



## Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 23 No. 4

Diciembre de 2020

# IMPORTANCIA DEL ANÁLISIS FUNCIONAL COMO PARTE INTEGRAL DE LA INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA EN LA TERAPIA DE LA CONDUCTA

Edilberta Joselina Ibáñez Reyes<sup>1</sup>, José de Jesús Vargas Flores<sup>2</sup> y Miguel Ángel Mendoza Espinosa<sup>3</sup>

Facultad de Estudios Superiores Iztacala  
Universidad Nacional Autónoma de México

### RESUMEN

El presente artículo tiene como objetivo realizar un recorrido histórico y teórico sobre la utilización y conceptualización del análisis funcional de la conducta y su aplicación en el proceso terapéutico. A lo largo de la historia en la clínica psicológica conductual, se puede apreciar una discrepancia en la conceptualización del análisis conductual, lo cual ha derivado en un debate extenso sobre si existe una sola manera de aplicarlo y desarrollarlo en un caso clínico. Aunado a esto, la formación del psicólogo puede llegar a complicar el entendimiento del trasfondo científico del análisis conductual, si éste no lo conoce o no llega a compartir la postura.

Palabras clave: Análisis Funcional, Evaluación Conductual, Conducta, Caso Clínico.

### ABSTRACT

The aim of the present article is to carry out a historical and theoretical journey on the use and conceptualization of functional analysis of behavior and its application in the therapeutic process. Throughout history in the behavioral psychological clinic, a discrepancy can be seen in the conceptualization of behavioral analysis, which has led to

<sup>1</sup> Profesora Titular de la Carrera de Psicología. Correo Electrónico: [joselinai@hotmail.com](mailto:joselinai@hotmail.com)

<sup>2</sup> Profesor Titular de la Carrera de Psicología. Correo Electrónico: [tecuani@gmail.com](mailto:tecuani@gmail.com)

<sup>3</sup> Profesor de Asignatura de la Carrera de Psicología. Correo Electrónico: [miguel180694@gmail.com](mailto:miguel180694@gmail.com)

an extensive debate on whether there is only one way to apply and develop it in a clinical case. In addition to this, the training of the psychologist can complicate the understanding of the scientific background of behavioral analysis, if he does not know it or does not share the position.

Keywords: Functional Analysis, Behavioral Assessment, Behavior, Clinical Case.

### Análisis Funcional en sus Inicios.

El Análisis Experimental de la Conducta se presentó en México a inicios de los 70s y fue la teoría psicológica dominante en la entonces Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala de la UNAM, cuando ésta se inauguró en 1975. En los inicios de la carrera de Psicología, en 1975, todo el plan de estudios era completamente conductual. Esto tenía la ventaja de que se homogenizaban los contenidos. Durante los primeros cuatro semestres todos los contenidos eran sobre el Análisis Experimental de la Conducta. Había algunos libros icónicos y los más leídos durante estos dos años. El primero era el Catania (1975), que contenía un conjunto de artículos publicados en revistas especializadas en esta orientación teórica. El segundo, más especializado, era el Honig (1975), que contenía un conjunto de capítulos donde se hacían revisiones de los diversos temas, tales como castigo, operante libre, programas de reforzamiento, etcétera. En las otras materias se hacían revisiones históricas de la psicología y algunos conceptos colaterales.

Al entrar en el quinto semestre, en específico en el área de psicología clínica, se comenzó a revisar la aplicación de los principios del laboratorio. Para aquel tiempo, este tipo de aplicaciones ya tenía una buena cantidad de publicaciones sobre este tema. Se comenzó con la aplicación de estos principios en los niños con retardo en el desarrollo con muy buenos resultados. Se partía de la construcción de repertorios del comportamiento básicos, tales como seguimiento de instrucciones, discriminación. Los comentarios sobre esta aplicación eran que cualquier niño podía aprender cualquier comportamiento sin importar su complejidad. La cuestión era que había que comenzar a construir repertorios de entrada y posteriormente ir complejizando dichos repertorios hasta poder llegar a

los más avanzados. Todo esto sin importar el grado de daño neurológico que pudiera tener el niño con retardo en el desarrollo (Ribes, 1976; Liberman, 1974; Reese y Lipsitt, 1975).

En grado de control y complejidad de la aplicación del Análisis de la Conducta, se encontraba la Psicología Educativa y del Desarrollo. En los salones de clases se aplicaban sistemas de fichas para el control de las actividades y disciplina. Estos sistemas podían ser enseñados a los padres y supervisados por los psicólogos para que, en casa, se aplicaran sistemas de fichas con castigos, premios, estímulos discriminadores, etcétera (Holland, 1975; Bijou y Rayek, 1978; Keller y Ribes, 1975).

Y continuando con esta muy breve revisión de aplicaciones de principios teóricos, la siguiente área es la clínica. Aquí hubo una reacción al trabajo que llevaban a cabo los psiquiatras y principalmente la orientación psicoanalítica. Contra los primeros se tenía en contra la aplicación de los fármacos para el control de la esquizofrenia principalmente, pero también para el control de la ansiedad, insomnio y demás problemas psicológicos. Contra la orientación psicoanalítica era el tiempo que transcurría durante el tratamiento que, se decía, podía ser de varios años (Yates, 1975; Wolpe, 1977; Yates, 1977). También la modificación de conducta se aplicó al área de la agresión y la delincuencia con buenos resultados (Bandura y Ribes, 1975); así como una interesante área dentro del campo del entrenamiento de sistemas internos de respuesta, tales como el condicionamiento de la Respuesta Galvánica de la piel, frecuencia cardíaca, temperatura, presión arterial (Alcaraz, 1979; Yates, 1977).

Dentro de la Psicología Clínica, heredera directa de la psiquiatría tiene un problema aplicado enfrente dentro de su consultorio, surge la necesidad de hacer una evaluación para tomar las decisiones pertinentes para su intervención y solución. Dentro del modelo médico de una enfermedad, es necesario hacer un diagnóstico. Dependiendo del diagnóstico, se planea la intervención. Para un problema médico, el diagnóstico es crucial. Si dicho diagnóstico no es preciso o es equivocado, difícilmente se podrá solucionar el problema. De ahí la importancia, dentro de la medicina, de llevar a cabo un diagnóstico preciso y correcto del

problema médico. Y siguiendo con esta tradición, se han hecho un conjunto de estudios donde se proponen una generosa cantidad de etiquetas-diagnóstico de los problemas psicológicos. El ejemplo más claro es la publicación de los manuales de diagnóstico más famosos, tales como las diversas ediciones del DSM, a la fecha vamos en la 5ª edición. En cada edición se proponen nuevas etiquetas y para algunas personas, tener un diagnóstico psicológico o psiquiátrico preciso es muy importante. El problema es que la única persona que aparentemente pueda dar con esta precisión es un psiquiatra especializado.

Sin embargo, el problema psicológico no funciona de esta manera, debido a que el diagnóstico no dirige al tratamiento. Un problema particular, como una fobia, puede tener diferentes etiologías y, por lo tanto, diferentes formas de abordar una opción de tratamiento. Por ejemplo, un niño que tiene fobia a los perros porque un perro lo mordió, lo revolcó y le tuvieron que poner vacunas antirrábicas es diferente a una donde un niño vio una película donde había perros bravos ladrando. En un caso se planteará una opción de tratamiento, diferente a la segunda. Luego entonces, el modelo médico, con sus etiquetas precisas de diagnóstico, no se pueden aplicar en la evaluación y modelo que guíe las opciones de tratamiento.

Entonces, la alternativa es llevar a cabo una *evaluación conductual* que permita hacer un análisis particular, singular del problema que el psicoterapeuta tiene enfrente y, a partir de este análisis, plantear las posibilidades de intervención (Virues Ortega y Haynes, 2005). La otra alternativa, no recomendada, sería establecer una etiqueta del problema y, a partir de esta etiqueta y, dependiendo del *armamentarium* de técnicas que maneje el terapeuta, sugerir la solución. Los problemas psicológicos no pueden generalizarse en todos los individuos ni en todos los casos, a diferencia de lo que ocurre con el modelo médico. Aún en este último modelo, el médico trata de singularizar el tratamiento haciendo un análisis de otros estudios médicos y de la forma en que el paciente ha respondido a los diferentes tratamientos.

Para llevar a cabo esta evaluación que permita ser la guía de la intervención, es que se plantea el Análisis Funcional. Es decir, un análisis particular del caso,

tomando en cuenta todos los elementos del problema en la actualidad, de la historia del problema y del contexto donde se desarrolla para intervenir.

Los primeros autores que plantearon un modelo de Análisis Funcional fueron Kanfer y Phillips (1976), partiendo de los presupuestos de la teoría conductual. Esta teoría plantea la consideración de que toda conducta es aprendida. Es decir, que tanto la conducta normal, como la anormal, son aprendidas y, por lo tanto, sujetas a modificación. Dicho análisis se ciñe a las conductas observables, como se verá a continuación. Sin embargo, no se niegan los comportamientos no observables que finalmente se manifiestan en los observables.

El modelo se dirige a lo que se considera el objeto de estudio de la psicología, que es el comportamiento, entendido éste como la interacción del sujeto con el medio. Los problemas que presenta el paciente son abordados bajo esta premisa. Se emiten comportamientos, en este caso indeseables, pero que finalmente no son sino interacciones con el medio.

Por otro lado, aunque se busca encontrar la historia pasada, el análisis se recarga más en lo que está ocurriendo en la actualidad, porque lo que ocurre en la actualidad es lo que sostiene y mantiene el comportamiento de análisis y es donde se puede de intervenir.

El modelo propuesto por Kanfer y Phillips (1976), se plantea de la siguiente manera:

- E. Estímulo Antecedente
- O. Estado Biológico del organismo
- R. Relación de Contingencia
- C. Consecuencia

La relación entre estos elementos se da de la siguiente manera:

A → O → R → K → C

Este modelo es sencillo de entender tomando en cuenta los antecedentes del Análisis Experimental de la Conducta. El modelo más sencillo o de inicio es el pavloviano,  $E \rightarrow R$ , donde hay un estímulo antecedente, estímulo incondicionado y Respuesta incondicionada. Con un apareamiento con otros estímulos, pasamos al Estímulo condicionado que provoca la Respuesta condicionada. El otro modelo es el operante que se plantea así,  $E \rightarrow R \rightarrow E$ , donde hay un Estímulo antecedente que a veces es un estímulo discriminativo que indica la posibilidad de que la respuesta sea reforzada o estímulo delta donde no hay tal reforzador. La respuesta siempre es observable, y el estímulo consecuente que es el posible reforzador, el estímulo aversivo o la no presentación de un estímulo.

En este caso, es interesante la introducción de la O, que es el estado biológico del organismo, que es muy importante, porque si el sujeto está enfermo, tiene alguna discapacidad o no cuenta con los elementos biológicos para discriminar o ejecutar el comportamiento, no podrá hacerlo. Posteriormente, esta O se comenzó a transformar en las respuestas cognoscitivas que el sujeto emite y que median la ejecución del comportamiento. La cognición, tal como es planteada por los psicólogos cognitivo-conductuales, es la verbalización encubierta consciente o automatizada que media el comportamiento (Mahoney, 1983). Al inicio la propuesta era más o menos precavida, pero posteriormente ya se hizo de manera abierta para dar paso a las intervenciones cognitivo-conductuales, tales como la Terapia Racional Emotiva.

Es interesante la forma en que estos autores plantean la relación de contingencia. Debido al objetivo de hacer de la psicología una disciplina científica, no queda si no importar algunos conceptos de la física newtoniana. En este tipo de física, hay una relación casi perfecta de causa efecto como, por ejemplo, cuando alguien suelta algún objeto, indefectiblemente este caerá. Esto no ocurre con los eventos psicológicos, por lo que Kanfer y Phillips (1976), intentan salvar este concepto con lo que ocurre con los programas de reforzamiento intermitentes. De esta forma, la relación de contingencia no es una relación causal, como ocurre en la física, sino una relación de probabilidad. Relación que, aunque la consecuencia ya no ocurra,

el sujeto sigue siendo influido por ésta y, por lo tanto, sigue emitiendo la respuesta.

A pesar de que este modelo se ve limitado, tiene la virtud de esquematizar de una forma lógica y ordenada el análisis del comportamiento objetivo. No deja de tomar en cuenta el contexto y los eventos cognoscitivos. Pero la virtud más importante del este Análisis Funcional, es que, efectivamente, guía de manera eficiente el diseño de la intervención conductual.

### Análisis Funcional en la Actualidad

El análisis funcional se entiende, de acuerdo con Haynes y O'Brien (1990, 2000), como la identificación de las relaciones funcionales, causales y no causales, controlables e importantes, susceptibles a aplicarse en distintas conductas de un individuo. A su vez, el análisis funcional puede concebirse como una hipótesis que puede cambiar con el transcurso del tiempo, es el psicólogo quien la elabora respecto a los problemas de comportamiento, las relaciones funcionales existentes, las variables externas, la magnitud y dirección de estas, así como los atributos encontrados en las mismas.

El análisis funcional, al cimentarse sobre una lógica matemática, es necesario que el profesional conozca al menos los principios básicos que hay detrás de ellas, especialmente lo referente a las relaciones entre variables, ya que dentro del análisis se enfatiza la influencia de una sobre la otra y viceversa. Así mismo, es necesario conocer que la magnitud y la dirección de la relación es lo que futuramente va a dirigir el tratamiento con el paciente. El problema comienza cuando existe una confusión o desconocimiento de los conceptos, lo que podría provocar tomar decisiones erradas pensando que son correctas, lo que en estadística se conocería como error tipo 1.

La aplicación matemática dentro del análisis funcional permite al clínico mantener los fundamentos científicos en los que se cimenta su práctica clínica. De acuerdo con Hall, Pollard, Monlux y Baker (2020), es posible aplicar modelos no paramétricos para realizar la interpretación del análisis funcional a partir de la manipulación de variables causales, no causales, moderadoras y mediadoras.

Durante el desarrollo de un caso clínico, el psicólogo se enfrenta a varios retos por solucionar, desde el establecimiento de metas terapéuticas hasta conocer el problema de comportamiento que presenta el paciente. Si bien el psicólogo cuenta con un bagaje de técnicas y procedimientos útiles para la intervención clínica, éste debe seleccionar la/las más adecuadas al problema que se presenta.

Para seleccionar el mejor tratamiento posible para el cliente, el clínico debe conocer a fondo el problema que se presenta, las relaciones funcionales que incluye (una relación funcional puede entenderse como las interrelaciones causales entre cada problema; lo que permite a su vez, focalizar las intervenciones y estrategias de tratamiento) y de ser posible las variables externas que pudieran estar influyendo dentro del problema principal, así como las relaciones entre ellas, esto sirve al psicólogo como fuente de validez para sustentar su tratamiento.

Es importante resaltar que cuando se habla de relaciones funcionales, se hace referencia a una variable causal y una variable comportamental que demuestran una relación matemática (Haynes y O'Brien, 1990). Sin embargo, las relaciones funcionales pueden no ser necesariamente causales.

El principal problema al hablar de relaciones funcionales no es su definición sino la identificación en los casos clínicos. Haynes, Godoy y Gavino (2014), mencionan que las relaciones funcionales pueden comenzar a inferirse a partir de cinco métodos:

1. Derivaciones Racionales
2. Instrumentos de Autoinforme
3. Uso de Variables Marcadoras
4. Estrategias de evaluación de series temporales
5. Manipulación sistemática

Las derivaciones racionales, se logran a partir de la revisión en la literatura especializada para poder deducir posibles variables; por su parte, los instrumentos de autoinforme permiten evaluar la magnitud del problema, recabando información

sobre las relaciones funcionales entre el comportamiento, el problema y el objetivo del tratamiento. Las variables marcadoras son una medición indirecta y aproximada de las relaciones entre variables que tienen relación con el problema del cliente. Es decir, se analiza una variable que puede tener relación con las variables causales. La evaluación de series temporales implica el uso de observación directa e indirecta mediante cuestionarios, auto-registros o mediciones fisiológicas con el objetivo de comprobar hipótesis causales elaboradas por el clínico. La manipulación sistemática se desarrolla en la variable que se presume causal y se observan los efectos que tiene sobre el comportamiento del paciente, sin embargo, suelen ser intrusivas en el ambiente por lo complejo de sus diseños.

Si bien el análisis funcional ha sido descrito desde diversas posturas, en psicología se pueden observar diferentes formas de desarrollarlo. Sin embargo, los distintos métodos convergen en la utilidad del análisis funcional como un medio de orientación para la evaluación y el reforzamiento de la validez y viabilidad de los juicios del psicólogo clínico (Keawe'aimoku, Godoy, O'Brien, Haynes y Gavino, 2013).

A lo largo del desarrollo de la psicología clínica se pueden identificar diferentes maneras de llevar a cabo un análisis funcional, a continuación, se presenta el modelo de Haynes, Godoy y Gavino (2014).

Análisis Funcional		
Fase		Características
1.	Guardar respeto a los derechos del paciente y mantener una relación positiva a lo largo del proceso de evaluación.	Hace referencia los aspectos éticos de la terapia y la relación terapéutica.
2.	Considerar la necesidad de remitir a otros profesionales	Refiere las posibles evaluaciones suplementarias para el proceso terapéutico
3.	Identificar los problemas del paciente	Explorar los problemas comportamentales que presenta el paciente en terapia con el fin de identificar cuáles podrían ser las metas del tratamiento
4.	Especificar los aspectos y modos de respuesta	En este paso el clínico

	de los problemas	profundiza en las descripciones que da el paciente a fin de no asumir o dar por entendidas las situaciones en las que se presentan los problemas.
5.	Especificar las dimensiones de los problemas	Indagar en la frecuencia, duración e intensidad de los problemas que se presentan.
6.	Establecer la importancia relativa de los problemas	Es necesario realizar la estimación de las consecuencias o el efecto de modificar las relaciones causales del problema del paciente
7.	Identificar los efectos de los problemas	Se indaga en los efectos negativos o posibles secuelas del problema comportamental de paciente
8.	Identificar la forma de las relaciones funcionales entre problemas	Establecer las posibles relaciones causales o no causales entre los diferentes problemas del paciente
9.	Establecer la fuerza de las relaciones funcionales entre los problemas	La fuerza de la relación es la que indicará la magnitud atribuida al efecto de una variable
10.	Identificar las variables causales asociadas con los problemas	En este paso las variables causales se deben definir de manera concreta, tomando en cuenta las particularidades del paciente.
11.	Establecer la modificabilidad de las variables causales	Elegir las variables que se pueden modificar para
12.	Establecer la forma y la fuerza de la relación entre las variables causales y los problemas	En este paso el psicólogo clínico diferencia las magnitudes y direcciones de las diferentes relaciones causales dentro de los problemas del paciente
13.		
14.	Establecer la forma y la fuerza de las relaciones entre las variables causales, identificando las cadenas causales	Se presentan las distintas influencias en cada variable causal a fin de enfocar de mejor manera el tratamiento
15.		
16.	Identificar las variables moderadoras asociadas con las variables causales y los problemas del paciente	Indagar en las variables que pueden modificar la magnitud o dirección de las variables causales
17.	Identificar los mediadores de las relaciones causales de los problemas del paciente	Indagar en las variables que explican las descripciones y procesos de las variables propiamente causales
18.	Establecer la dirección de los efectos de las relaciones	Hace referencia a la dirección positiva o negativa de las relaciones causales; es decir, el aumento de una variable se asocia con el incremento de otra o viceversa.
19.	Identificar las variables importantes del sistema	Indagar en el sistema social en el

	social	que se desarrolla el paciente a fin de conocer las posibles variables que afecten su comportamiento
20.	Identificar clases de respuestas funcionales	Se hace referencia al tipo de respuesta que puede presentar el paciente ante la modificación de una variable causal
21.	Incluir los problemas, las variables y relaciones causales hipotéticas	En ocasiones se obtienen variables que no cuentan con suficiente evidencia pero que se creen importantes en el tratamiento, todas estas variables u observaciones son necesarias de incluir en el análisis para recabar información adicional
22.	Continuar reevaluando y refinando	Recordar que el análisis funcional es una hipótesis dinámica que se encuentra en constante movimiento y cambio.

Fuente: Haynes, Godoy y Gavino (2014).

Este modelo permite identificar tres habilidades del psicólogo clínico para el desarrollo del análisis funcional, identificar, especificar y establecer. Esto permite, mediante diferentes métodos, establecer las relaciones funcionales causales y no causales del problema comportamental del paciente, siendo estas reevaluadas a lo largo del tratamiento.

Actualmente, el uso del análisis funcional sigue siendo importante en la formulación de un caso clínico. Sin embargo, es la construcción de este lo que confunde a muchos profesionales en el momento de elegir un método para desarrollarlo. Las diferentes concepciones han derivado en una separación por encontrar cuál es el mejor camino para llevar a cabo un análisis funcional válido y confiable, que dé respuesta al problema comportamental del paciente, olvidando en algunos casos, que el fundamento del análisis funcional es reconocer que puede existir otro análisis igual de válido para formular el caso de manera exitosa. Pareciera ser que el afán científicista de dejar "lo que es el terapeuta" fuera de la terapia, ha llevado pensar en un único método científico para fundamentar el análisis.

Discusión.

El Análisis Funcional es una herramienta de evaluación de la Terapia de la Conducta que permite la ordenación, esquematización y análisis teórico de la información que proporciona el paciente dentro de la terapia con la finalidad última de que, después de este análisis exhaustivo, teórico y esquemático de la situación, tomar las decisiones para la intervención con el objetivo de solución del problema que se presenta.

Cuando un paciente se presenta en la terapia, expone su problema y solicita un servicio que le proporcione una solución, toda esta información es ambigua, fragmentada y caótica. Toca al terapeuta escuchar de manera empática esta información y comenzar a hacer preguntas de manera ordenada y sistemática para entender el problema. Para esto se requieren habilidades que lo permitan. Entre estas, se encuentra un sólido bagaje teórico y de manejo de entrevista. Adicionalmente, si lo considera pertinente y útil, el terapeuta puede utilizar otros instrumentos de evaluación conductual, tales como cuestionarios, inventarios, observación directa o métodos análogos de registro, entre otras. Una vez que tiene la información completa, al menos en teoría, tendría que verter todo esto en un esquema para elaborar el Análisis Funcional. Este análisis implica elevar el nivel de abstracción para entender el problema desde una perspectiva más alta y con más probabilidades de éxito. De ahí la importancia de este modelo que implica la ventaja de esquematizar y entender el problema de una forma más teórica. De otra manera, un terapeuta puede caer en la tentación de ver y analizar el problema desde una perspectiva surgida de la “práctica y la experiencia”; es decir, desde el más puro sentido común. Esta perspectiva es equivalente a la experiencia del artesano que no sabe exactamente la forma en que hace su trabajo, pero que lo hace de forma hábil y bien. La aplicación y práctica de la Terapia de la Conducta no es artesanía, sino el uso de la teoría y los principios de una teoría coherente y que trata de tener bases científicas, con la finalidad del avance de una disciplina de este corte. Por eso es importante el uso de las herramientas teóricas y técnicas que proporciona esta orientación psicológica. Y el sentido común bien aplicado puede dar, en ocasiones, buenos resultados, pero el terapeuta nunca sabrá cuáles fueron los elementos que provocaron este bueno resultado, convirtiéndose así, la

terapia conductual, en la sola aplicación de manejos hábiles pero ignotos. Puede ser que un terapeuta así se sienta satisfecho, pero nunca logrará el avance de la Terapia Conductual.

Pero también habría que preguntarse por qué el uso del Análisis Funcional no es tan generalizado como debiera entre los terapeutas conductuales. Su uso implica este sólido conocimiento teórico ya mencionado. El problema es que los psicólogos conductuales, desafortunadamente no son poseedores de esa solidez teórica. Su conocimiento teórico es superficial y no les permite un manejo suficientemente robusto para hacer este Análisis Conductual. Es necesario que los practicantes de la terapia, cualquiera que sea su orientación teórica, tengan este nivel de conocimiento teórico, porque estos serán los lentes a través de los cuales observarán y analizarán el problema terapéutico que se les presenta en el consultorio (Deochand, Elridge y Peterson, 2020).

De esta forma, el Análisis Funcional es una herramienta útil tanto desde el punto de vista teórico como práctico dentro de la aplicación de la Terapia de la Conducta.

#### Referencias Bibliográficas.

- Alcaraz V. M. (1979). *Modificación de Conducta: El Condicionamientos de los Sistemas Internos de Respuesta*. México: Trillas.
- Bandura A. y Ribes Iñiesta E. (1975). *Modificación de Conducta: Análisis de la Agresión y la Delincuencia*. México: Trillas.
- Bijou S.W. y Rayek E. (1978). *Análisis Conductual Aplicado a la Instrucción*. México: Trillas.
- Catania A.Ch. (1975). *Investigación Contemporánea en Conducta Operante*. México: Trillas.
- Deochand N., Elridge R.R. y Peterson S.M. (2020). Toward the Development of a Functional Analysis Risk Assessment Decision Tool. *Behavior Analysis in Practice*. Julio de 2020. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40617-020-00433-y>

Hall, S.S., Pollard, J.S., Monlux, K.D. y Baker, J.M. Interpreting functional analysis outcomes using automated nonparametric statistical analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 9999. 1-15.

Haynes, S. N, Godoy A. y Gavino, A. (2011). *Cómo elegir el mejor tratamiento. Formulación de casos clínicos en terapia del comportamiento*. Madrid: Pirámide.

Haynes, S. N. y O'Brien, W. O. (1990). The functional analysis in behavior therapy. *Clinical Psychology Review*, 10, 649-668.

Haynes, S. N. y O'Brien. W. O. (2000). *Principles and Methods of Behavioral Assessment*. New York: Plenum/Kluwer Press.

Holland J.G. (1975). *Las máquinas de enseñanza: Una Aplicación de Principios del Laboratorio*. En G. Fernández Pardo y L.F.S. Natalicio (Eds.) *La Ciencia de la Conducta*. México: Trillas.

Honig W.K. (1975). *Conducta Operante*. México: Trillas.

Kanfer F.H. y Phillips J.S. (1976). *Principios de Aprendizaje en la Terapia del Comportamiento*. México: Trillas.

Keawe'aimoku, K. J, Iruma, B., Andrea H. N. y Haynes, S. N. (2009). *Evaluación Conductual Y Análisis Funcional*. En D. Richard, y S. Huprich (Eds.): *Clinical Psychology: Assessment, Treatment, and Research*. Burlington, MA: Elsevier Academic Press.

Keller F.S. y Ribes Iñesta E. (1975). *Modificación de Conducta: Aplicaciones a la Educación*. México: Trillas.

Reese H.W. y Lipsitt L.P. (1975). *Psicología Experimental Infantil*. México: Trillas.

Ribes E. (1976). *Técnicas de Modificación de Conducta: Su Aplicación al Retardo en el Desarrollo*. México: Trillas.

Virues Ortega J. y Haynes S.N. (2005). Functional analysis in behavior therapy: Behavioral foundations and clinical application. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 5(3), 567-587

Wolpe J. (1977). *Práctica de la Terapia de la Conducta*. México: Trillas.

Yates A.J. (1975). *Terapia del Comportamiento*. México: Trillas.

Yates A.J. (1977). *Teoría y Práctica de la Terapia Conductual*. México: Trillas.