia de conductas del cliente (CCR) y reglas de FAP (Codificación FAPRS) Dificultades en la intimidad (FAPIS)	La fiabilidad interevaluador se estableció mediante un proceso de codificación cruzada del 30% de las sesiones y mostró una fiabilidad alta para las CCR (>85%) y las reglas de FAP (>91%). La implementación de FAP supuso un aumento significativo en los comportamientos que incitan a la intimidad ($\beta = 65.65$, S.E. = 11.48, $p = .0004$) para los tres clientes con un tamaño del efecto grande como indica la diferencia de medias estandarizada entre casos (BC-SMD (17.01) = 1.66, CI = [0.69-2.73]). No existe evidencia de la reducción o eliminación de conductas evitativas de la intimidad en ninguno de los tres clientes ($\beta=5.24$, S.E.=14.19, $p=.715$) lo que se reflejó en el tamaño del efecto (BC-SMD (26.46) =0.10, CI = [0.44–0.65]). Estos resultados sugieren que FAP facilitó la cercanía personal en los participantes.	La longitud de la LDB se asignó aleatoriamente a los participantes como medida de control debido al diseño escogido. Los tres pacientes del estudio fueron hombres gays colombianos que tenían en común la evitación de conductas de intimidad como consecuencia del contexto sociocultural tanto por su orientación sexual como por su procedencia latina.
Muñoz-Martínez et al., 2022	Diseño de línea de base múltiple entre sujetos	C1: M, 20 a C2: M, 23 a C3: M, 49 a	Diagnósticos: NDF PVD: dificultades de relación interpersonal (FIAT-Q), malestar o estrés psicológico (DASS)	Evaluación y CC: 1S Fase A / LDB (EA): 3S (C1), 5S (C2), 6S (C3) Fase B (FAP): 9S Seguimiento: 1S, 1 mes después	Frecuencia de conductas del cliente (CCR1 y CCR2) y del terapeuta (TCCR1 y TCCR2) (Codificación FAPRS) Alianza terapéutica e intimidad de la relación terapéutica (WAI-SR y FAPIS) Dificultades interpersonales (FIAT- Q)	La fiabilidad entre evaluadores mostró un nivel moderado de fiabilidad entre los codificadores que varió entre sujetos: C1=0,31-0,74, C2=0,48-0,59 y C3=0,34-0,74. La inspección visual indicó niveles bajos de TCCR1 en la línea de base que aumentaron significativamente en la fase de FAP (50-100% de las veces) para todos los sujetos. Para C1 y C2 la probabilidad de respuesta contingente tras CCR2 fue menor que con las CCR1 (C1: 31-78%; C2: 15%). Esto puede explicar la falta de interacción entre los resultados del tratamiento y la respuesta contingente (TCCR2)	La longitud de la LDB se asignó aleatoriamente a los participantes como medida de control debido al diseño escogido. Se sugiere que la mejora de las dificultades interpersonales requiere de una tasa alta y consistente de refuerzo contingente que ocurrió solo para C1. Y que las tasas bajas en C2 y C3 no fueron suficientes para entrenar repertorios

Malestar o distrés psicológico (DASS)	<p>tras una CCR2. Además, la TCCR1 se asoció de manera significativa con una reducción de CCR1, del malestar psicológico y de las dificultades interpersonales (en menor medida para este último). La falta de respuesta contingente a las CCR1 y CCR2 (50%) en la fase de tratamiento del C3 justifican la falta de cambios terapéuticos dentro y fuera de sesión.</p> <p>El análisis estadístico de los efectos del tratamiento implicó una reducción significativa en el malestar psicológico ($\beta=-12.63$, S.E.=0.40, $p=0.005$) con un tamaño del efecto medio significativo (BC-SMD=-0.51, CI [-1.29 a -0.01]). No se encontró una reducción significativa de las dificultades interpersonales (FIAT-Q).</p> <p>El análisis intrasujeto confirmó una relación positiva entre las variables de variables de tratamiento (FAP) y de resultado (DASS y FIAT-Q) para C1 (DASS: $r=-0.90$, $p=0.00$; FIAT-Q: $r=-0.88$, $p=0.01$), aunque no hubo correlación significativa en el caso de C2 y C3, lo que puede estar relacionado con la menor frecuencia de TCCR ya mencionadas.</p> <p>La alianza terapéutica e intimidad no mostraron efectos moderadores en las variables del tratamiento, pese a que aumentaron independientemente a lo largo del tratamiento.</p>	<p>interpersonales alternativos.</p> <p>Finalmente, interpretaciones <i>post hoc</i> sugieren que los factores de la relación terapéutica (alianza e intimidad) no tuvieron un efecto mediador por efectos techo y características particulares del terapeuta.</p>
---------------------------------------	---	--

Nota. a: años; AAQ-II: *Acceptance and Action Questionnaire*; AES-CV: *Apathy Evaluation Scale-Clinician Version*; ASI-III: *Anxiety Sensitivity Index-III*; BDI-II: *Beck Depression Inventory-II*; C: cliente; CC: conceptualización del caso; CCR: conductas clínicamente relevantes; CCR1: conductas clínicamente relevantes problemáticas en la sesión; CCR2: conductas clínicamente relevantes de mejora en la sesión; CRI-A: *Coping Response Inventory-Adult form*; DASS: *Depression Anxiety Stress Scale*; EA: escucha activa; EV: espera vigilante; FACES: *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale*; FAP: Psicoterapia Analítico Funcional (*Functional Analytic Psychotherapy*); FAPIS: *Functional Analytic Psychotherapy Intimacy Scale*; FAPRS: *Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale*; FIAT-Q: *Functional Idiographic Assessment Template Questionnaire*; FIS: *Fear of Intimacy Scale*; FSBF: *FAP Session Bridging Form*; GC: grupo control; GE. grupo experimental; H: hombre; IA: interacción analítica; IE:

interacción experiencial; LDB: línea de base; M: mujer; MBI: *Maslach Burnout Inventory*; MSIS: *Miller Social Intimacy Scale*; MSOC: *Multidimensional Scale of Organizational Climate*; n/d: no disponible; NDF: No existe diagnóstico formal; O: conductas relacionadas con los PVD fuera de la sesión; O1: conductas problemáticas fuera de la sesión; O2: conductas de mejora fuera de la sesión; PANSS: *Positive and Negative Syndrome Scale*; PDSQ: *Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire*; PND: *percentage of non-overlapping data*; PVD: problemas de la vida diaria fuera de la sesión; RCI: *Reliable Change Index*; S: Sesión; SCID-II: *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II*; SQLS: *Schizophrenia Quality of Life Scale*; SRS: *Session Rating Scale*; TAC: Terapia Analítico-Comportamental; TAG: trastorno de ansiedad generalizada; TAS: trastorno de ansiedad social; TC: Terapia conductual; tCCR: conductas clínicamente relevantes del terapeuta; TCCR1: respuesta contingente eficaz del terapeuta a CCR1; TCCR2: respuesta contingente eficaz del terapeuta a CCR2; TLFB: *Timeline Followback method*; TLP: trastorno límite de la personalidad; TOC: Trastorno Obsesivo Compulsivo; TPE: trastorno de la personalidad por evitación; WAI-SF: *Working Alliance Inventory - Short Form*; WAI-SR: *Working Alliance Inventory - Short Revised*; WHOQOL: *World Health Organization Quality of Life*.