

La cuarta generación de terapias conductuales

The fourth-generation behavior therapies

A quarta geração de terapias comportamentais

Paulo Roberto Abreu✉

Juliana Helena dos Santos Silvério Abreu¹✉✉

Instituto de Análise do Comportamento de Curitiba

RESUMEN

Los manuales de tercera generación de terapias conductuales trajeron avances en la evaluación y aplicación de intervenciones basadas en el Análisis del Comportamiento. Entre las terapias que alcanzaron renombre, pueden ser citadas la Terapia de Aceptación y Compromiso, la Psicoterapia Analítica Funcional, la Terapia Dialéctica Conductual y la Activación Conductual. Desde su lanzamiento, se observa un gran esfuerzo de los investigadores en validar socialmente estas nuevas terapias a través de investigaciones de resultados, como los ensayos clínicos aleatorizados, aplicados a los más diversos trastornos y problemas de comportamiento. El presente artículo pretende exponer algunas limitaciones de las aplicaciones unidisciplinarias, basadas en el análisis de las consecuencias de la expansión sin restricciones de los manuales a nuevos tipos de problemas. Para ello rehízo el recorrido histórico de perfeccionamiento de esas terapias con el objetivo de identificar algunas variables determinantes en el trabajo de expansión unidisciplinar. Se concluyó que, en ese esfuerzo de expansión, pocos trabajos se dedicaron a la integración entre terapias de tercera generación. Contrariamente a una propuesta funcionalmente orientada, las terapias se estudiaron en trastornos y problemas para los que no se habían proyectado originalmente. Por último, como directrices orientadoras de una cuarta generación, se ofrecieron reglas para la realización de una adecuada concepción funcional inicial, además de presentar modelos de integración consistentes con un enfoque idiográfico.

Palabras clave: terapia de aceptación y compromiso; psicoterapia analítica funcional; terapia conductual dialéctica; activación conductual; integración; cuarta generación de terapias conductuales.

¹ Universidade de São Paulo.

✉ pauloabreu@iaccsul.com.br

✉✉ julianahelena@iaccsul.com.br

ABSTRACT

Third-generation manuals of behavioral therapies have advanced the evaluation and application of interventions based on behavioral analysis. Accepted and commitment therapy, functional analytic psychotherapy, dialectical behavior therapy and behavioral activation can be mentioned among the renowned therapies. Since the launch, researchers have been working to socially validate those new therapies through outcome research, such as randomized clinical trials applied to a variety of disorders and behavioral problems. The present article intends to show some limitations in the unidisciplinary applications of these manuals based on the analysis of the consequences of the unrestricted expansion to new problem classes. We retraced the historical path of improvement of these therapies to identify some determining variables in the unidisciplinary expansion work. It was concluded that few papers were published on the integration of third-generation therapies. Contrary to a functionally oriented proposal, the manuals were being studied in disorders and problems for which they had not been originally projected. Finally, rules were offered for the accomplishment of an adequate initial functional case conception as alternative guidelines for a fourth-generation. In addition, we present models for integration consistent with an idiographic case approach.

Keywords: accepted and commitment therapy; functional analytic psychotherapy; dialectical behavior therapy; behavioral activation; integration; fourth-generation behavior therapies.

RESUMO

Os manuais de terceira geração de terapias comportamentais trouxeram avanço na avaliação e aplicação de intervenções baseadas na análise do comportamento. Dentre as terapias que alcançaram renome, podem ser citadas a Terapia de Aceitação e Compromisso, a Psicoterapia Analítica Funcional, a Terapia Comportamental Dialética e a Ativação Comportamental. Desde o seu lançamento, observa-se um grande esforço dos pesquisadores em validar socialmente essas novas terapias por meio de pesquisas de resultado, como os ensaios clínicos randomizados aplicados aos mais diversos transtornos e problemas de comportamento. O presente artigo pretendeu evidenciar algumas limitações das aplicações unidisciplinares baseadas na análise das consequências da expansão irrestrita dos manuais a novas classes-problema. Para isso, refez o percurso histórico de aprimoramento dessas terapias com o objetivo de identificar algumas variáveis determinantes no trabalho de expansão unidisciplinar. Concluiu-se que, nesse esforço de expansão, poucos trabalhos foram dedicados à integração entre terapias de terceira geração. Contrariamente a uma proposta funcionalmente-orientada, as terapias foram sendo estudadas em desordens e problemas para os quais não haviam sido originalmente projetadas. Por fim, como diretrizes norteadoras de uma quarta geração, foram oferecidas regras para a realização de uma adequada concepção funcional inicial, além de serem apresentados modelos de integração consistentes com uma abordagem idiográfica.

Palavras-chave: terapia de aceitação e compromisso; a psicoterapia analítica funcional; terapia comportamental dialética; ativação comportamental; integração; quarta geração de terapias comportamentais.

Los manuales de tercera generación de terapias conductuales representaron un incuestionable avance en la evaluación y aplicación de las intervenciones orientadas al análisis funcional (Dougher, 2000). La clasificación de estas diferentes intervenciones se debe al hecho de que las mismas comparten características similares, como la fundamentación filosófica y el fuerte empleo de principios hasta el momento expuestos y sistematizados por la ciencia del análisis experimental de la conducta (Kanter, Tsai, & Kohlenberg, 2010). De la misma forma, en las filosofías que la fundamentan se observan los mismos recortes de análisis del fenómeno psicológico, específicamente, las relaciones funcionales entre el comportamiento y el ambiente (Abreu & Abreu, 2016). Se suma a estas filosofías la adopción de los principios de la conducta operante y respondiente en la explicación del comportamiento.

Entre las terapias de tercera generación que obtuvieron mayor renombre se puede citar a la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999), la Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) (Kohlenberg & Tsai, 1991), la Terapia Dialéctico Conductual (DBT) (Linehan, 1993) y la Activación Conductual (BA) (Martell, Addis, & Jacobson, 2001). Las aproximaciones filosóficas y el empleo de los principios conductuales sugieren la flexibilidad para la integración. Tanto para el diagnóstico, como por ejemplo en el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), habría la posibilidad de integrar un tratamiento usando los manuales X y un Y e integrarlos, dependiendo de la idiosincrasia y de la fase en que transcurre cada caso. Aun así, se ha visto que los orígenes comunes no fueron suficientes para fomentar una agenda de investigación interdisciplinaria consistente. El

objetivo centrado en el diagnóstico, sea médico o psicológico (e.g., la evitación experiencial) y la preocupación con la expansión unidisciplinaria de los manuales, se torna más importante que la evaluación del repertorio único del individuo.

El siguiente artículo tiene la intención de presentar directrices consistentes para el desarrollo, según Callaghan y Darrow (2015), de una cuarta generación de terapias conductuales, identificando las limitaciones de las aplicaciones de la tercera generación.

Para eso, inicialmente se presentará el recorrido histórico de desarrollo unidisciplinario de estos tratamientos hasta el punto de explicitar algunas variables mantenedoras del comportamiento de los científicos que pueden ser incompatibles con la propuesta orientada a la funcionalidad. Algunas consecuencias negativas del trabajo unidisciplinario serán analizadas. Por último, como propuesta alternativa serán ofrecidas directrices para la realización de una adecuada concepción funcional inicial del caso, además de presentar algunos modelos de integración de terapias conductuales.

CONTEXTO POLÍTICO Y ECONÓMICO DE SALUD MENTAL AMERICANA Y EL ESTADO ACTUAL DE LA TERCERA GENERACIÓN EN TERAPIAS COMPORTAMENTALES

Con la excepción de la BA creada en la década del 60, todas las otras terapias de tercera generación fueron creadas en los Estados Unidos a finales de la década de los 80, en un contexto político y económico que gradualmente venía privilegiando las terapias basadas en evidencia. Esta presión culminó en la creación Society for Clinical Psychology, División 12 de la Asociación Americana de Psicología, para el

perfeccionamiento y divulgación de la investigación en clínica (Neno, 2005). El objetivo de la creación de esta división fue promover la expansión y supervivencia de las psicoterapias en el acotado mercado de seguros médicos.

En ese país, los seguros médicos de salud, llamados de “Admisnitración de los cuidados” (Managed Care), pasaron a cubrir sólo tratamientos de salud mental que tuvieran fuerte basamento empírico. Estos seguros incluían planes de paquetes prepago en los que los clientes pagarían por la cobertura de salud a la que tuvieran interés. Gradualmente ese sistema se fue desinteresando por financiar tratamientos de larga duración, y sin evidencia de eficacia. De esta forma los tratamientos con psicofármacos crecieron en importancia por su rapidez y relativa eficacia.

Las psicoterapias, en particular las terapias conductuales de tercera generación, necesitaron también ajustarse a los modelos médicos de investigación de resultados. Este escenario ha orientado un esfuerzo de adherencia a los ensayos clínicos aleatorizados (ECA) como la vía preferencial en la producción de datos de eficacia (Neno, 2005). Por lo tanto, probar la eficacia es un desafío importante para la validación social y consecuente captación de recursos.

En este contexto, las terapias de tercera generación fueron diseñadas para problemas específicos, en medio de un escenario competitivo, entre ellos ampliamente dominado por las terapias cognitivo-conductuales (Neno, 2005). Los problemas específicos se definieron dentro de una lectura funcional de los criterios de algunos diagnósticos médicos, como el TLP o la depresión, o incluso como repertorios característicos comunes a más de un trastorno (e.g., evitación experiencial).

La ACT se centró en un tipo de problema denominado “evitación experiencial”. Éstos se constituyen dentro de un repertorio de respuestas que el individuo emite con la función de huir o evitar las experiencias internas, que por regla general envuelven el lenguaje, y que le son aversivos (Hayes et al., 1999). El modelo psicopatológico de la ACT, referido como diagnóstico funcional dimensional (Hayes, Wilson, Gilford, Follet, & Strosahl, 1996), describe que los intentos del individuo de control de las experiencias internas son los principales responsables en el mantenimiento de los trastornos. Así, los intentos de control de experiencias como pensamientos, imágenes, memorias, sentimientos y sensaciones internas aversivas, llevarían al individuo a desarrollar un repertorio psicológico inflexible.

La FAP, a su vez, definió como tipos de problemas el repertorio interpersonal inadecuado de relación del individuo. De acuerdo con esta conceptualización, el cliente emitiría en sesión comportamientos problemáticos funcionalmente equivalentes a los comportamientos observados en su vida cotidiana (Kohlenberg & Tsai, 1991). Ejemplo, los comportamientos como agresividad con el terapeuta tendrían un paralelo funcional con la agresividad orientada a otras personas del círculo de relaciones del cliente.

La DBT se enfocó en tipos de problemas vinculados a los déficits de habilidades en poblaciones con peligrosos problemas de desregulación emocional y experiencia de self, como los individuos con TLP (Linehan, 1993). Adicionalmente, la DBT enfatizó la modificación de problemas como los intentos de suicidio y autolesión.

Por último, la BA eligió el tipo de problema que vincula el desarrollo de un repertorio depresivo de fuga y evitación de las actividades cotidianas que, a su vez, disminuiría la tasa de respuestas contingentes al refuerzo positivo. Según los autores, este es el proceso responsable de la cronificación de los cuadros depresivos (Martell et al., 2001).

Se constata que ACT, DBT y BA tienen una pequeña, pero creciente cantidad de evidencias de investigaciones que apoyan sus procedimientos. La ACT posee ciento ochenta y tres ECAs (Hayes, 2017), la DBT posee veintiún (Peer-Viewed & Published Randomized Controlled / Comparative Trials, n.d.), Y la BA más de veintiséis (e.g., Ekerse et al., 2014). BA, en especial, si se consideró como componente crítico de cambio en el manual Beck para el tratamiento de la depresión, saltaría a un número expresamente mayor de ECAs (Martell et al., 2001). La FAP no posee ningún ECA, aunque sus mecanismos centrales de acción son bien soportados en investigaciones de sujeto único, presentando resultados que demuestran que es “probablemente eficaz” e inclusive como “tratamiento bien establecido”, dependiendo de los criterios utilizados en los estudios (Singh, 2016).

Con la creciente cantidad de ECAs, algunos tratamientos como ACT, DBT y BA ya han sido señalados como teniendo fuerte apoyo de investigación y/o como tratamientos de primera línea en algoritmos de decisión clínica de instituciones internacionales. La ACT, según la División 12 de la APA, tiene soporte fuerte de investigación en el tratamiento psicosocial del dolor crónico (Chronic or persistent pain treatment: Acceptance and approved therapy for chronic pain, n.d.). La DBT posee también un fuerte apoyo de investigación en el tratamiento del TLP

(Borderline personality disorder treatment: Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder, n.d.), siendo el tratamiento de elección (Stoffers et al., 2012). La BA tiene también un fuerte apoyo de investigación en el tratamiento de la depresión (Depression Treatment: Behavioral activation for depression, n.d.), en la que figura en algunas instituciones como opción de primera línea en el tratamiento de la depresión mayor (Parikh et al., 2016).

ALGUNAS CONSECUENCIAS DE LA EXPANSIÓN UNIDISCIPLINAR

Una consecuencia del movimiento de expansión unidisciplinaria es que, aunque se presentaron esfuerzos genuinos de integración en artículos (Baruch, Kanter, Busch, & Juskiewicz, 2009; Callaghan, Gregg, Marx, Kohlenberg, & Gifford, 2004; Callaghan et al., 2012; Cattivelli, Musetti, & Perini, 2014; Clarke, Taylor, Bolderston, Lancaster, & Remington, 2015; Gaudiano et al., 2015; Gratz & Gunderson, 2006; Holman et al., 2012; Hopko, Sanchez, Hopko, Dvir, & Lejuez, 2003; Kanter, Manos, Busch, & Rusch, 2008; Manos et al., 2009; Martín-Murcia, Cangas, & Pardo, 2011; McClafferty, 2012; Novoa & Guzmán, 2008; Paul, Marx, & Orsillo, 1999), capítulos de libros (Abreu & Abreu, 2015; Bush, Manos, Rusch, Bowe, & Kanter, 2010; Paéz & Luciano, 2012; Queiroz & Vandenberghe, 2006; Generaciónz, 2015; Waltz, Landes, & Holman, 2010), capítulos de algunos manuales (Kanter, Busch, & Rusch, 2009; Martell, Addis, & Jacobson, 2001) y presentaciones en congresos (e.g., Kohlenberg & Gifford, 1998), poco material ha sido producido en los treinta años desde la publicación de *Psychotherapists in clinical practice: Cognitive and Behavioral Perspectives* (Jacobson, 1987). Este libro ha sido señalado como

el marco simbólico inicial para el lanzamiento de la tercera generación de terapias conductuales. La

tabla 1 presenta las publicaciones totalmente dedicadas, o que traen secciones sobre integración.

Tabla 1

Publicaciones sobre integración entre terapias conductuales de tercera generación

Autores	Año	Tipo de publicación	Comportamientos problemáticos	Terapias conductuales integradas
Abreu, P. R. & Abreu, J. H. S. S.	2015	Capítulo de libro	Trastorno depresivo mayor, evitación experiencial, y problemas de relacionamiento interpersonal.	BA, ACT y FAP
Baruch, D. E., Kanter, J. W., Busch, A. B., & Juskiewicz, K.	2009	Artículo	Depresión y síntomas psicóticos.	FAP y ACT
Bush, A. M.; Manos, R. C.; Rusch, L. C., Bowe, W. M., Kanter, J. W.	2010	Capítulo de libro	Depresión y problemas de relacionamiento interpersonal.	BA y FAP
Callaghan, G. M., Gregg, J. A., Marx, B., Kohlenberg, B. S., & Gifford, E.	2004	Artículo	Evitación experiencial y problemas de relacionamiento interpersonal.	FAP y ACT
Callaghan, G. M. et al.	2012	Artículo	Trastorno dismórfico corporal	FAP y ACT
Cattivelli, R., Musetti, A., & Perini, S.	2014	Artículo	Déficit de habilidades sociales y dificultades emocionales.	FAP y ACT
Clarke, S., Taylor, G., Bolderston, H., Lancaster, J., & Remington, B.	2015	Artículo	Habilidades relacionadas a la no estigmatización de los pacientes con trastorno de la personalidad límite.	DBT y ACT
Gaudiano, B. A. et al.	2015	Artículo	Depresión y psicosis.	BA y ACT
Gratz, K. L., & Gunderson, J. G.	2006	Artículo	Trastorno de la personalidad límite.	DBT y ACT
Holman, G. et al.	2012	Artículo	Trastorno depresivo mayor y consumo de tabaco.	BA y FAP

Hopko, D. R. Sanchez, L., Hopko, S. D., Dvir, S., C. W., & Lejuez, C. W.	2003	Artículo	Trastorno de la personalidad límite y depresión.	BA y DBT
Kanter, J., Manos, R. C., Bush, A. M., & Rush, L. C.	2008	Artículo	Depresión y problemas de relacionamiento interpersonal.	BA y FAP
Kanter, J., Bush, A. M., & Rush, L. C.	2009	Sección del capítulo del libro	Trastorno depresivo mayor y problemas de relacionamiento interpersonal.	BA y FAP
Manos, R. C. et al.	2009	Artículo	Problemas de relacionamiento interpersonal y depresión.	BA y FAP
Martell, C. R., Addis, M. E., & Jacobson, N. S.	2001	Sección del capítulo del libro	Trastorno depresivo mayor, evitación experiencial y problemas de relacionamiento interpersonal.	BA y FAP BA y ACT
Martín-Murcia, F., Cangas-Díaz, A. J., & Pardo González, L.	2011	Artículo	Trastorno de personalidad obsesivo compulsiva y anorexia nerviosa.	FAP y ACT
McClafferty, C.	2012	Artículo	Trastorno mixto de ansiedad y depresión.	BA y FAP
Novoa, M. M. & Guzmán, D.	2008	Artículo	Trastorno mixto de ansiedad y depresión.	FAP y ACT
Olas, F. O.	2015	Capítulo de libro	Evitación experiencial y problemas de relacionamiento interpersonal.	FAP y ACT
Paéz, M. & Luciano, C.	2012	Capítulo de libro	Patrones rígidos de comportamiento.	FAP y ACT
Paul, R. H., Marx, B. P., & Orsillo, S. M.	1999	Artículo	Exhibicionismo y problemas de relacionamiento interpersonal.	FAP y ACT
Queiroz, M. A. M. & Vandenberghe, L.	2006	Capítulo de libro	Fibromialgia y problemas de relacionamiento interpersonal.	FAP y ACT

Valero-Aguayo, L. & Ferro-García, R.	2015	Capítulo de libro	Trastorno depresivo mayor, evitación experiencial y problemas de relacionamiento interpersonal.	FAP y BA FAP y DBT FAP y ACT
Waltz, J. W. Landes, S. J., & Holman, G. I.	2010	Capítulo de libro	Trastorno de personalidad límite y problemas de relacionamiento interpersonal.	DBT y FAP

En este momento, es posible contabilizar once publicaciones sobre FAP y ACT, ocho sobre BA y FAP, dos sobre DBT y ACT, dos sobre BA y ACT, dos sobre DBT y FAP, uno sobre BA y DBT y uno sobre BA, ACT y FAP. Las pocas referencias parecen sugerir que los investigadores han tenido pocas iniciativas en integrar, concentrando sus esfuerzos en extender las racionales de sus tratamientos para otros diagnósticos médicos listados en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5, Asociación Americana de Psicología, 2013).

La ACT viene siendo aplicada en más de veinte tipos de problemas, como la psicosis, tricotilomanía, estrés, TLP, pérdida de peso, abuso de sustancia, ansiedad social, trastorno del pánico, depresión, tabaquismo, cáncer, diabetes, agresión, trastorno obsesivo compulsivo, sólo para citar algunos (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006).

La DBT se aplica en la dependencia química (Dimeff & Linehan, 2008), en los trastornos alimentarios (Bankoff, Karpel, Forbes, & Pantalone, 2012), al trastorno bipolar (Van Dijk, Jeffrey, & Katz, 2013) y al trastorno de estrés post traumático (Bohus et al., 2013).

La FAP ha sido utilizada en el tratamiento de trastornos y problemas de depresión (Hierro, López, & Valero, 2012; Hierro, Valero, & Vives, 2000; Kohlenberg & Tsai, 1994a; López, Ferro, & Valero, 2010; Sousa, 2003; Manduchi & Shoendorff, 2012; McClafferty, 2012; Olivencia & Cangas, 2005), trastorno de estrés post traumático (Kohlenberg & Tsai, 1998; Wagner, 2005; Prins & Callaghan, 2002), dolor crónico, (Vandenberghe, Ferro, & Cruz, 2003; Vandenberghe & Ferro, 2005), problemas sexuales (Nasser & Vandenberghe, 2005; Paul, Marx, & Orsillo, 1999; Vandenberghe, Nasser, & Silva, 2010) y el trastorno opositor desafiante (Gosch & Vandenberghe, 2004; Vandenberghe & Basso, 2004).

La BA hoy, además de la aplicación en los trastornos depresivos, ha abordado problemas de ansiedad (Hopko, Robertson, & Lejuez, 2006; Mulick, Landes, & Kanter, 2005), como también o trastorno de estrés post traumático (Jakupcak et al. 2006)

Los resultados favorables en algunos estudios, pueden llevar a una catarata de consecuencias negativas para la expansión de los tratamientos estandarizados para otros tipos de problema. Tres consecuencias pueden ser resaltadas.

En primer lugar, aplicar un manual a un problema nuevo, requiere investigaciones que certifiquen la nueva práctica, y no sólo las bases conceptuales (Linehan, 1993). La aplicación sin restricciones puede llevar al error, que, desde el punto de vista de la ética clínica, es bastante reprochable. Este hecho puede parecer obvio, pero no lo es. La comprobación científica debería ser un paso anterior innegociable para la expansión tecnológica.

En segundo lugar, los resultados positivos de eficacia en ECA pueden tener sus resultados discutidos en estudios de revisión del tipo meta-análisis. Así ocurrió con la ACT que, según algunas revisiones, no logró resultados superiores en el tratamiento de diversos desordenes, cuando comparados a los tratamientos bien establecidos, como la terapia cognitivo-conductual (Hacker, Stone, & MacBeth, 2016; Öst, 2008; 2014). Los ECAs también pueden enmascarar los elementos críticos para el cambio de comportamiento. Dicho de otra forma, un manual puede funcionar debido a un componente no asumido como crítico, y que fue poco o inadecuadamente explicado, así como ocurrió con la Activación Comportamental, componente de la terapia cognitiva para la depresión de Beck (e.g., Jacobson, et al., 1996). En un mercado competitivo, manuales validados, aunque bajo razones espurias, terminan captando recursos que podrían ir para otras propuestas emergentes y prometedoras, más consistentes desde el punto de vista conceptual y experimental.

En tercer lugar, por tratarse de manuales funcionalmente orientados, una aplicación de esa calidad, priorizando la tecnología a la evaluación, puede suprimir el análisis de funciones de los comportamientos problemáticos del cliente (Callaghan & Darrow, 2015). Así, por ejemplo,

todo y cualquier problema de comportamiento puede ser reducido a la evitación experiencial, como preconiza la propuesta del diagnóstico funcional dimensional subyacente a la ACT. En la DBT, los comportamientos problemáticos característicos de muchos diagnósticos fueron invariablemente concebidos como producto de un histórico de invalidación y desregulación emocional. La perspectiva conceptual de la FAP llevó forzosamente a sus terapeutas a constatar problemas de relación interpersonal en muchos diagnósticos médicos. O bien, BA asumió la existencia de similitudes funcionales entre las esquivas de estímulos aversivos, ligados a la ansiedad, y los estímulos presumiblemente no reforzadores, ligados a la disforia, característica de la depresión.

Cada vez se muestra más evidente que el cambio de la perspectiva y del método en un manual, puede acotar la formulación funcional a pocos tipos de problema (Callaghan & Darrow, 2015). Una implicación de ello sería la ceguera clínica del terapeuta, algo bien ilustrado en el dicho popular brasileño "para el que tiene sólo un martillo, todo se transformará en clavo".

ESTABLECIENDO ALGUNAS DIRECTRICES PARA LA CONCEPCIÓN FUNCIONAL INICIAL DEL CASO Y PARA LA INTEGRACIÓN ENTRE TERAPIAS COMPORTAMENTALES

Algunos autores (Callaghan & Darrow, 2015) han intentado sensibilizar a la comunidad sobre el dilema. La solución a la que proponen es que se haga un criterio de concepción funcional inicial de caso. Esta evaluación sería un requisito previo en la elección del manual a ser adoptado, o de los manuales, y / o los componentes a ser integrados. Y más que sólo la concepción inicial, el análisis de

contingencias, siempre hecho a todo momento, apunta a posibilidades de intervenciones para cada situación, sin renunciar a la rica tecnología ya soportada empíricamente. Lo que se propone es un retorno del énfasis en las contingencias de refuerzo relevantes para el análisis e intervención en los comportamientos del cliente y no tanto en los trastornos o en los tipos de problemas estandarizados (Callaghan & Darrow, 2015). Las propuestas como esta, de diseño funcional previo a la elección del tratamiento, no son novedad dentro del área.

Sturmey (1996), por ejemplo, presentó una propuesta de análisis funcional que puede servir de modelo para la selección de tratamientos durante la concepción inicial del caso. A lo largo de diez tópicos, fueron propuestas directrices consistentes para orientar la decisión clínica.

En la formulación, Sturmey (1996) orienta a: (1) disponer de una descripción general del caso, hasta 250 palabras; (2) hacer una organización breve en términos demográficos y psiquiátricos del problema; (3) operacionalizar los comportamientos objetivos; (4) operacionalizar y ejemplificar los antecedentes (e.g., "cuando se encuentra sola en su oficina, aumenta la probabilidad de que la cliente se corte"); (5) operacionalizar y ejemplificar las consecuencias (e.g., "los comportamientos agresivos alejan a sus compañeros de trabajo"); (6) hacer la distinción entre las variables que inician y mantienen el problema (e.g., "cuando iniciaron los ataques de pánico, se circunscriben al trabajo, pero actualmente ocurren cuando la cliente necesita desplazarse hasta otros eventos sociales"); (7) presentar una breve historia del inicio del problema (e.g., "el problema empezó en la escuela cuando tenía 15 años") y cómo los comportamientos

involucrados aumentaron o disminuyeron de frecuencia a lo largo del desarrollo del cliente (e.g., "cuando salía de vacaciones en la adolescencia los rituales compulsivos disminuían de frecuencia"); (8) identificar posibles ganancias secundarias (e.g., "pasó a ser acogido por la familia cuando desarrolló el pánico"); (9) presentar la función de los comportamientos en términos de los propósitos a que ellos sirven (e.g., la descalificación del punto de vista del terapeuta tiene la función de desalentar conclusiones que indiquen responsabilidad personal en el problema); (10) y finalmente elegir el tratamiento más adecuado (e.g., FAP, ACT, o su integración, a ejemplo de la FACT).

La concepción inicial de un caso igual o similar a la de Sturmey (1996) podría aun fácilmente adaptarse a las concepciones particulares de las terapias de tercera generación. Naturalmente, a los datos iniciales operativos, puede añadirse la información necesaria para esos sistemas. Pero más importante, la concepción de caso puede ser reformulada en la medida en que transcurren las sesiones de terapia. Este cuidado de evaluación es una regla que no debería ser descuidada por ningún terapeuta de comportamiento.

CUATRO MODELOS DE INTEGRACIÓN

El enfoque en el diseño funcional inicial de caso permite un enfoque coherente con el análisis del comportamiento aplicado. Esto ocurre pues, al caracterizar funcionalmente el repertorio único del cliente, el terapeuta logra tener una visión más clara de las contingencias involucradas, construyendo puentes directos entre los componentes de los manuales y los comportamientos problemáticos. Además de la concepción funcional idiográfica, los estudios sobre la integración entre terapias también pueden

ayudar en la elección de intervenciones más personalizadas. Hasta el momento, con base en la literatura, es posible clasificar cuatro modelos básicos de integración de terapias de tercera generación.

Ellos son (1) la integración basada en la combinación de componentes de diferentes manuales (2) la integración basada en la adopción de instrumentos de un manual por otro, (3) la integración basada en la adopción de modelos conceptuales de un manual por otro, y además (4) la integración de componentes de un manual por un manual base.

Integración basada en la combinación de componentes de diferentes manuales

Un caso puntual podría ser abordado a partir de la combinación de componentes de más de una terapia. Así puede suceder en la integración de la FAP con BA. Al respecto, se podría considerar a una cliente que tiene problemas de relación interpersonal, y que está pasando por una depresión de moderada a severa. Algunos comportamientos problemáticos que ocurren fuera de la sesión, como rumiar, ser pasiva o inasertiva, pueden ocurrir dentro de la sesión en la interacción con el terapeuta. En este caso, la tecnología basada en comportamientos clínicamente relevantes (CRBs) de la FAP puede servir al propósito de modelado directo de esas habilidades en el repertorio del cliente. Así, por ejemplo, en el momento en que el cliente deja de participar activamente en la sesión (CRB1), envuelta en pensamientos rumiantes, el terapeuta puede solicitar al cliente que resuma lo conversado hasta ese momento, para evocar instancias de respuestas de atención y participación (CRB2).

La contribución de la FAP reside en el hecho de que este manual orienta a la evocación y el reforzamiento diferencial de las nuevas habilidades de la cliente, una posibilidad, si no inexistente, bastante restringida en el modelo de BA.

Y como tarea para la casa, la Agenda de Actividades Semanales normalmente utilizada en la BA, puede ser empleada en la programación de la generalización del CRB2 para contextos extra sesión. En la actualidad, la FAP tiene pocas estrategias para la generalización, la laguna que se cumpliría por la agenda de BA. La programación de oportunidades para los comportamientos de mejora en contextos extra-sesión (O2) aumentaría la oportunidad del contacto con reforzadores positivos. Así, en el ejemplo citado, pueden ser elegidas para el desarrollo de las nuevas habilidades las situaciones sociales que normalmente evocan rumiación de la cliente. En este esfuerzo en integrar las dos modalidades, se alía la programación de modelado in-locus de la FAP y la Agenda de Actividades Semanales de BA, utilizada estratégicamente para la generalización (Bush, Manos, Rusch, Bowe, Kanter, 2010). Las modalidades por separado difícilmente tendrían mejor éxito.

Integración basada en la adopción de instrumentos de un manual por otro

Los instrumentos de una terapia podrían ser permanentemente agregados al arsenal de otra. Así ocurrió con algunos manuales de BA que pasaron a incluir instrumentos de la ACT (e.g., Abreu & Abreu, 2015, Lejuez, Hopko, & Hopko, 2001). La Activación Comportamental Breve en el Tratamiento de la Depresión de Lejuez et al. (BATD, 2001), por ejemplo, creada para el tratamiento ambulatorio de pacientes depresivos en

doce sesiones, incorporó el Formulario de Evaluación de Valores (TAL) de ACT (Hayes et al., 1999). Este formulario compila valores personales de varias áreas de vida de los pacientes, como las relaciones familiares, íntimas, de trabajo, pasatiempos, educación, servicio voluntario, religión, sólo para citar algunos.

Los valores como "tener contacto más frecuente con la familia" pueden controlar los comportamientos de activación, como aumentar el número de llamadas y visitas a los familiares. El objetivo del levantamiento de los valores personales de los clientes es orientar actividades de contacto con potenciales reforzadores positivos, antiguos o nuevos. Esta necesidad se dio porque en el formato de la BA estándar, sin el auxilio del inventario de la ACT, difícilmente el clínico tendría suficiente tiempo para que en doce sesiones pueda: listar, probar y seleccionar actividades positivamente reforzadoras. Además, el trabajo con valores trae un mayor significado y motivación para la realización de las actividades. Este efecto es muy bienvenido para el cambio de la sensación de desesperanza que normalmente afecta al individuo en la depresión.

Integración basada en la adopción de modelos conceptuales de un manual por otro

A veces los modelos conceptuales empleados por un manual pueden no ser los más adecuados en la explicación de un determinado fenómeno conductual. En este punto, el empleo de un modelo alternativo, e igualmente conductual, puede ofrecer una comprensión más clara, propiciando intervenciones del terapeuta en base a las funciones del comportamiento del cliente. El modelo de "mala organización del self" que la DBT propone para la explicación del TLP es un

ejemplo. Según el modelo, ambientes familiares invalidantes contribuyen a la perturbación de la identidad y / o la inestabilidad constante de la autoimagen o del sentido del "yo" de clientes con el TLP. Un ambiente invalidante según Linehan (1993) es aquel en el cual la expresión de experiencias privadas del cliente fue invalidada, ridiculizada, ignorada o banalizada (castigada o extinguida). Los clientes que tuvieron sus comportamientos invalidados a menudo relatan no tener ningún sentido del self, presentando sentimiento de vacío y no sabiendo quiénes son, de lo que les gusta o de lo que anhelan en su vida.

El modelo teórico de Linehan (1993) definitivamente trajo avance en la explicación de la probable etiología del trastorno. No sería exagerado afirmar que la explicación contribuyó incluso a un mejor detalle de la psicopatología. Más allá de eso, Linehan (1993) prescribió que la interacción entre terapeuta y cliente se configura como un ambiente validante, proponiendo formas sofisticadas en que el terapeuta valida los comportamientos del cliente (validación conductual, emocional, cognitiva y motivacional). Sin embargo, el modelo no tuvo éxito en explicar con mayor detalle cómo la invalidación llevaría la experiencia empobrecida del self, y qué comportamientos del cliente pueden estar involucrados en ese proceso. Una consecuencia del uso de este modelo es la dificultad del terapeuta DBT en identificar la ocasión correcta para la validación, y qué comportamientos deben ser validados en base a sus funciones, y no sólo en topografías.

El modelo de formación adaptativa de self de la FAP puede contribuir en este punto para un mejor explicitación de qué procesos y comportamientos están involucrados cuando el cliente relata estar

sintiendo un vacío experiencial. La FAP utiliza el concepto skinneriano de los tactos de eventos privados para explicar cómo un niño aprende a describir lo que sucede dentro de sí. El aprendizaje del relato del acto de ver un objeto puede ilustrar ese proceso. Según el modelo, por ejemplo, en una primera etapa, el niño aprende a decir manzana en presencia de la fruta, emitiendo tactos como: "veo una manzana", y teniendo su comportamiento reforzado por la audiencia de los padres. El control de estímulos para la emisión de ese tacto es externo, siendo la pregunta de los padres y la presencia de la manzana la ocasión para su emisión. En una segunda etapa, el niño pasaría la emisión de un habla más corta, diciendo "yo veo", bajo el control parcial de estímulos externos (por ejemplo, pregunta de la madre), pero también ahora bajo el control de estímulos privados involucrados en el acto de ver algo. En una tercera y última etapa, emergería el tacto "yo" bajo el control exclusivo de la estimulación privada. En un historial de formación saludable de self, las actividades bajo el control privado normalmente se asignan al yo o al "self", siendo experimentadas como venidas de dentro (Kohlenberg & Tsai, 1991; Kohlenberg, Tsai, Kanter, & Parker, 2009). Esta teoría enfatiza la formación del self directamente interconectada al refuerzo de los tactos de eventos privados (Kohlenberg et al., 2009).

Según Kohlenberg y Tsai (1991) en un proceso mal adaptativo de formación del self, el castigo o la falta de refuerzo de muchos de los actos de eventos privados del niño, a lo largo del tiempo, podría llevar a una experiencia del self débilmente determinado por estímulos privados. Las expresiones de dolor castigadas, por ejemplo, pueden llevar a la falta de aprendizaje de la comunicación adecuada de las propias necesidades. Un adulto que haya pasado por una extensa

experiencia de invalidación en la infancia/juventud tendría incluso dificultades para identificar sus dolores. Así también el castigo de otras palabras en primera persona del niño, con "yo tengo hambre", o "quiero salir de aquí", en última instancia, tendría como producto final una experiencia "vacía" del self. Esas personas aprenden o no confían, o no identifican sus necesidades basadas en estímulos internos, pues tuvieron una historia de invalidaciones críticas. Los individuos con formaciones mal adaptativas como los diagnosticados con el TLP, pueden, como consecuencia de ese historial, incorporar las ideas, la forma de vestir y las preferencias de las personas con quienes están conviviendo. A menudo se muestran confusos incluso sobre su orientación sexual. Y como quedan bajo el control de las señales de aprobación del otro, tienen dificultades enormes con los cortes en una relación, pues mucho de sus experiencias de self estarían directamente ligadas al refuerzo del otro, ya que constantemente buscan por señales externas de aprobación.

En el trabajo integrando la FAP con DBT, la validación se puede hacer a lo largo de todas las etapas del manual de la DBT, pero en especial, debe ser priorizada en la etapa 3 (etapa titulada "resolviendo problemas de vida y aumentando el respeto propio"). En esta etapa el terapeuta utiliza la sesión como ambiente para reforzar los comportamientos relacionados con la capacidad del cliente de confiar en sí mismo, validar las propias opiniones, emociones y acciones, independientemente del terapeuta (Linehan, 1993). La contribución de la FAP ocurriría por el suministro de un modelo teórico que ayuda en la especificación de los antecedentes y de los comportamientos objetivo para la validación, pues según lo prescrito Kohlenberg y Tsai (1991), para

revertir un historial de invalidaciones, el terapeuta en sesión, debe tener siempre el cuidado de reforzar los tactos en primera persona, como las afirmaciones "quiero hacer x", "me gusta y", o "siento z". Estos tactos describen las necesidades y las opiniones del cliente basadas en estímulos internos. A diferencia de Linehan (1993) que sólo prescribió que topografías validar, la identificación de función de tacto de eventos privados es de gran relevancia en el análisis de los episodios verbales en sesión.

Así, por ejemplo, frente a una topografía verbal del cliente que afirma que "se siente confiado que va a hacer amistades en la escuela del hijo", el terapeuta, antes de reforzar (validar), debe preguntarse si la verbalización es un mando disfrazado bajo el control de su aprobación arbitraria. Si este es el caso, el refuerzo será contraproducente. La competencia aparente de los individuos limítrofes, muy bien descrita por Linehan (1993), obliga al terapeuta a estar atento a la función para que no venga a reforzar un comportamiento-problema. Si identifica, no un mando disfrazado, sino un tacto de evento privado, entonces el terapeuta debe reforzar contingentemente. En última instancia, como concluyó Kohlenberg y Tsai (1991), el refuerzo natural de los tactos de eventos privados puede proporcionar, a la larga, nuevas experiencias de self del cliente.

Integración de componentes de un manual por un manual base

También puede incorporar componentes de un manual dentro de otro manual base. Considere la integración de componentes de DBT por BA. En los casos de TLP con comportamientos depresivos y comportamientos relacionados con el suicidio, Hopko, Sánchez, Hopko, Dvir y Lejuez (2003)

sugirieron la Activación Comportamental Breve en el tratamiento de la depresión de Lejuez y et al. (BATD, 2001). Según los autores, esta integración se justifica debido a la alta comorbilidad entre el TLP y la depresión, y por el hecho de que muchos pacientes relatan, después de un año de DBT, todavía están experimentando sentimientos de desesperanza y síntomas depresivos.

Hopko et al. (2003) presentaron una explicación para el efecto tardío de la DBT aplicada a esa población, sobre la base del hecho de que dicho manual priorizar el entrenamiento de habilidades, en lugar de una programación de contingencias de refuerzo positivo. Los autores afirman que la DBT tarda en producir respuestas reforzadas positivamente, ya que, a lo largo de sus dos primeras etapas, lidia con problemas como los intentos de suicidio, los comportamientos de autolesión, los comportamientos que interfieren en la terapia, los comportamientos que interfieren en la calidad de vida, y los comportamientos involucrados en el estrés postraumático. Y por no producir tasas de respuestas contingentes al refuerzo positivo, los clientes se mantendrían crónicamente en depresión. Los autores concluyen su análisis afirmando que el aprendizaje de comportamientos alternativos a los citados, por regla general, ocurre bajo control del refuerzo negativo a corto plazo. Por eso la esperanza de mejora de la calidad de vida del paciente limítrofe y depresivo puede quedar comprometida, desmotivando incluso la adherencia al manual de la DBT.

Hopko et al. (2003), a partir de esas constataciones, presentaron la BATD como manual base principal en el tratamiento de clientes limítrofes en comorbilidad con episodios de depresión mayor. Según los autores, la ventaja de BATD es que las actividades cotidianas del cliente

serían estructuradas a través del uso de la Agenda de Actividades Semanales, poniéndole en contacto con contingencias de refuerzo positivo -como las involucradas en la resolución de pequeños problemas o en el rescate de antiguas actividades de ocio. La obtención de refuerzos positivos intermedios, podría tener el efecto de mejorar gradualmente el estado de humor del cliente. Con el humor más estable, disminuiría naturalmente la motivación para la autolesión y los intentos de suicidio.

La integración única con DBT, en ese modelo, ocurriría por la incorporación del entrenamiento de habilidades. Según Hopko et al. (2003), a diferencia de la DBT, la BATD no aborda habilidades diseñadas específicamente para el TLP. Los autores dicen que la integración se justifica por el hecho de que los clientes necesitan estas habilidades para conseguir producir reforzamientos positivos en las actividades orientadas por la agenda. El entrenamiento de DBT contiene habilidades ya extensamente estudiadas en el tratamiento de individuos con TLP, como la atención plena, la tolerancia al estrés, la regulación emocional, la eficacia interpersonal y la autogestión.

CONCLUSIÓN

Los cuatro tipos de integración propuestos se centran en las terapias de tercera generación. Sin embargo, otras terapias conductuales basadas en técnicas respondientes, como las exposiciones, también podrían integrarse en los manuales operantes más complejos. Hayes et al. (1999), por ejemplo, en su manual de la ACT, afirman que esas terapias pueden ser incorporadas en la fase "acciones con compromiso", siempre que tengan sus perspectivas conceptuales adaptadas. El hecho

es que la desensibilización sistemática y la exposición con prevención de respuestas continúan siendo el patrón oro en el tratamiento de algunos problemas de ansiedad, como el trastorno del estrés postraumático (Monson, Resick, & Rizvi, 2008), y el trastorno obsesivo-compulsivo (Franklin & Foa, 2008). Si la concepción funcional inicial de caso apunta ventajas en este empleo, el terapeuta puede contar con intervenciones muy bien fundamentadas.

La concepción funcional inicial del caso y la integración de terapias conductuales apuntan hoy como un camino consistente en la organización de una cuarta generación de terapias conductuales. Más que apostar en la creatividad del terapeuta que promueve la integración en su consultorio, la viabilidad conceptual y experimental de las integraciones debe ser mejor investigada.

Esfuerzos unidisciplinarios de expansión de las terapias de tercera generación hacia otros desórdenes, en las que se han demostrado poco efectivas, ha sido un camino arriesgado. El hecho es que, en un mercado competitivo, tratamientos con soporte de investigación modesto o controvertido difícilmente superarán terapias de fuerte soporte como las terapias cognitivo-conductuales. Los resultados medianos, en su conjunto, pueden venir a denigrar en el futuro el mérito de las terapias de tercera generación, motivando incluso críticas infundadas dirigidas al conductismo. La historia mostró esto en el advenimiento de la segunda generación, cuando el lanzamiento de la llamada "revolución cognitiva" en el campo de las terapias. Una reorganización de la agenda de investigación conforme a la propuesta en este artículo, podrá garantizar en el futuro que una cuarta generación de terapias sea nuevamente conductual.

REFERÊNCIAS

- Abreu, P. R., & Abreu, J. H. S. S. (2015). Ativação comportamental. In J. P. Gouveia, L. P. Santos, & M. S. Oliveira (Eds.), *Terapias comportamentais de terceira geração: Guia para profissionais* (pp. 406-439). Novo Hamburgo: Sinopsys.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Bankoff, S., Karpel, M., Forbes, H., & Pantalone, D. (2012). A systematic review of dialectical behavioral therapy for eating disorders. *Eating Disorders*, 20, 196-215. doi:10.1080/10640266.2012.668478
- Baruch, D. E., Kanter, J. W., Busch, A. B., & Juskiewicz, K. (2009). Enhancing the therapy relationship in Acceptance and Commitment Therapy for psychotic symptoms. *Clinical Case Studies*, 8, 241-257. doi:10.1177/1534650109334818
- Behavioral Tech (n.d.). *Peer-Reviewed & Published Randomized Controlled/Comparative Trials*. Retrieved from <http://behavioraltech.org/wp-content/uploads/2015/09/RCT4ModesResearchDatatoDate2016.06.28-new-logo.pdf>
- Bohus M., Dyer A. S., Priebe K., Krüger A., Kleindienst N., Schmahl C., ... Steil R. (2013). Dialectical behaviour therapy for post-traumatic stress disorder after childhood sexual abuse in patients with and without borderline personality disorder: A randomised controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82, 221-233. doi:10.1159/000348451
- Bush, A. M.; Manos, R. C.; Rusch, L. C., Bowe, W. M., Kanter, J. W. (2010). FAP and Behavioral Activation (BA). In J. W. Kanter, M. Tsai, & R. J. Kohlenberg (Eds.). *The practice of Functional Analytic Psychotherapy* (pp. 65-82). New York: Plenum.
- Callaghan, G. M., & Darrow, S. M. (2015). The role of functional assessment in third wave behavioral interventions: Foundations and future directions for a fourth wave. *Current Opinion in Psychology*, 2, 60-64. doi:10.1016/j.copsyc.2014.12.005
- Callaghan, G. M., Duenas, J. A., Nadeau, S. E., Darrow, S. M., Van der Merwe, J., & Misko, J. (2012). An empirical model of body image disturbance using behavioral principles found in Functional Analytic Psychotherapy and Acceptance and Commitment Therapy. *International Journal of Behavioral Therapy*, 7(2), 16-24. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23997716>
- Callaghan, G. M., Gregg, J. A., Marx, B., Kohlenberg, B. S., & Gifford, E. (2004). FACT: The utility of an integration of Functional Analytic Psychotherapy and Acceptance and Commitment Therapy to alleviate human suffering. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41, 195-207. doi:10.1037/0033-3204.41.3.195
- Callaghan, G. M., Summers, C. J., & Weidman, M. (2003). The treatment of histrionic and narcissistic personality disorder behavior: A single-subject demonstration of clinical improvement using Functional Analytic Psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 33, 321-339. doi:10.1023/B:JOCP.0000004502.55597.81

- Cattivelli, R., Musetti, A., & Perini, S. (2014). L'approccio ACT-FAP nella promozione delle abilità sociali in adolescenti e preadolescenti con difficoltà emotive. *Psicologia dell'Educazione*, 8(1), 97-112.
- Clarke, S., Taylor, G., Bolderston, H., Lancaster, J., & Remington, B. (2015). Ameliorating patient stigma amongst staff working with personality disorder: Randomized controlled trial of self-management versus skills training. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 43, 692-704. doi:10.1017/S1352465814000320
- Dimeff, L. A., & Linehan, M. M. (2008). Dialectical behavior therapy for substance abusers. *Addiction Science & Clinical Practice*, 4(2), 39-47. doi:10.1151/ascp084239
- Division 12 of the American Psychological Association (n.d.). *Borderline personality disorder treatment: Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder*. Retrieved from <http://www.div12.org/psychological-treatments/disorders/borderline-personality-disorder/dialectical-behavior-therapy-for-borderline-personality-disorder/>
- Division 12 of the American Psychological Association (n.d.). *Chronic or persistent pain treatment: Acceptance and commitment therapy for chronic pain*. Retrieved from <http://www.div12.org/psychological-treatment/s/disorders/chronic-or-persistent-pain/acceptance-and-commitment-therapy-for-chronic-pain/>
- Division 12 of the American Psychological Association (n.d.). *Depression treatment: Behavioral activation for depression*. Retrieved from <http://www.div12.org/psychological-treatments/disorders/depression/behavioral-activation-for-depression/>
- Dougher, M. J. (2000). *Clinical behavior analysis*. Reno: Context Press.
- Ekers, D., Webster, L., Van Straten, A., Cuijpers, P., Richards, D., & Gilbody, S. (2014). Behavioural activation for depression: An update of meta-analysis of effectiveness and sub group analysis. *PLOS One*, 9(6), e100100. doi:10.1371/journal.pone.0100100
- Ferro-García, R., López-Bermúdez, M. A., & Valero-Aguayo, L. (2012). Treatment of a disorder of self through Functional Analytic Psychotherapy. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7, 45-51. Retrieved from <http://psycnet.apa.org/fulltext/2012-22649-008.pdf>
- Ferro-García, R., Valero-Aguayo, L., & Vives Montero, M. C. (2000). Aplicación de la Psicoterapia Analítica Funcional: Un análisis clínico de un trastorno depresivo. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26, 291-317. Retrieved from https://extension.uned.es/archivos_publicos/webex_actividades/4925/aplicaciondelapafunanalisisclinicodeuntrastornodepresivoferroyvalero.pdf
- Franklin, M. E. & Foa, E. B. (2014) Obsessive-compulsive disorder. In D. H. Barlow (Ed.). *Clinical Handbook of Psychological Disorders* (4th ed., pp. 155-205). New York: Guilford Press.
- Gaudiano, B. A., Busch, A. M., Wenze, S. J., Nowlan, K., Epstein-Lubow, G., & Miller, I. W. (2015). Acceptance-based behavior therapy for depression with psychosis: Results from a pilot feasibility randomized controlled trial. *Journal of Psychiatric Practice*, 21, 320-333. doi:10.1097/PRA.0000000000000092
- Gosch, C. S., & Vandenberghe, L. (2004). Behavior analysis and the therapist-child relationship in the treatment of an aggressive-defiant pattern. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 6, 173-182. Retrieved from <http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/viewFile/52/41>

- Gratz, K. L., & Gunderson, J. G. (2006). Preliminary data on an acceptance-based emotion regulation group intervention for deliberate self-harm among women with Borderline Personality Disorder. *Behavior Therapy, 37*(1), 25-35. doi:10.1016/j.beth.2005.03.002
- Hacker, T., Stone, P., & MacBeth, A. (2016). Acceptance and commitment therapy – do we know enough? Cumulative and sequential meta-analyses of randomized controlled trials. *Journal of Affective Disorders, 190*, 551-565. doi:10.1016/j.jad.2015.10.053
- Hayes, S. (2017). ACT Randomized Controlled Trials since 1986. Retrieved from https://contextualscience.org/ACT_Randomized_Controlled_Trials
- Hayes, S. C., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes, and outcomes. *Behaviour Research and Therapy, 44*(1), 1-25. doi:10.1016/j.brat.2005.06.006
- Hayes, S. C., Masuda, A., Bissett, R., Luoma, J., & Guerrero, L. F. (2004). DBT, FAP, and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies? *Behavior Therapy, 35*, 3-54. doi:10.1016/S0005-7894(04)80003-0
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Wilson, K. W., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(6), 1152-1168. doi:10.1037/0022-006X.64.6.1152
- Holman, G., Kohlenberg, R. J., Tsai, M., Haworth, K., Jacobson, E., & Liu, S. (2012). Functional Analytic Psychotherapy is a framework for implementing evidence-based practices: The example of integrated smoking cessation and depression treatment. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy, 7*, 58-62. doi:10.1037/h0100938
- Hopko, D. R., Robertson, S. M. C., & Lejuez, C. W. (2006). Behavioral activation for anxiety disorders. *The Behavior Analyst Today, 7*(2), 212-224. doi:10.1037/t04100-000
- Hopko, D. R., Sanchez, L., Hopko, S. D., Dvir, S. C. W., & Lejuez, C. W. (2003). Behavioral Activation and the prevention of suicidal behaviors in patients with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders: 17*, 460-478. doi:10.1521/pedi.17.5.460.22970
- Jacobson, N. (1987). *Psychotherapists in clinical practice: Cognitive and behavioral perspectives*. New York: Guilford Press.
- Jacobson, N. S., Dobson, K., Truax, P. A., Addis, M. E.; Koerner, K., Gollan, J. K., ... Prince, S. E. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 295-304. doi:10.1037/0022-006X.64.2.295
- Jakupcak, M., Roberts, L. J., Martell, C., Mulick, P., Michael, S., Reed, R., ... McFall, M. (2006). A pilot study of behavioral activation for veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 19*, 387-391. doi:10.1002/jts.20125
- Kanter, J., Manos, R. C., Bush, A. M., & Rush, L. C., (2008). Making behavioral activation more behavioral. *Behavior Modification, 32*, 780-803. doi:10.1177/0145445508317265

- Kanter, J., Busch, A. M., & Rusch, L. (2009). *Behavior Activation: Distinctive features*. London: Routledge.
- Kanter, J. W., Tsai, M., & Kohlenberg, R. J. (2010). *The practice of functional analytic psychotherapy*. New York: Springer.
- Kohlenberg, B. S., & Gifford, E. (1998). FACT (FAP and ACT): *Clinical behavior analysts do it in-vivo*. Paper presented at the 24th Annual Meeting of the Association for Behavior Analysis, Orlando, FL.
- Kohlenberg, R. J., & Callaghan, G. M. (2010). FAP and Acceptance Commitment Therapy (ACT): Similarities, divergence, and integration. In J. W. Kanter, M. Tsai, & R. J. Kohlenberg (Eds.), *The practice of Functional Analytic Psychotherapy* (pp 31-46). New York: Plenum.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationships*. New York: Plenum.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1994). Improving cognitive therapy for depression with Functional Analytic Psychotherapy: Theory and case study. *The Behavior Analyst*, 17, 305-319. doi:10.1007/BF03392678
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1998). Healing interpersonal trauma with the intimacy of the relationship. In V. M. Follette, J. I. Ruzeg, & F. R. Abueg (Eds.), *Cognitive-Behavioral Therapies for Trauma* (pp. 305-320). New York: Guilford Press.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (2000). Radical behavioral help for Katrina. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 500-505. doi:10.1016/S1077-7229(00)80065-6
- Kohlenberg, R. J., Tsai, M., Kanter, J. W., & Parker, C. R. (2009) Self and mindfulness In M. Tsai, R. J. Kohlenberg, J. W. Kanter, B. Kohlenberg, W. C. Follette, & G. M. Callaghan (Eds.), *A guide to Functional Analytic Psychotherapy: Awareness, courage, love and behaviorism* (pp.103-130). New York: Springer.
- Lejuez, C. W., Hopko, D. R., Le Page, J. P., Hopko, S. D., McNeil, D. W. (2001). A brief behavioral activation treatment for depression. *Cognitive and Behavioral Practice*, 8, 164-175. doi:10.1177/0145445501252005
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- López-Bermúdez, M. A., Ferro-García, R., & Valero-Aguayo, L. (2010). Intervención en un trastorno depresivo mediante la Psicoterapia Analítica Funcional. *Psicothema*, 22, 92-98. Retrieved from <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3701>
- Manduchi, K., & Schoendorff, B. (2012). First steps in FAP: Experiences of beginning Functional Analytic Psychotherapy therapist with an obsessive-compulsive personality disorder client. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7, 72-77. doi:10.1037/h0100940
- Manos, R. C., Kanter, J. W., Rusch, L. C., Turner, L. B., Roberts, N. A., & Busch, A. M. (2009). Integrating functional analytic psychotherapy and behavioral activation for the treatment of relationship distress. *Clinical Case Studies*, 8(2), 122-138. doi:10.1177/1534650109332484
- Martell, C. R., Addis, M. E., & Jacobson, N. S. (2001). *Depression in context: Strategies for guided action*. New York: W. W. Norton.

- Martín-Murcia, F., Cangas-Díaz, A. J., & Pardo González, L. (2011). A case study of anorexia nervosa and obsessive personality disorder using Third-Generation Behavioral Therapies. *Clinical Case Studies, 10*, 198-209. doi:10.1177/1534650111400899
- McClafferty, C. (2012). Expanding the cognitive behavioral therapy traditions: An application of functional analytic psychotherapy treatment in a case study of depression. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy, 7*(2-3), 90-95. doi:10.1037/h0100942
- Monson, C. M., Resick, P. A., & Rizvi, S. L. (2014). Posttraumatic stress disorder. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders* (4th ed., pp. 62-113). New York: Guilford Press.
- Mulick, P. S., Landes, S. J., & Kanter, J. W. (2005). Contextual behavior therapies in the treatment of PTSD: A review. *International Journal of Behavior and Consultation Therapy, 1*(3), 223-229. doi:10.1016/S0005-7967(03)00138-4
- Nasser, O., & Vandenberghe, L. (2005). Anorgasmia e esquivas experienciais um estudo de caso. *Psicologia Clínica, 17*, 162-176. Retrieved from <http://biblat.unam.mx/pt/revista/psicologia-clinica/articulo/anorgasmia-e-esquiva-experiencial-um-estudo-de-caso>
- Neno, S. (2005). *Tratamento padronizado: Condicionantes históricos, status contemporâneo e (in)compatibilidade com a terapia analítico-comportamental* (Master's thesis). Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento, Universidade Federal do Pará, Belém.
- Novoa, M. M., & Guzmán, D. (2008). Aplicación clínica de modelos terapéuticos no mediacionales en un caso de trastorno mixto del afecto. *Terapia Psicológica, 26*, 263-275. Retrieved from http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082008000200012
- Olaz, F. O. (2015). FACT: Integrando Psicoterapia Analítico-Funcional (FAP) e Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT). In P. Lucena-Santos, J. Pinto-Gouveia, & M. S. Oliveira (Eds.), *Terapias comportamentais de terceira geração: Guia para profissionais* (pp. 273-309). Novo Hamburgo: Sinopsys.
- Olivencia, J. J., & Cangas, A. J. (2005). Tratamiento psicológico del trastorno esquizotípico de la personalidad: Un estudio de caso. *Psicothema, 17*, 412-417. Retrieved from <http://www.psicothema.es/pdf/3121.pdf>
- Öst, L. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy, 46*, 296-321. doi:10.1016/j.brat.2007.12.005
- Öst, L. (2014). The efficacy of Acceptance and Commitment Therapy: An updated systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy, 61*, 105-121. doi:10.1016/j.brat.2014.07.018
- Paéz, M., & Luciano, C. (2012). La integración de ACT y FAP en el trabajo con patrones rígidos de comportamiento. In M. Páez & O. Guitiérrez (Eds.), *Múltiples aplicaciones de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)* (pp. 47-72). Madrid: Pirámide.

- Parikh, S. V., Quilty, L. C., Ravitz, P., Rosenbluth, M., Pavlova, B., Grigoriadis, S., ... the CANMAT Depression Work Group. (2016). Canadian network for mood and anxiety treatments (CANMAT) 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: Section 2. Psychological Treatments. *Canadian Journal of Psychiatry*, 61(9), 524-539. doi:10.1177/0706743716659418
- Paul, R. H., Marx, B. P., & Orsillo, S. M. (1999). Acceptance-based psychotherapy in the treatment of an adjudicated exhibitionist: a case example. *Behavior Therapy*, 30, 149-162. doi:10.1016/S0005-7894(99)80051-3
- Queiroz, M. A. M., & Vandenberghe, L. (2006). Psicoterapia no tratamento da fibromialgia: Mesclando FAP e ACT. In H. J. Guilhardi & N. Aguire. (Eds.), *Sobre Comportamento e Cognição* (pp. 238-248). Santo André: Esetec.
- Safran, J. D. (2012). *Ampliando os limites da terapia cognitiva*. Porto Alegre: Artmed.
- Singh, R. J. (2016). *A meta-analytic review of Functional Analytic Psychotherapy single subject research* (Master's thesis). Graduate College of Bowling Green State University, Bowling Green State University, Ohio.
- Sousa, A. C. A. (2003). Trastorno de personalidad borderline sob una perspectiva analítico-funcional. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 5, 121-137. Retrieved from: <http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/view/76>
- Stoffers, J. M., Völlm, B. A., Rucker, G., Timmer, A., Huband, N., & Lieb, K. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8. doi:10.1002/14651858.CD005652.pub2
- Sturme, P. S. (1996). *Functional Analysis in clinical psychology*. England: John Willey & Sons.
- Van Dijk, S., Jeffrey, J., Katz, M. R. (2013). A randomized, controlled, pilot study of dialectical behavior therapy skills in a psychoeducational group for individuals with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 145, 386-393. doi:10.1016/j.jad.2012.05.054
- Vandenberghe, L., & Basso, C. (2004). Informal construction of contingencies in family based intervention for oppositional defiant behavior. *The Behavior Analyst Today*, 5, 151-157. doi:10.1037/h0100027
- Vandenberghe, L., & Ferro, C. L. B. (2005). Functional Analytic Psychotherapy enhanced group therapy as therapeutic approach for chronic pain: Possibilities and perspectives. *Psicologia: Teoria e Prática*, 7, 137-151. Retrieved from <http://psycnet.apa.org/record/2005-11292-010>
- Vandenberghe, L., Ferro, C. B. L., & Cruz, A. C. (2003). FAP-enhanced group therapy for chronic pain. *The Behavior Analyst Today*, 4, 369-375. doi:10.1037/h0100127
- Vandenberghe, L., Nasser, D. O., & Silva, D. P. (2010). Couples therapy, female orgasmic disorder and the therapist-client relationship: Two case studies in functional analytic psychotherapy. *Counseling Psychology Quarterly*, 23, 45-53. doi:10.1080/09515071003665155
- Wagner, A. W. (2005). A behavioral approach to the case of Ms. S. *Journal of Psychotherapy Integration*, 15, 101-114. doi:10.1037/1053-0479.15

Waltz, J. W., Landes, S. J., & Holman, G. I. (2010). FAP and Dialectical Behavior Therapy (DBT). In J. W. Kanter, M. Tsai, & R. J. Kohlenberg (Eds.). *The Practice of Functional Analytic Psychotherapy* (pp 47-64). New York: Plenum.

Recebido em 28/08/2017 Revisado em 03/10/2017 Aceito em 17/10/2017
