

PSICOTERAPIA ANALÍTICO FUNCIONAL (FAP) EN SEXOLOGÍA: UN MODELO DE INTERVENCIÓN BASADO EN LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

Lichtenberger, Aldana¹ & Coletti, Juan Pablo²



Autora:

Dra. Aldana Lichtenberger¹

Licenciada y Doctora en Psicología. Terapeuta de pareja. Sexóloga clínica.
Especialista en Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y Psicoterapia Analítico Funcional (FAP).
Miembro fundadora de *Una Vida más Grande* (UVMG).
Correo electrónico: aldanalichtenberger@gmail.com



Coautor:

Lic. Juan Pablo Coletti²

Licenciado en Psicología (UBA). Entrenador certificado en Psicoterapia Analítico Funcional (FAP) por la Universidad de Washington.
Especialista en Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT).
Miembro fundador y director Académico de la *Fundación Centro Argentino de Terapias Contextuales* (CATC).
Correo electrónico: juanpacoletti@gmail.com

Afiliaciones institucionales

¹ *Una Vida más Grande* (UVMG), Buenos Aires, Argentina

² *Fundación Centro Argentino de Terapias Contextuales* (CATC)
Cerrito 1130, 1° A, Buenos Aires, Argentina

Resumen

La sexualidad no ocurre en el vacío: es una experiencia profundamente relacional. Sin embargo, las intervenciones sexológicas tradicionales han priorizado la psicoeducación y las técnicas conductuales, dejando de lado el impacto del vínculo terapéutico en el bienestar sexual. Este artículo propone que la Psicoterapia Analítico Funcional (FAP) ofrezca un marco único para la sexología clínica, utilizando la relación terapéutica como espacio donde los patrones relacionales problemáticos emergen y puedan modificarse en tiempo real. Se exploran las bases teóricas de FAP, el concepto de conductas clínicamente relevantes (CCR) y la aplicación de sus cinco reglas terapéuticas en el trabajo con deseo, disfunciones sexuales y construcción de identidad. Ejemplos clínicos detallados muestran cómo FAP facilita nuevas formas de conexión emocional en sesión, favoreciendo su generalización a la vida sexual y relacional. Finalmente, se discuten implicaciones clínicas y educativas para terapeutas sexuales y su integración con otros modelos.

Palabras clave: Psicoterapia Analítico Funcional, vínculo terapéutico, sexología, sexualidad, disfunciones sexuales, vergüenza sexual, intimidad.

Abstract

Sexuality does not occur in isolation; it is a profoundly relational experience. Yet, traditional sexological interventions have predominantly emphasized psychoeducation and behavioral techniques, often neglecting the transformative role of the therapeutic relationship in sexual well-being. This article argues that Functional Analytic Psychotherapy (FAP) offers a distinctive framework for clinical sexology by leveraging the therapeutic encounter as a live context in which problematic relational patterns can emerge and be reshaped in real time. We outline FAP's theoretical foundations, the concept of Clinically Relevant Behaviors (CRBs), and the application of its five therapeutic rules to address desire, sexual dysfunctions, and sexual identity formation. Detailed clinical examples illustrate how FAP fosters new patterns of emotional intimacy within sessions, supporting their generalization to clients' sexual and relational lives. Finally, we discuss FAP's broader clinical and educational implications for training sex therapists and integrating this approach with other therapeutic models.

Keywords: Functional Analytic Psychotherapy, therapeutic relationship, sexology, sexuality, sexual dysfunctions, sexual shame, intimacy.

Introducción

El bienestar sexual es un concepto multifacético que abarca dimensiones psicológicas, emocionales y sociales. No se limita a la mera ausencia de disfunciones; más bien implica la capacidad de **anhelar, expresar y disfrutar de la sexualidad de manera plena y significativa, más allá de las dificultades emocionales o relacionales** (3). Sin embargo, las intervenciones sexológicas tradicionales a menudo se han centrado en aspectos técnicos, como ejercicios conductuales, reestructuración cognitiva y farmacología, descuidando el componente emocional y relacional que sustenta el malestar sexual (2,16). Esto representa un desafío significativo, ya que la ansiedad, la vergüenza y una percepción distorsionada de uno mismo pueden actuar como barreras importantes para la satisfacción sexual, lo que sugiere que las técnicas estándar resultan, en ocasiones, insatisfactorias y limitadas (2).

En este contexto, la Psicoterapia Analítico Funcional (FAP) se presenta como un modelo innovador que permite a los pacientes experimentar nuevas formas de intimidad y conexión emocional dentro de la relación terapéutica. Su objetivo es transformar patrones relacionales

problemáticos durante las sesiones y generalizar esos aprendizajes a la vida cotidiana del paciente. A través de la observación, evocación y refuerzo de conductas relevantes, los terapeutas pueden ayudar a los pacientes a desarrollar una sexualidad más libre, auténtica y emocionalmente conectada (12, 15).

A lo largo de este artículo, se explorará cómo FAP se aplica efectivamente en el ámbito de la sexología, abordando conceptos críticos como la intimidad, la vergüenza y la autenticidad en la experiencia sexual. También se resaltarán la importancia de conectar con lo humano y el valor de la intimidad en un mundo saturado de técnicas y soluciones rápidas. El artículo estará estructurado en varias secciones clave: fundamentos de FAP, su aplicación práctica en la terapia sexual y una reflexión sobre la importancia de las conexiones humanas en este contexto. Como sostienen Kanter, et al. (7), el vínculo terapéutico puede ser una herramienta intensamente transformadora cuando se trabaja desde el análisis funcional de los comportamientos que emergen en sesión, ofreciendo oportunidades únicas para moldear nuevos repertorios relacionales en tiempo real.

Fundamentos de la Psicoterapia Analítico Funcional (FAP)

FAP es una terapia basada en la filosofía del conductismo radical de B. F. Skinner y desarrollada por Kohlenberg y Tsai (12). También comparte los principios del contextualismo funcional que propone el análisis de la conducta en función de su contexto histórico y relacional, en lugar de considerarla como una respuesta aislada.

Propone que las conductas problemáticas y las mejoras del paciente se manifiestan durante la interacción terapéutica. Esto permite al terapeuta observar y modificar estas conductas en tiempo real, especialmente en el ámbito de la sexología, donde los problemas sexuales suelen involucrar dinámicas de evitación, miedo al juicio y dificultades en la regulación emocional—todas conductas que también pueden manifestarse en la relación terapéutica (8).

FAP distingue tres tipos de Conductas Clínicamente Relevantes (CCR) que guían la intervención terapéutica. Cada consultante llega con un conjunto único de conductas problemáticas, mejoras potenciales y reflexiones sobre su cambio. Estas conductas pueden manifestarse durante la sesión de maneras distintas,

dependiendo de la historia y los patrones relacionales de cada persona

1. CCR1(Conductas Problemáticas):

Estas son conductas del paciente que emergen durante la sesión, como evitar hablar de su deseo sexual, cambiar de tema ante elogios del terapeuta o responder con sarcasmo cuando se tocan temas emocionales, minimizar sus necesidades o desviar la conversación cuando surge la vergüenza. Por ejemplo, un paciente que comparte su temor a la intimidad, pero evita profundizar en los detalles de sus deseos podría estar desplegando una CCR1.

2. CCR2 (Mejoras del Paciente):

Se refieren a las conductas objetivo y de crecimiento que se observan dentro de la sesión, como expresar vulnerabilidad, compartir un deseo o mantener el contacto visual al hablar de su vida sexual. Un ejemplo es un paciente que, después de varias sesiones, se atreve a reconocer y comunicar sus necesidades sexuales cuando esta dificultad se presenta de forma frecuente en su vida cotidiana.

3. CCR3 (Reflexiones del Paciente sobre su Propio Cambio):

Estas son las metáforas y reflexiones que el paciente presenta sobre su proceso

de cambio, tales como notar cómo la sesión le permite explorar su deseo de una manera nueva. Por ejemplo, un paciente podría observar que hablar abiertamente sobre sus deseos lo está ayudando a sentirse más seguro en su relación.

La clave en FAP es identificar estos comportamientos en tiempo real y trabajar directamente sobre ellos. Para ello, se centra en cinco reglas terapéuticas fundamentales:

1. Observar las Conductas Clínicamente Relevantes

(CCR): El terapeuta identifica en sesión las conductas del paciente que reflejan sus problemas o avances. Por ejemplo, si un paciente evita el contacto visual al hablar de su desempeño sexual, el terapeuta puede señalarlo como una CCR1, y proponer trabajar sobre ese comportamiento.

2. Evocar las CCR: Se crean situaciones dentro de la terapia que susciten la aparición de estas conductas para abordarlas directamente. Un paciente que nunca expresa sus deseos sexuales puede ser invitado a compartir qué le gustaría

explorar en su intimidad, evocando su dificultad y permitiendo trabajar sobre ella.

3. Reforzar naturalmente las CCR2 y extinguir las CCR1:

Fortalecer las conductas de mejora (CCR2) y debilitar las conductas problemáticas (CCR1) mediante contingencias naturales. Por ejemplo, cuando una paciente con anorgasmia expresa por primera vez su frustración, el terapeuta puede reforzar su valentía y animarla a continuar explorando sus emociones.

4. Obtener feedback del paciente:

Consultar al paciente sobre el impacto de las intervenciones favorece la adaptación del proceso terapéutico. Un ejemplo sería preguntar al paciente cómo se sintió al hablar de su deseo, promoviendo así la conciencia emocional y el aprendizaje sobre su propia experiencia.

5. Promover la generalización:

Facilitar que las mejoras logradas en sesión se extiendan a la vida cotidiana del paciente. Por ejemplo, si un paciente ha

logrado expresar su deseo en terapia, se le puede animar a practicar esta comunicación con su pareja fuera de la sesión.

Estas reglas permiten al terapeuta pensar la relación terapéutica como un microcosmos de las relaciones del paciente, ofreciendo oportunidades para el cambio conductual en un entorno seguro y controlado. A medida que los terapeutas aplican FAP, están no solo abordando problemas individuales, sino también contribuyendo a una transformación más profunda en la manera en que los pacientes se relacionan consigo mismos y con los demás.

El repertorio del terapeuta: T1 y T2

Además del análisis de las conductas del consultante, FAP invita al terapeuta a formular y trabajar también sobre sus propios repertorios en sesión. En este marco, se distinguen las T1, que son conductas del terapeuta que dificultan la conexión auténtica —como evitar ciertos temas, mantener una actitud excesivamente neutral o responder desde el control—, y las T2, que representan los movimientos deseados hacia una mayor presencia, apertura y sensibilidad. Por ejemplo, si un paciente expresa tristeza y el terapeuta cambia de tema (T1), se pierde la

oportunidad de conexión. En cambio, si el terapeuta se detiene, valida la emoción y comparte su resonancia emocional (T2), modela una respuesta más íntima. Reconocer y moldear estas conductas permite al terapeuta convertirse en un modelo de autenticidad y valentía emocional dentro del vínculo, lo que potencia el impacto clínico de la intervención. Esta dimensión convierte a FAP en un modelo que no solo transforma la conducta del paciente, sino también la del terapeuta, generando un contexto relacional profundamente implicado y mutuo.

La mirada funcional en FAP

Una de las principales contribuciones de FAP a la práctica clínica es su compromiso con el análisis funcional del comportamiento, en contraposición a una mirada meramente topográfica. Esto significa que el foco terapéutico no está en lo que el paciente dice o hace en términos de forma o contenido, sino en la función que dichas conductas cumplen dentro del contexto terapéutico. Por ejemplo, dos pacientes pueden evitar hablar de sus deseos sexuales, pero uno lo hace para evitar el juicio y otro para evitar la angustia que le genera el contacto emocional. Desde esta perspectiva, la misma conducta topográfica puede tener funciones distintas, y distintas conductas (como reír, callar o

intelectualizar) pueden cumplir la misma función. Esta distinción es central para que el terapeuta pueda intervenir de manera precisa y efectiva sobre las conductas clínicamente relevantes que emergen en sesión, utilizando el vínculo como terreno fértil para la transformación.

Aplicaciones Prácticas de FAP en la Terapia Sexual

La Psicoterapia Analítico Funcional (FAP) se adapta a un amplio espectro de problemáticas sexuales, convirtiéndose en una herramienta valiosa en el ámbito de la sexología. Este enfoque no solo proporciona un marco sistemático para abordar estos problemas, sino que también se enriquece con métodos tradicionales y científicamente validados para el tratamiento sintomatológico. A diferencia de enfoques que se centran exclusivamente en los síntomas, FAP reconoce que el contexto relacional y el vínculo terapéutico son esenciales para potenciar una sexualidad más libre, conectada y coherente con sus valores.

A continuación, se detallan algunas aplicaciones concretas de FAP en el tratamiento de diversas temáticas relacionadas con la sexualidad:

Intimidad

La intimidad, entendida como la capacidad de establecer conexiones profundas y significativas con los demás (19), puede representar un desafío significativo para muchas personas. La dificultad para formar relaciones íntimas a menudo se manifiesta como un factor transdiagnóstico en distintos problemas sexuales, como la disfunción eréctil, la falta de deseo y la ansiedad sexual (10, 16). La Psicoterapia Analítico Funcional (FAP) aborda estas dificultades centrándose en las interacciones que ocurren durante las sesiones, las cuales pueden reflejar patrones de evitación o miedo a la intimidad.

Este enfoque permite a los pacientes descubrir nuevas maneras de relacionarse, patrones que pueden trasladarse a su vida sexual y enriquecer sus relaciones interpersonales. FAP crea un entorno terapéutico seguro y de apoyo, donde los pacientes pueden explorar y desafiar las barreras que obstaculizan su capacidad para experimentar la intimidad. Por ejemplo, un paciente que sufre de ansiedad de rendimiento sexual puede mostrarse reacio a abrirse emocionalmente y compartir temas vulnerables con el terapeuta. Esta conducta se identifica como una **CCR1**, ya que el paciente evita compartir su

experiencia emocional y sus sentimientos durante la sesión

Para ilustrar este proceso, tomemos el ejemplo de Juan, un paciente que sufre de ansiedad de rendimiento sexual y se muestra reacio a abrirse emocionalmente y compartir temas vulnerables con el terapeuta. Esta conducta puede observarse como una CCR1, donde el paciente evita el contacto íntimo, utilizando el humor como vía de escape. En una sesión, el terapeuta señala con cuidado (**Regla 1: Observar y nombrar**) que nota cómo desvía la conversación cada vez que aparece algo emocionalmente desafiante. El paciente se ríe fuerte y contesta: “Bueno, vos también tenés que entretenerte, ¿no?”.

En lugar de responder con una broma, el terapeuta elige permanecer presente, en silencio, sin reforzar el patrón evitativo (T2: implicancia emocional desde la presencia). Luego de unos segundos, el paciente, algo incómodo, dice: “Es que si me mirás con tanta atención... siento que tengo que rendir. Como si tuviera que funcionar para vos”. Esta frase constituye una CCR2, ya que representa una expresión directa de su ansiedad interpersonal. El terapeuta interviene activamente (**Regla 2: Evocar CCR2**) y ofrece una alternativa: “¿Y si no tenés que rendir para mí? ¿Y si este fuera un lugar para ensayar qué pasa

cuando no tenés que demostrar nada?”. Esta intervención, además de reforzar naturalmente el momento de vulnerabilidad (**Regla 3: Reforzar CCR2**), habilita una experiencia emocional correctiva basada en la validación relacional.

Al final de la sesión, el terapeuta retoma lo ocurrido y consulta directamente: “¿Cómo fue para vos hablar de eso conmigo? ¿Cómo te sentiste al notar esa tensión y no hacer un chiste, sino quedarte acá?”. Este momento de exploración conjunta del impacto emocional de la escena constituye la **Regla 4: Obtener feedback del paciente**, que permite identificar cómo el vínculo terapéutico está siendo experimentado y qué efectos tiene sobre las CCR. Finalmente, se invita a Juan a observar si esas sensaciones aparecen también en su vida íntima, y a ensayar respuestas similares, favoreciendo la generalización de lo trabajado (**Regla 5: Generalizar**).

El proceso de fomentar la intimidad se alinea con investigaciones que muestran que las interacciones positivas son esenciales para construir vínculos emocionales. Según Laurenceau et al. (14), la intimidad se desarrolla a partir de la reciprocidad en el compartir emociones, lo que resalta la importancia de la apertura en la terapia. Por ejemplo, cuando Juan

expresa su deseo de establecer vínculos más profundos y comparte las emociones que le generan, está dando un paso importante hacia su crecimiento personal. En este contexto, es crucial también que Juan comunique sus sensaciones al terapeuta; por ejemplo, puede mencionar que, aunque se siente un poco tenso al hablar de estos temas, también se siente escuchado y validado, lo que agradece. Este tipo de expresión constituye un movimiento vulnerable porque, en su historia relacional previa, mostrar emociones o agradecer validación fue respondido con castigo —ya sea en forma de burla, indiferencia o desaprobación. En ese contexto, abrirse en sesión y compartir cómo se siente con el terapeuta representa una CCR2, no solo por el contenido, sino porque desafía un patrón aprendido de evitar aquellas conductas que, en el pasado, fueron castigadas. El terapeuta, a su vez, refuerza este comportamiento objetivo (CCR2) ayudando a Juan a identificar cómo esta apertura puede facilitar no solo su relación terapéutica, sino también las interacciones en otros contextos, reflejando así la regla de reforzar naturalmente las CCR2.

Al final del proceso terapéutico, Juan nota que su capacidad para establecer conexiones emocionales se ha fortalecido, lo que no solo mejora su vida sexual, sino

que también enriquece su bienestar emocional general y robustece sus relaciones interpersonales (5). Este ciclo positivo, donde el crecimiento en la intimidad alimenta una mayor satisfacción sexual, contribuye a una vida emocional más plena y saludable.

Vergüenza sexual:

La vergüenza es una emoción profundamente arraigada que puede inhibir la expresión sexual, afectando negativamente la confianza sexual de una persona. Esta emoción podría actuar como un obstáculo significativo para la comunicación abierta sobre deseos y necesidades, generando un ciclo de evitación que perpetúa el malestar sexual (6, 20). Cuando las personas sienten vergüenza respecto a sus deseos o comportamientos sexuales, a menudo se retiran y evitan situaciones que podrían proporcionar satisfacción o conexión emocional, lo que puede llevar a la infelicidad y a una mayor disfunción sexual.

En el contexto de FAP, se trabaja la vergüenza permitiendo que la experiencia del paciente sea validada y transformada en oportunidades para la aceptación y el reconocimiento de sus emociones. Por ejemplo, un paciente que se siente avergonzado por sus deseos sexuales puede

aprender a compartir esos sentimientos en el entorno seguro que proporciona la terapia. Este proceso de recibir afirmación y apoyo del terapeuta facilita que los pacientes reconfiguren su relación con la vergüenza, viéndola como una emoción manejable que no obstaculiza su autenticidad sexual (4). Al hacerlo, los pacientes pueden comenzar a expresar su sexualidad de manera más plena y satisfactoria.

Para ilustrar este proceso, consideremos el caso de María, una mujer de 29 años con vergüenza intensa en relación a su sexualidad. Al comenzar a relatar un recuerdo íntimo, se detiene de manera abrupta y dice: “No quiero que pienses mal de mí”. El terapeuta, al notar el freno en su narrativa y en su cuerpo, se guía por la **Regla 1: Observar la CCR1**, y pregunta: “¿Qué es lo que temés que piense?”. La paciente responde: “Que soy una degenerada. Que te doy asco”. Esta respuesta constituye una CCR1: anticipación de juicio y rechazo en el vínculo terapéutico. En lugar de calmar rápidamente o reasegurar desde el control (T1), el terapeuta permanece emocionalmente presente (T2) y propone quedarse allí: “¿Podemos quedarnos un momento acá, en este miedo de que te rechace? No hay nada que tengas que

explicar. Estoy acá, y escucharte no me genera rechazo.” Esta intervención, al no desviar la emoción ni protegerla de sentirla, buscar evocar una CCR2, al facilitar que María permanezca en contacto con una experiencia emocional que usualmente evita —una conducta nueva y clínicamente relevante en dirección a su apertura emocional (Regla 2: Evocar CCR).

María rompe en llanto y enuncia: “Siempre sentí que si decía esto me iban a sacar del lugar. Incluso ahora lo pensé”. Esta es una CCR2 clara: se expresa desde un lugar que antes evitaba por completo. El terapeuta refuerza naturalmente ese momento de apertura (Regla 3: Reforzar CCR2), y más adelante, al cerrar la escena, consulta: “¿Cómo fue para vos decir eso en voz alta? ¿Cómo fue que yo me quedara acá cuando vos pensabas que me ibas a perder?”. Esta intervención representa la Regla 4: Obtener feedback del paciente, y permite explorar juntos el impacto emocional de lo vivido, consolidando el cambio dentro del vínculo terapéutico.

El terapeuta, en este punto, puede también invitarla a observar si en otros vínculos —fuera del espacio terapéutico— aparecen emociones similares, y a ensayar respuestas más abiertas y valientes en esos contextos. De esta forma, se activa la Regla 5: promover la generalización de las CCR2,

asegurando que los aprendizajes logrados en sesión no queden confinados al consultorio, sino que nutran la vida relacional y sexual de la paciente en un sentido más amplio.

El trabajo de sostener esa emoción en presencia del otro. Habilita una relación flexible con la vergüenza, generando condiciones para que esta emoción no sea un obstáculo en la vida sexual de la persona. A medida que María se siente más segura al hablar sobre su vergüenza, comienza a desarrollar conductas más consistentes con sus valores respecto a su cuerpo y la sexualidad, lo que abre la puerta a una vida sexual más enriquecedora y satisfactoria.

Autenticidad

La autenticidad es un aspecto crucial en el trabajo terapéutico, ya que se refiere a la congruencia entre los sentimientos internos del paciente y su expresión externa. La capacidad de ser auténtico y expresar los propios deseos y necesidades está íntimamente ligada a la satisfacción en la vida sexual. Estudios han demostrado que una expresión auténtica en las relaciones interpersonales, incluida la vida sexual, se correlaciona con niveles más elevados de bienestar emocional y satisfacción (9; 17).

Consideremos el caso de Laura, una mujer de 34 años que relata sus dificultades para expresar lo que necesita en su relación de pareja. En medio de un momento en que empieza a conectar con lo que quiere decir, se detiene y comenta: “Capaz estoy hablando mucho. Si querés que pare, decime”. Esta frase puede leerse como una CCR1 sutil, en forma de autocensura, que encarna su miedo a molestar o ser rechazada cuando pide algo.

El terapeuta, en lugar de promover que siga en su relato dejando pasar la respuesta condescendiente de Laura (T1), interviene desde una T2 basada en sensibilidad y feedback emocional directo: “Justo cuando empezás a decir lo que necesitás, te preocupás por mí. Como si yo también pudiera cansarme si pedís algo”. Esta intervención establece un paralelo funcional con el patrón evitativo de Laura (Regla 1), y podría complementarse con una invitación a sostener el contacto emocional, promoviendo así una CCR2 (Regla 2), por ejemplo: ‘¿Podrías notar tu miedo y continuar con lo que necesitás compartir?’”

La paciente se muestra sensibilizada y responde: “Me pasa eso... que si pido algo, molesto. También me pasa con vos.” Esta declaración constituye una **CCR3**: por primera vez, puede nombrar el patrón de

inhibición en tiempo real, dentro del vínculo. El terapeuta valida su experiencia emocional y sostiene el momento sin corregir ni calmar (**Regla 3: Reforzar CCR2**). Más adelante, antes de finalizar la sesión, le pregunta: “¿Cómo fue para vos decir eso acá, conmigo? ¿Qué sentiste cuando te diste cuenta de que no pasó nada malo al hacerlo?” Esta intervención activa la **Regla 4: Obtener feedback del paciente**, y permite consolidar lo vivido como una experiencia relacional diferente.

Finalmente, el terapeuta invita a Laura a identificar situaciones fuera de la sesión donde aparezcan emociones similares, y a ensayar respuestas menos inhibidas en contextos significativos (**Regla 5: Generalizar**). Este trabajo es especialmente relevante en pacientes cuya historia está marcada por la evitación o castigo de sus expresiones emocionales genuinas. A medida que Laura se siente más segura al hablar sobre su vergüenza, comienza a cuestionar creencias internalizadas y amplía su repertorio conductual en dirección a una sexualidad más alineada con sus deseos y valores.

El trabajo en torno a la autenticidad es fundamental en FAP, ya que permite a pacientes como Laura contactar y responder en forma flexible a emociones que históricamente ha tendido a evitar. A

través del moldeamiento en sesión, Laura amplía su repertorio para conectar con sus deseos auténticos y genuinos. Al sentirse más cómoda al hablar sobre su vergüenza, comienza a cuestionar sus creencias negativas y, por primera vez, se da cuenta de que sus deseos son válidos y dignos de ser expresados.

Otros Problemas Específicos Abordados por FAP en Sexualidad

La Psicoterapia Analítico Funcional (FAP) se aplica eficazmente a un amplio espectro de problemáticas sexuales, lo que la convierte en una herramienta valiosa en el ámbito de la sexología. Este enfoque no solo proporciona un marco sistemático para abordar disfunciones, sino que también se enriquece con métodos tradicionales y científicamente validados para el tratamiento sintomatológico. FAP se centra en las interacciones que emergen en sesión y en la identificación de conductas clínicamente relevantes que reflejan patrones relacionales habituales. Al trabajar con estos paralelos funcionales, los pacientes pueden descubrir nuevas formas de vincularse y llevar esos aprendizajes a su vida sexual y a sus relaciones fuera del consultorio.

Dificultades en la respuesta sexual

La Terapia Analítica Funcional (FAP) se orienta a la comprensión y modificación de patrones conductuales desde una perspectiva funcional, priorizando el análisis del contexto y la función de las conductas por sobre su forma o topografía. En este sentido, se distancia de enfoques categoriales focalizándose en cómo ciertos repertorios conductuales contribuyen al malestar y se mantienen por las consecuencias y la historia de aprendizaje del individuo.

En el abordaje de dificultades sexuales, FAP propone trabajar con las conductas que emergen en sesión y que reflejan patrones relevantes para la vida íntima del consultante. Estas conductas no se abordan por su forma, sino por la función que cumplen dentro del contexto terapéutico, lo cual permite intervenir con mayor precisión y sensibilidad. Por ejemplo, un paciente puede experimentar inhibición o ansiedad cuando el terapeuta enuncia términos como “pene”, “orgasmo” o “penetración”, reaccionando con risas nerviosas, silencios prolongados o desvío de la mirada. Estas respuestas, entendidas funcionalmente como formas de evitación o escape, constituyen oportunidades clínicas valiosas.

Un ejemplo ilustrativo es el de una paciente con anorgasmia, cuya forma de desconexión emocional no solo era relatada, sino que emergía directamente en el vínculo terapéutico. Durante una sesión, el terapeuta comentó con calidez que notaba un leve cambio en su forma de vincularse (Regla 1: Observar y nombrar), por ejemplo, a través de mayor contacto visual o menor rigidez corporal, como si algo en ella comenzara a abrirse. De inmediato, la paciente bajó la mirada, su cuerpo se tensó y dejó de hablar: una **CCR1** clara, encarnada como una forma de “apagado” emocional frente a la cercanía. El terapeuta no respondió con preguntas apresuradas ni interpretaciones (T1 evitada), sino que permaneció en silencio unos segundos, regulando emocionalmente el momento desde la presencia (T2). Luego le preguntó con suavidad: “¿Seguís acá conmigo?”. La paciente respondió, casi inaudible: “Sí... pero me desconecté”. El terapeuta sostuvo la mirada y preguntó: “¿Eso que acaba de pasar, te suena familiar?”. La paciente asintió y dijo: “Sí. Me pasa que me apago cuando alguien se conecta de verdad conmigo. También me pasa con vos.” Este momento constituye una **CCR3** ya que la paciente reconoce en tiempo real el patrón de desconexión emocional y su función, tanto en la sesión como en sus vínculos íntimos. El terapeuta

no se apresura a contener ni a interpretar (T2 mantenida), sino que valida el momento y ofrece quedarse ahí juntos: “No tenemos que avanzar ahora. Podemos quedarnos acá”. Esta respuesta refuerza naturalmente la apertura emergente (**Regla 3**) y permite que la desconexión, antes solo narrada como síntoma sexual, se vuelva una experiencia relacional transformadora. A partir de allí, la paciente comenzó a identificar con más claridad los momentos en los que se apagaba emocionalmente, dándole la oportunidad de volver a conectar fuera de la sesión, lo que facilitó la **generalización del cambio (Regla 5)**.

El trabajo terapéutico en FAP consiste en intervenir sobre estas conductas en el aquí y ahora, modelando y reforzando repertorios más flexibles y tolerantes a la experiencia emocional, que luego puedan generalizarse a los vínculos de la vida cotidiana del consultante. A diferencia de modelos que se centran en categorías diagnósticas rígidas, FAP permite observar cómo ciertas dificultades sexuales están sostenidas por patrones conductuales que se mantienen por sus consecuencias interpersonales, y que pueden ser transformados dentro del vínculo terapéutico.

Problemas de Comunicación Sexual

FAP también fomenta la apertura en la expresión de deseos y límites, desafiando las tendencias de evitación que a menudo caracterizan las interacciones sexuales. En lugar de centrarse exclusivamente en el entrenamiento de habilidades, FAP utiliza el vínculo terapéutico como contexto vivo para practicar la expresión de deseos y límites en tiempo real. Por ejemplo, un paciente que teme hablar sobre sus deseos puede beneficiarse de ejercicios prácticos en la sesión que apunten a mejorar su capacidad de expresar sus necesidades.

Estas intervenciones no solo buscan mejorar la competencia comunicativa, sino que se anclan en el vínculo terapéutico como contexto de ensayo. La relación con el terapeuta ofrece un espacio seguro para que el paciente practique nuevas formas de contacto interpersonal. Por ejemplo, el terapeuta puede modelar y reforzar verbalizaciones más directas o validar expresiones de incomodidad, generando experiencias correctivas en tiempo real. De este modo, la interacción terapéutica se convierte en un laboratorio vivo donde se modifican patrones relacionales que luego pueden generalizarse a los vínculos íntimos del paciente.

Implicaciones Clínicas y Educativas de FAP en la Sexología

La integración de la Psicoterapia Analítico Funcional (FAP) en la formación de terapeutas sexuales tiene el potencial de enriquecer significativamente las herramientas disponibles para abordar la sexualidad desde una perspectiva amplia y comprensiva. FAP no solo se centra en el bienestar del paciente, sino que también establece un marco colaborativo que resulta eficaz al tratar problemas relacionados con la intimidad y la vulnerabilidad sexual (12).

La capacitación de terapeutas en FAP debe incluir un enfoque práctico que permita identificar y modificar conductas clínicamente relevantes problemáticas durante las sesiones. Crear un ambiente de seguridad que fomente la autenticidad y la expresión genuina de deseos y emociones es crucial. Esta formación debe ir más allá de las habilidades técnicas; debe promover la empatía y la aceptación, cualidades esenciales para forjar relaciones terapéuticas, en términos de los autores, “intensas y curativas” (12).

La investigación sobre el bienestar sexual a lo largo de la vida refuerza la importancia de FAP en la terapia sexual. El bienestar sexual es un proceso dinámico que se desarrolla a través de las diferentes

etapas de la vida (3). Por lo tanto, los terapeutas que implementen los principios de FAP estarán mejor preparados para ser sensibles a estas variaciones y sus implicaciones. Al integrar estos hallazgos, no solo abordarán problemas inmediatos, sino que también ayudarán a sus consultantes a navegar su bienestar sexual en el largo plazo.

Con FAP, el terapeuta asume un rol activo como agente de cambio, ofreciendo un contexto interpersonal donde el paciente puede explorar y transformar repertorios que sostienen la evitación, la inhibición o el malestar sexual. No obstante, este proceso requiere que el terapeuta esté en constante observación y análisis funcional de su propio comportamiento en sesión.

Las conductas T1 —aquellas que interfieren con una conexión auténtica, como podría ser evitar temas difíciles, responder desde el control o buscar aprobación— pueden limitar la efectividad del trabajo clínico. En cambio, las T2 representan movimientos hacia una mayor apertura, presencia y coherencia con los valores terapéuticos: son las conductas que el terapeuta desea fortalecer para favorecer una relación transformadora.

Es importante subrayar que tanto las T1 como las T2 deben entenderse desde una

perspectiva funcional y contextual: no se definen por su forma, sino por su efecto en la relación terapéutica y por la historia de aprendizaje del terapeuta. Lo que en un terapeuta constituye una T1 —por ejemplo, mantenerse en silencio ante el llanto del paciente—, en otro podría funcionar como una T2, si implica sostener la emocionalidad sin intentar calmar o desviar. Del mismo modo, una misma conducta —como hacer una pregunta directa o compartir una observación personal— puede ser T1 o T2 dependiendo del contexto, la función y el efecto relacional. Por eso, el trabajo del terapeuta en FAP implica no solo observar al paciente, sino mirarse activamente a sí mismo como participante vivo del vínculo, evaluando momento a momento si sus respuestas favorecen la evitación o abren posibilidades de transformación auténtica.

En este sentido, el terapeuta no solo conceptualiza las conductas del consultante, sino también las propias, reconociendo patrones que emergen en la interacción y que pueden ser modelados, ajustados y reforzados dentro del vínculo. Esta dimensión meta clínica convierte a FAP en un modelo profundamente implicado, donde el cambio terapéutico también se sostiene sobre el cambio del terapeuta.

Como afirman Tsai, Kohlenberg y Kohlenberg (22), “solo podés llevar a tus consultantes hasta donde hayas llegado vos”, recordándonos que la potencia del encuentro terapéutico está directamente relacionada con el trabajo interno del profesional y su capacidad de habitar, con presencia y vulnerabilidad, el espacio relacional que propone. En otras palabras, el terapeuta debe poseer un repertorio amplio y flexible para intervenir. Al mismo tiempo que tiene integrado el repertorio que pretende moldear en sus consultantes

La integración de FAP con otros modelos de psicoterapia

La Psicoterapia Analítico Funcional (FAP) no debe considerarse únicamente en términos de sus técnicas y enfoques propios, sino como un componente dentro de un espectro más amplio de estrategias terapéuticas. La integración de FAP con otros modelos puede enriquecer significativamente la experiencia clínica y ofrecer tratamientos más sensibles y eficaces.

Por ejemplo, al combinar estrategias de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) con FAP, se pueden abordar creencias disfuncionales sobre la sexualidad, mientras que FAP permite trabajar en tiempo real sobre los patrones

interpersonales y emocionales que emergen durante la sesión. Esta sinergia puede ser particularmente útil para ayudar a los pacientes a superar la vergüenza, la inhibición o la ansiedad que con frecuencia rodean su vivencia sexual.

La evidencia empírica respalda este tipo de integración. Se ha planteado cómo la integración de FAP con la TCC potencia el abordaje de las problemáticas clínicas mediante el moldeamiento de nuevos repertorios en el marco de la relación terapéutica (11). Kohlenberg, Tsai y Dougher (13) propusieron una reconceptualización conductual de la terapia cognitiva para la depresión, mostrando cómo los principios de FAP pueden potenciar los efectos del tratamiento mediante el uso del vínculo terapéutico como contexto de cambio. En su artículo, describen un caso clínico que ilustra cómo la incorporación de intervenciones funcionales, centradas en la relación terapéutica, mejora la eficacia del abordaje clásico de la TCC en casos de depresión persistente.

Estos hallazgos refuerzan la utilidad de pensar la intervención desde una lógica integrativa, donde los procedimientos estructurados de la TCC se complementan con la sensibilidad contextual, relacional y funcional de FAP. En el ámbito de la

sexualidad, esta combinación permite no solo modificar pensamientos automáticos o esquemas disfuncionales, sino también generar nuevas formas de contacto más auténticas y abiertas.

Conclusiones

La Psicoterapia Analítico Funcional (FAP) se ha establecido como un enfoque transformador en el ámbito de la sexología, integrando la intimidad como un elemento central de la relación terapéutica. Su metodología permite no solo la modificación de conductas problemáticas en tiempo real, sino que cataliza cambios profundos en la vida sexual de las personas, promoviendo una expresión más auténtica, libre y sin juicios.

Al abordar cuestiones críticas como la vergüenza, la inhibición y la autenticidad, FAP se configura no solo como una herramienta clínica, sino también como un modelo formativo que permite a los y las terapeutas identificar, observar y moldear sus propias respuestas en sesión (T1 y T2), comprendiendo que la transformación del consultante se construye también sobre el repertorio disponible del profesional.

Esta práctica clínica requiere algo más que entrenamiento técnico. Demanda

una implicancia relacional profunda, una disposición a habitar la incomodidad, a sostener lo que emerge sin defenderse ni apurarse a intervenir. Las intervenciones en FAP no se centran únicamente en el contenido, sino en la función relacional que las conductas cumplen. Y eso incluye también al terapeuta como parte activa del sistema de cambio.

Sin embargo, para que FAP pueda desplegar su potencial, es necesario que las instituciones formadoras acompañen este modelo con entrenamientos experienciales, supervisión comprometida y un enfoque que contemple la diversidad sexual y relacional en sus múltiples formas. Esto incluye el trabajo explícito sobre los propios repertorios emocionales del terapeuta sexual y su capacidad para sostener lo que ocurre en el vínculo terapéutico, incluso cuando eso toca zonas incómodas, personales o culturalmente no validadas.

La relación terapéutica, en este marco, se convierte en un espacio de validación y expansión de identidades. Como ha sido trabajado también en intervenciones con poblaciones sexualmente diversas (18), el vínculo permite moldear repertorios nuevos, más libres y sostenidos en contextos reforzantes. En un mundo saturado de técnicas, cultivar

presencia, conexión y coraje relacional es una forma desafiante de hacer clínica.

Como lo señaló Tsai (21), la vulnerabilidad es el núcleo de las relaciones humanas auténticas, y, por ende, también del bienestar sexual. Al practicar esta intimidad en sesión, el terapeuta se convierte en un agente de transformación no solo para su consultante, sino para la cultura profesional que habita.

A futuro, será crucial centrar la investigación en la eficacia de FAP en diversas poblaciones, así como en el desarrollo de métodos de evaluación que no se limiten a registrar cambios sintomáticos, sino que capten también transformaciones más sutiles en la calidad de las relaciones, la autoimagen sexual y la seguridad relacional.

Adoptar FAP es comprometerse con una psicoterapia viva, sensible y contextual, que se arriesga a habitar lo incómodo y a validar lo silenciado. Es apostar por una práctica clínica que no solo repara, sino que reescribe —con presencia, amor y evidencia— la historia relacional y sexual de quienes nos consultan.

Recomendaciones para la Práctica y la Investigación:

A partir de los aportes desarrollados en este artículo, se proponen las siguientes líneas de acción para terapeutas, docentes y profesionales de la salud mental interesados en integrar FAP a su abordaje sexológico:

1. Capacitación profunda en FAP:

La formación en Psicoterapia Analítico Funcional debe incluir instancias prácticas, supervisión y entrenamiento experiencial, para que los profesionales desarrollen un manejo sensible, contextual y efectivo de las conductas clínicamente relevantes que emergen en sesión.

2. Aplicación relacional y orientada a la autenticidad:

Se alienta a los terapeutas a utilizar el vínculo terapéutico como escenario activo de transformación, promoviendo conductas de intimidad, apertura y expresión genuina tanto en los consultantes como en sí mismos, con especial énfasis en el trabajo sobre vergüenza, deseo y expresión emocional.

3. Investigación empírica y longitudinal:

Se requiere producir evidencia sistemática sobre la eficacia de FAP en el ámbito de la

sexualidad, incluyendo no solo medidas sintomáticas, sino indicadores de calidad vincular, bienestar sexual, autenticidad relacional y transformación identitaria.

4. Articulación interdisciplinaria:

Es clave fomentar colaboraciones entre psicoterapeutas, sexólogos, investigadores, educadores y profesionales de la salud sexual para construir abordajes integrales, culturalmente sensibles y técnicamente sólidos.

Estas acciones no solo permitirán una mayor precisión clínica, sino también una contribución sustantiva al desarrollo de una sexología contemporánea, inclusiva y emocionalmente comprometida con el bienestar relacional y sexual de las personas.

Nota

Los casos clínicos incluidos en este artículo han sido modificados con fines ilustrativos. Aunque se basan en situaciones reales, los nombres, edades y ciertos detalles contextuales han sido alterados para proteger la identidad de los pacientes. Las intervenciones descritas reflejan procedimientos utilizados en terapia, pero no representan transcripciones literales. Este trabajo cumple con los estándares

éticos aplicables para la protección de la confidencialidad en publicaciones clínicas.

Referencias bibliográficas:

1. Bancroft, J. (2009). *Human sexuality and its problems* (3rd ed.). Elsevier Health Sciences.
2. Brotto, L. A. (2017). *Better sex through mindfulness: How women can cultivate desire*. Greystone Books.
3. Brotto, L. A., Smith, K. B., & Breckon, E. (2020). Sexual well-being is multifaceted and extends beyond sexual function: A survey of adult Canadians. *The Journal of Sexual Medicine*, 17(3), 480–494. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.12.014>
4. Brown, B. (2012). *Daring greatly: How the courage to be vulnerable transforms the way we live, love, parent, and lead*. Gotham Books.
5. Callaghan, G. M., Summers, C. J., & Weidman, M. (2003). The treatment of histrionic personality disorder with functional analytic psychotherapy. *Clinical Case Studies*, 2(4), 291–304. <https://doi.org/10.1177/1534650103259685>
6. Gilbert, P. (2003). Evolution, social roles, and the differences in shame and guilt. *Social Research*, 70(4), 1205–1230.
7. Kanter, J. W., Tsai, M., & Kohlenberg, R. J. (2010). Introduction to the practice of functional analytic psychotherapy. En J. W. Kanter, M. Tsai, & R. J. Kohlenberg (Eds.), *The practice of functional analytic psychotherapy* (pp. 1–10). Springer.
8. Kanter, J. W., Tsai, M., & Kohlenberg, R. J. (2014). *The practice of functional analytic psychotherapy*. Springer Science & Business Media.
9. Kashdan, T. B., & Roberts, J. E. (2004). Social anxiety, depressive symptoms, and post-event rumination: Affective consequences and social contextual influences. *Journal of Anxiety Disorders*, 18(5), 573–594. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2003.08.004>
10. Kashdan, T. B., McKnight, P. E., Fincham, F. D., & Rose, P. (2007). When curiosity breeds intimacy: Taking advantage of intimacy opportunities and transforming boring conversations. *Journal of Personality*, 75(1), 81–120. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2006.00435.x>
11. Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Tsai, M., & Weeks, C. E. (2010). FAP and cognitive behavior therapy. En J. W. Kanter, M. Tsai, & R. J. Kohlenberg (Eds.), *The practice of functional analytic psychotherapy* (pp. 11–30). Springer.
12. Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy: A guide for creating intense and curative therapeutic relationships*. Springer Science & Business Media.
13. Kohlenberg, R. J., Tsai, M., & Dougher, M. J. (1993). Improving cognitive therapy for depression with functional analytic psychotherapy: Theory and case study. *The Behavior Analyst*, 16(1), 109–120. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2733466/>
14. Laurenceau, J. P., Barrett, L. F., & Pietromonaco, P. R. (2005). Intimacy as an interpersonal process: The importance of self-disclosure, partner disclosure, and perceived partner responsiveness in interpersonal exchanges. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88(5), 1238–1251. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.88.5.1238>
15. Mangabeira, D., Kanter, J. W., & da Silva, A. D. (2012). Functional analytic psychotherapy and sexual problems: A conceptual analysis. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7(1), 16–22. <https://doi.org/10.1037/h0100931>
16. McCabe, M. P., & Connolly, C. M. (2014). Sexual dysfunction and therapeutic strategies in the context of couple therapy. *Sexual and Relationship Therapy*, 29(3), 315–326. <https://doi.org/10.1080/14681994.2014.918784>
17. Miller, R. S., Wexler, S., & Brehm, S. S. (2018). Intimacy and authenticity in close relationships. *Journal of Social and Personal Relationships*, 10(2), 217–234.
18. Plummer, M. D. (2010). FAP with sexual minorities. En J. W. Kanter, M. Tsai, & R. J. Kohlenberg (Eds.), *The practice of functional analytic psychotherapy* (pp. 149–172). Springer.
19. Reis, H. T., & Shaver, P. (1988). Intimacy as an interpersonal process. En S. Duck (Ed.), *Handbook of personal relationships* (pp. 367–389). John Wiley & Sons.
20. Tangney, J. P., & Dearing, R. L. (2002). *Shame and guilt*. Guilford Press.

21. Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Holman, G. I., & Kouros, C. (2009). *A guide to functional analytic psychotherapy: Awareness, courage, love, and behaviorism*. Springer Science & Business Media.
22. Tsai, M., Kohlenberg, B., & Kohlenberg, R. J. (2012). Only to the extent that we expose ourselves over and over to annihilation can that which is indestructible be found in us: A perspective on courage in FAP. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 8(2), 8–12. <https://doi.org/10.1037/h0100987>