

**REDUCIENDO CONDUCTAS DE EVITACIÓN EN UNA MUJER ADULTA JOVEN:**

**UN ESTUDIO DE CASO ÚNICO DESDE LA PSICOTERAPIA ANALÍTICA FUNCIONAL**

**LEIDY LORENA HERRERA BRIÑEZ**

**CLAUDIA ELIZABETH GAMBOA ALDANA\***

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA  
FACULTAD DE PSICOLOGIA  
ESPECIALIZACION COMPORTAMENTAL COGNOSCITIVA  
IBAGUÉ, Colombia  
NOVIEMBRE 2010**

---

\* Director de Tesis

## Tabla de contenido

Tabla de contenido	i
Lista de Figuras	ii
Lista de Anexos	iii
Resumen	1
Introducción	3
Marco Teórico	7
Definición del problema	16
<i>Descripción del caso</i>	16
<i>Unidad de análisis</i>	18
<i>Hipótesis explicativa</i>	19
Pregunta de investigación	20
Objetivos	20
<i>Objetivo General</i>	20
<i>Objetivos específicos</i>	20
Método	21
<i>Diseño</i>	21
<i>Variable Dependiente</i>	21
<i>Variable Independiente</i>	21
<i>Instrumentos</i>	22
<i>Procedimiento</i>	23
<i>Fase de evaluación</i>	23
<i>Fase de intervención</i>	24
Resultados	30
Discusión	35
Referencias	39
Anexos	41

**Lista de Gráficas**

<i>Gráfica 1. Frecuencia de las topografías de la conducta 1. Línea de Base e Intervención.</i>	31
<i>Gráfica 2. Frecuencia de la conducta 1 en la fase de línea de base y la fase de intervención.</i>	32
<i>Gráfica 3. Frecuencia de las topografías de la conducta 2. Línea de Base e Intervención.</i>	34
<i>Gráfica 4. Frecuencia de la conducta 2 en la fase de línea de base y la fase de intervención.</i>	34

## **Lista de Anexos**

### **Anexo A**

**Formulación de caso**

### **Anexo B**

**Registro antecedente-conducta-consecuente (Fase de Evaluación)**

### **Anexo C**

**Registro antecedente-conducta-consecuente (Fase de Intervención)**

### **Anexo D**

**Registro de “autodescripción”**

### **Anexo E**

**Preguntas para evaluar interacciones sociales**

### **Anexo F**

**Registro comparativo de las explicaciones sobre las conductas**

**REDUCIENDO CONDUCTAS DE EVITACIÓN EN UNA MUJER ADULTA JOVEN: UN ESTUDIO DE CASO  
ÚNICO DESDE LA PSICOTERAPIA ANALÍTICA FUNCIONAL**

***Resumen***

El presente trabajo tiene como finalidad exponer los cambios comportamentales que resultan de intervenir desde la Psicoterapia Analítica Funcional (perteneciente a las terapias de tercera generación basadas en los principios del Análisis Comportamental Aplicado) en el caso de una mujer adulta joven que presenta conductas de evitación ante situaciones en las cuales requiere hacer autodivulgación de aspectos relacionados con su apariencia física, sus interacciones personales, familiares y emocionales-afectivas y frente a situaciones que implican confrontación.

Se utilizó un diseño A-B correspondiente a línea de base e intervención, donde para determinar las topografías a medir en las dos fases se clasificó la información en la herramienta Formulación de Caso Clínico del enfoque Comportamental – Cognoscitivo propuesto por la Pontificia Universidad Javeriana, para lograr la identificación de las conductas blanco y operacionalizándolas para aplicar los componentes de la PAF que se resumen en Conductas Clínicamente Relevantes y cinco reglas para la intervención.

Los resultados muestran que si bien a nivel gráfico se identifican leves cambios en las conductas blanco, la mayor modificación se evidencia en el reporte verbal de la consultante y en las características de la relación terapéutica en el contexto de la consulta, mostrando así, que los principios en los que se basa la PAF (manejo del lenguaje y calidad de la relación terapéutica) influyen en la modificación de repertorios comportamentales dentro del contexto terapéutico y que son generalizables a otros contextos.

***Palabras claves:*** Psicoterapia Analítica Funcional, Análisis Comportamental Aplicado, conductas clínicamente relevantes, reglas de intervención, formulación de caso.

### ***Abstract***

This paper aims to explain the behavioural changes that are involved from Functional Analytic Psychotherapy (belonging to the third generation therapies based on the principles of Applied Behavioural Analysis) in the case of a young adult woman who presents disclosure behaviour in situations where required to do reports about aspects of her physical appearance, personal, family and emotional-affective interactions, and to face situations that involve confrontation.

AB design was used for baseline and treatment, where to determine the indicators to measure the baseline information was classified Tool Case Formulation Clinical Behavioural approach - Cognitive proposed by the Pontificia Universidad Javeriana, to achieve the identification of target behaviours and operationalized to implement the components of the FAP are summarized in clinically relevant behaviours and five rules for intervention.

The results show that while a level graph identify slight changes in target behaviours, the most substantial change is evident in the verbal report of the consultant and the therapeutic relationship characteristics in the context of the query, showing so that the principles underlying the FAP (use of language and quality of the therapeutic relationship) influence the modification of behavioural repertoires within the therapeutic context and are generalizable to other contexts.

***Key words:*** Functional Analysis Psychotherapy, Applied Behavioural Analysis, clinically relevant behaviours, rules of engagement, case formulation.

Durante la historia de desarrollo de la psicología experimental, se ha tratado de dejar evidencia de los hallazgos realizados en la investigación para corroborar, falsear o complementar las teorías que estudian al ser humano como individuo que se comporta (entiéndase que este comportamiento es relativo a la visión desde la cual se aborda al sujeto) los resultados de estos estudios han encausado el desarrollo de la psicología a través de la confirmación de hipótesis, así como también ha permitido identificar variables que pueden influir en el comportamiento y que requieren ser abordadas desde uno u otro enfoque para lograr una mayor comprensión del mismo.

Los diversos enfoques se sustentan en planteamientos epistemológicos que han buscado establecer una explicación y/o comprensión de la manera en como una persona se comporta en un contexto y cómo ese contexto es parte también de su conducta. Sin embargo, es de resaltar que en la disciplina psicológica es difícil enmarcar al individuo en una sola postura, por lo que los investigadores se han “arriesgado” a plantear teorías desde las cuales se busca comprender y/o explicar el comportamiento y, más que comprenderlo y/o explicarlo, se han propuesto contribuir, a través de algún tratamiento, a intentar hacer más llevadero el malestar que muchos de los consultantes reportan al momento de buscar ayuda.

Dentro de la multiplicidad de enfoques, compete para el desarrollo del presente trabajo, abordar el caso desde el conductismo radical, “...la filosofía que emerge del análisis experimental de la conducta” (Pool, 2005; p. 79), análisis que se desarrollaba en el contexto de laboratorio con animales y de donde se obtuvieron principios que podían equipararse para el estudio de la conducta humana, de ahí que se diera paso al análisis comportamental aplicado como “...una de las tendencias mayores de la terapia de la

conducta” (Pérez, 1996, p. 43) la cual, como ya se ha dicho, se utilizaba al inicio con fines experimentales más que clínicos, pero que debido a sus óptimos efectos en la modificación de conductas, fue dirigido también a la obtención de resultados dentro del contexto clínico en terapia.

El presente trabajo se aborda desde una metodología de estudio de caso único con un diseño A-B en el cual “se especifica claramente la conducta objetivo y se toman medidas de manera repetida a lo largo de las fases de experimentación A y B.” (Barlow, Hersen, 1988, p. 133), teniendo presente que A hace referencia a la línea de base y B a la intervención en la cual se toman medidas de las categorías obtenidas a través del análisis funcional elaborado con base en la información derivada de la evaluación del caso. Vale la pena resaltar que dicha evaluación del caso no se ve como un proceso apartado de la intervención, esto debido a que desde la perspectiva comportamental, durante el trabajo terapéutico el investigador está evaluando de manera constante tanto los posibles cambios, como las variables que intervienen en la modificación de las conductas definidas como objetivo.

Como complemento a lo anterior, es importante mencionar que desde el análisis aplicado del comportamiento se “ha desarrollado una metodología de diagnóstico, conocida como *análisis funcional*” (Reep, Horner, 2000, p. 80) la cual surge como “alternativa válida para la conceptualización y evaluación de los problemas psicológicos, frente a los sistemas de diagnóstico médico-psiquiátricos” (Perona, Rivas, 1996, p. 237), ya que las unidades de análisis se estaban estableciendo por las características topográficas, llevando a categorizar la conducta con “etiquetas” diagnósticas que, en la mayoría de las ocasiones, resultaban poco útiles para la modificación de comportamientos, esto debido a la reificación de las conductas sin tener en cuenta la



funcionalidad de las mismas, es decir, dejando de lado las posibles variables de las cuales la conducta es función. Con esto no se pretende afirmar que la topografía es un aspecto irrelevante al momento de analizar un caso, por el contrario, se asume que estas características hacen parte de la unidad de análisis, pero como complemento a las características de funcionalidad de los comportamientos presentados por el sujeto para así poder enfocar la intervención hacia la relación funcional y no sólo hacia la topografía.

Para llevar a cabo el análisis funcional del caso acá expuesto, se utilizó como herramienta el modelo de Formulación de caso clínico del enfoque comportamental–cognoscitivo propuesto por la Pontificia Universidad Javeriana, el cual se encuentra en proceso de validación, por lo que el presente estudio puede contribuir con información que de cuenta de la utilidad del mismo para los procesos de valoración e intervención de casos clínicos.

Al realizar el análisis funcional del caso, se establecen de manera clara las categorías o conductas blanco que van a ser el objeto de intervención. En este caso en particular, el acercamiento al caso se hará desde una perspectiva no mediacional fundamentada en el conductismo radical y que está categorizada dentro del grupo de las terapias de conducta que se han denominado de tercera generación. “Las terapias de tercera generación provienen de la tradición de la terapia del comportamiento” “...estas nuevas terapias no se centran en la eliminación, cambio o alteración de los eventos privados (especialmente la cognición o el pensamiento) con el objetivo de alterar o modificar la conducta de la persona.” (Mañas, p. 32), en lugar de eso “estas modalidades de trabajo en la clínica tienen en común un planteamiento contextual, otorgan un énfasis singular al análisis de la funcionalidad de la conducta, toman la flexibilidad como criterio de adaptación ante

los problemas (en vez de centrarse en la desaparición del síntoma) y despsiquiatrizan o desmedicalizan las categorías diagnósticas tradicionales.” (Barracas, 2009, p. 111), se interesan por la relación terapéutica y lo que acontece en el contexto de la misma, para así facilitar cambios que puedan ser aplicados a otros contextos fuera de la consulta, sin centrarse en generar cambios en el pensamiento y/o sentimiento, sino más bien llevando al sujeto a la comprensión de la funcionalidad de su comportamiento y cómo las variables que contribuyen al mantenimiento del mismo han generado una sensación de malestar.

En el presente estudio de caso único se presenta la forma en que se aplican los postulados de la Psicoterapia Analítica Funcional, así como los cambios que se dan sobre las conductas definidas como objeto de intervención. Con este estudio se pretende, en primer lugar, identificar los cambios al intervenir desde la psicoterapia analítica funcional en una mujer adulta joven que presenta repertorios de evitación en su comportamiento. En segundo lugar, se busca aportar a la literatura concerniente al abordaje de casos desde perspectivas de corte comportamental, en especial las denominadas terapias de tercera generación y así aportar en la identificación de fortalezas, aspectos a mejorar o posibles ajustes que se requieran para las aplicaciones en el contexto social colombiano.

## Marco Teórico

Desde el análisis del comportamiento, el estudio del ser humano se ha llevado a cabo teniendo en cuenta que el hombre es el resultado de un compuesto de factores biológicos, socio–culturales y personales, en donde éstos últimos se forman a través de la historia de contacto con las contingencias en su entorno. Muchas veces esas contingencias resultan en el establecimiento y/o mantenimiento de relaciones poco convencionales, que dificultan el funcionamiento del individuo y generan malestar frente a situaciones de la vida cotidiana en determinados contextos. Cuando esto se presenta, pueden suceder dos cosas: la primera es que el individuo haga caso omiso de la situación que vivencia y perpetúe la evitación de la situación o situaciones en las que se hace evidente su malestar. La segunda, que busque ayuda u orientación profesional para encontrar respuestas a lo que considera “problema” y pueda desarrollar estrategias para contrarrestar los efectos de dicho malestar.

En caso que sea la segunda opción, se entiende entonces que existen diferentes perspectivas desde las cuales se pueden abordar las dificultades presentadas por el individuo; cada una de esas perspectivas plantea una forma (técnica) desde la cual intervenir.

Como se ha dejado ver hasta el momento, el presente trabajo se aborda desde la perspectiva conductista radical<sup>1</sup>, cuyo mayor representante es B.F. Skinner, quien

---

<sup>1</sup> entiéndase radical no con el sentido común con el cual se significa la palabra como algo tajante e intransigente sino más bien como proveniente de raíz, hace referencia a aquel que busca profundamente e intenta llegar a la base del comportamiento humano para así intentar dar cuenta del mismo y de las variables que intervienen en su mantenimiento (Kohlenberg, Tsai, 2007).

estableció “un equilibrio entre el mentalismo y el conductismo metodológico, ya que el primero descuida los hechos antecedentes externos, y el segundo, al interesarse exclusivamente en éstos, pierde de vista el autoconocimiento y la autoobservación.” (Pool, 2005, p.81) de igual manera propone una teoría en la que se tenga presente que el comportamiento del individuo, además de forma tiene un contenido y éste debe ser analizado teniendo en cuenta las variables del contexto, para así determinar su funcionalidad y hallar de raíz aquellas contingencias que han permitido su mantenimiento; en esta teoría no caben los constructos mentalistas que tienden a dar explicaciones tautológicas al comportamiento del sujeto.

Plazas (2006) plantea: Para Skinner, un organismo no actúa de una manera determinada para ser reforzado, sino más bien, la conducta de dicho organismo se presenta por que en el pasado fue reforzado en situaciones similares a la actual. Skinner no rechazó la existencia de propósitos, intenciones, deseos, intereses u objetivos, ni que éstos dirijan la conducta, lo que rechazó fue el recurso de utilizarlos como explicaciones últimas de la conducta, porque aun tales propósitos e intenciones tienen que ser explicados y sus orígenes siempre se encuentran en la historia de reforzamiento de la persona (p. 374). Lo anterior lleva a tener claridad sobre el propósito del conductismo radical a través del análisis aplicado del comportamiento como alternativa de la terapia de conducta que se ocupa del análisis funcional de la conducta operante (Pérez, 1996); denominada de esa forma debido al efecto que tiene sobre el ambiente y que éste tiene a su vez sobre la conducta.

Peña y Robayo (2007) sugieren que Skinner parte de suponer que buena parte del repertorio conductual de la especie humana es operante, es decir, es conducta controlada

por los efectos que ésta tiene en el ambiente al ser emitida y de las relaciones funcionales que tales efectos implican (p. 655). Así, para la realización del análisis funcional del caso objeto de estudio, es pertinente tener presente estos postulados no mediacionales, especialmente en lo relacionado con el lenguaje, ya que los comportamientos están inmersos en una comunidad verbal y para Skinner el lenguaje es, de hecho, el único aspecto que diferencia a los humanos de los animales, por lo cual requirió de su mayor atención, desarrollando así una de sus obras más importantes denominada “Conducta Verbal”, la cual le llevo 23 años en escribir (Plazas, 2006) y de donde emerge parte de las bases teóricas para las terapias de conducta, en especial las de tercera generación que serán abordadas más adelante. Con base en lo anterior, Plazas (2006) propone que para Skinner las palabras no son las expresiones de las ideas sino conducta operante que se presenta ante un evento dado de acuerdo a una historia de reforzamiento específica. La conducta verbal es la conducta operante mediada por otros, y en su libro realiza un análisis funcional del uso del lenguaje, estudiando la interacción entre el hablante y el oyente. La conducta verbal depende de una comunidad verbal que nos la proporciona (p. 378).

De los anteriores planteamientos se desprende la importancia del lenguaje en el abordaje clínico terapéutico de un caso, ya que la mayor parte de la relación entre consultante y terapeuta está mediada por la expresión verbal; el consultante, la mayor parte del tiempo esta relatando, “describiendo” lo que le sucede, hace una interpretación de su acontecer y la verbaliza al terapeuta intentando que éste comprenda lo que quiere decir para encontrar explicación y solución a lo que considera molesto, el terapeuta por su parte debe lograr entrar en el juego de lenguaje del consultante para identificar las

posibles relaciones funcionales que determinan la presencia, evitación o ausencia de un comportamiento.

Para la intervención del caso que compete a este estudio, se utiliza la Psicoterapia Analítica Funcional, la cual cabe dentro de las llamadas terapias de tercera generación, ésto junto con la Terapia de Aceptación y Compromiso y la Terapia Conductual Dialéctica, por mencionar las más reconocidas. Comparten estas terapias el hecho de estar basadas en los preceptos de la importancia de la conducta verbal y de las relaciones terapéuticas en el mismo contexto de la consulta, es decir, se basan en el análisis funcional de la relación en “tiempo real”.

Las terapias de tercera generación “proponen elementos como por ejemplo, las terapias de corte existencial y experiencial” (Novoa y Guzmán, 2008, p. 266), elementos que se utilizan en sesión en el contexto de la terapia, en especial en la PAF, dentro de sus postulados se propone la identificación de tres tipos de conducta, denominadas así: conductas clínicamente relevantes tipo 1 (CCR1), conductas clínicamente relevantes tipo 2 (CCR2) y conductas clínicamente relevantes tipo 3 (CCR3). Las CCR1 hacen referencia a los problemas que presenta el consultante en el desarrollo de las sesiones y que implica el desarrollo de la relación terapéutica; en este espacio entonces es donde se pueden evidenciar y evaluar las conductas del consultante para identificar la funcionalidad de las mismas. Las CCR2 corresponden a las modificaciones o mejoras evidenciadas por el consultante y que pueden ser producto de la relación terapéutica y las CCR3 se constituyen de aquello “que el cliente dice acerca de su conducta y de lo que le parecen sean sus causas. Consiste pues en las razones y justificaciones” (Pérez, 1996, p. 120).

La Psicoterapia Analítica Funcional se basa en la relación que se presenta en el contexto de terapia para de allí derivar la información con la que se formula el caso y se plantea su intervención; todo el proceso de esta terapia se realiza en el espacio de la consulta a través de los componentes que forman la PAF. Estos componentes se refieren a “la identificación de conductas clínicamente relevantes y a las reglas para una actuación terapéutica relevante” (Pérez, 1996, p. 118). Kohlenberg y Tsai (2007, p. 21) proponen que “La PAF se basa en estudiar las formas en que puede utilizarse el reforzamiento, la especificación de conductas clínicamente relevantes y la generalización, dentro de las restricciones que impone el ambiente típico de despacho donde se suele aplicar el tratamiento”, es decir, que se ha de sacar el máximo provecho a la interacción que se da durante las sesiones, pues éste es el escenario en el cual es posible poner en práctica los elementos de este tipo de terapia y que en última instancia busca que los cambios que presente el individuo en consulta sean aplicados, generalizados a los contextos en su vida cotidiana, fuera del consultorio.

Ferro, Valero y López, (2007) retoman el planteamiento de Kohlenberg y Tsai acerca de la PAF y afirman que ésta “se basa en los principios del conductismo radical, y enfatiza las contingencias que ocurren durante la sesión terapéutica, el contexto terapéutico, la equivalencia funcional entre los ambientes, el reforzamiento natural y el moldeamiento”, estos principios son lo que enmarcan el desarrollo de la terapia y son los mismos principios que se espera sean evidenciados durante el desarrollo del presente trabajo de investigación. Para una mayor aproximación y comprensión de lo abordado hasta el momento y tomando en cuenta los aspectos relevantes para la aplicación y

ejecución en el caso asumido para el estudio se describen a continuación los componentes de la PAF como terapia de conducta.

Antes de abordar los componentes es pertinente tener presente que el terapeuta debe contar con habilidades para el desarrollo de esta técnica, ya que como se ha descrito se basa en el análisis de las situaciones dadas en el propio contexto de terapia y se enmarcan en la expresión verbal del consultante, por lo tanto el oyente (en primera instancia el terapeuta) es quien a través de la escucha y la observación debe iniciar la identificación de las variables que interfieren en el funcionamiento de la persona, “resulta muy importante la capacidad del terapeuta para discriminar y, en consecuencia, responder de forma competente cuando las verbalizaciones o acciones del paciente tienen una función de respuesta particular.” (Barraca, 2009, p. 113). Estas habilidades hacen parte del trabajo en consulta tanto para la fase de evaluación como para la fase de intervención, ya que en varias ocasiones lo que puede ser una expresión que indique castigo debería por el contrario ser reforzada por la funcionalidad que esta tiene según la particularidad del caso, “por ejemplo, si un paciente poco asertivo se niega a llevar a cabo el entrenamiento en habilidades sociales el terapeuta debería reforzar esa conducta, en vez de castigarla, pues, en lenguaje de FAP, se trataría de una CCR2 (Conducta Clínicamente Relevante 2).” (Barraca, 2009, p. 113).

De ahí la importancia que se otorga en la PAF al lenguaje y a la relación terapéutica, ya que se requiere establecer una interacción que simula la relación del consultante con un agente “externo” “cualquier persona del mundo fuera del espacio en el consultorio”. Kohlenberg y Tsai (2008) comentan acerca de las relaciones terapéuticas. La relación terapéutica ha estado olvidada en la Terapia de Conducta durante muchos años o, peor



aún, no ha sido tenida en cuenta. A partir de esta terapia, lo que ocurre durante la sesión es fundamental, en ella se resalta la equivalencia funcional existente entre lo que ocurre en la situación clínica y lo que pasa en la vida diaria del cliente (p. 505).

Ahora bien, los componentes a los que se hace mención, abarcan las denominadas Conductas Clínicamente Relevantes (CCR) y las reglas para la aplicación en terapia. Las primeras son de tres tipos (como se mencionó y describió con antelación), las Conductas Clínicamente Relevantes tipo I (CCR1), las Conductas Clínicamente Relevantes tipo II (CCR2) y las Conductas Clínicamente Relevantes tipo III (CCR3), cada una de estas conductas clínicamente relevantes se detecta en los comportamientos del consultante durante la sesión, y éstos comportamientos pueden ser cualquier cosa que el individuo habla, hace, piensa, recuerda, oye entre otras (Ferro, Valero, López, 2009), cada una de éstas es material para la elaboración del análisis funcional y cada una se refiere a instancias particulares en la terapia; las CCR1 son todas aquellas problemáticas que presenta el individuo durante el desarrollo de la sesión, más que la verbalización de sus problemáticas son las que se presentan en “el aquí y el ahora” de la interacción con el terapeuta. Las CCR 2 “son las conductas que se consideran mejoras del cliente que ocurren durante la sesión.” (Ferro, Valero, López, 2009, p. 256) y las CCR3 se refiere a todo lo que el consultante dice acerca de su conducta, las explicaciones que da para la misma, las causas según su pensar (Pérez, 1996). “Es decir, observaciones y descripciones de la conducta de uno mismo y de los estímulos reforzantes, discriminativos y elicidores que están asociados a ella.” (Ferro, Valero y López, 2009, p. 256). Durante el proceso con el consultante, el terapeuta debe identificar la presencia de estos tipos de conducta, sin embargo, es una tarea compleja

dado a que en ocasiones se dificulta la diferenciación de unas a otras y a que lo que en un momento determinado puede parecer una CCR1 en otra instancia puede llegar a ser una CCR2; por esta razón para la aplicación terapéutica de la PAF se necesita que el terapeuta haga uso de las siguientes reglas, sin que eso implique que deban cumplirse como un protocolo. La técnica terapéutica ha sido denominada “Las Cinco Reglas” y se exponen a continuación:

Regla 1: Búsqueda de las CCR’s, a través de la observación y la entrevista se pueden identificar las conductas que son problema para el consultante, así como también los indicadores de mejoría y las explicaciones que da a su comportamiento.

Regla 2: Propiciar la ocurrencia de CCR’s, en esta regla es clave el comportamiento del terapeuta puesto que se pretende evocar aquellas situaciones que susciten CCR1 pero también reforzar las CCR2 como indicadores de mejoría por parte del consultante. El terapeuta debe ser hábil para “crear” el ambiente donde se presenten las CCR’s.

Regla 3: Reforzar las mejorías o CCR2, como la terapia facilita que los cambios comiencen a darse en el mismo contexto de la intervención, es necesario que allí mismo el terapeuta lleve a cabo el refuerzo de las mejorías dadas por efecto de la aplicación de las reglas descritas y del adecuado manejo de la relación terapéutica. “El reforzamiento es imprescindible en el cambio de conducta siendo, por demás, central en la PAF” (Pérez, 1996, p. 131). En esta regla se habla de dos tipos de enfoques, los directos y los indirectos, los primeros, “se refieren a lo que ha de *hacer* el terapeuta en el momento que se da la conducta que interesa reforzar” (Pérez, 1996, p. 131) y los segundos se relacionan con condiciones o características que debe poseer el terapeuta para dar paso al reforzamiento de forma natural (Pérez, 1996).

Regla 4: Observación del potencial que se tiene como terapeuta para reforzar las conductas del consultante: “el terapeuta debe observar la relación reforzante entre su conducta y la del cliente, y no sugiere que el terapeuta cambie intencionadamente su propia conducta” (Kohlenberg y Tsai, 2007, p. 47), ya que los cambios pueden presentarse de forma natural al terapeuta realizar una autoobservación y un análisis de su propio comportamiento en la consulta y los efectos de este en el proceso de intervención.

Regla 5: El terapeuta ofrece interpretaciones de las variables que afectan la conducta del consultante (Kohlenberg y Tsai, 2007): al realizarlo se crea la posibilidad que el consultante tenga mayor “contacto con las variables de control y propician reglas más efectivas”, “el terapeuta promueve el desarrollo de las “equivalencias funcionales” entre lo que se dice y lo que se hace, tanto dentro de la sesión clínica como en coherencia con la vida cotidiana” (Pérez, 1996, p. 135).

La aplicación de estos componentes en espacios terapéuticos ha arrojado resultados que dan cuenta de la posibilidad de seguir siendo utilizados para la intervención de casos particulares, pues confirman la efectividad de las terapias de tercera generación para el logro de la modificación de conducta. En la revisión de la literatura para el desarrollo del presente trabajo, se encuentra que se han realizado estudios teniendo en cuenta los planteamientos de la PAF, obteniendo resultados positivos, tal es el caso de la investigación realizada por Novoa y Guzman, denominada “Aplicación Clínica de Modelos Terapéuticos No Mediacionales en un Caso de Trastorno Mixto del Afecto”, donde se utilizaron elementos tanto de la PAF como de ACT (Terapia de Aceptación y Compromiso), donde el consultante a través de la aplicación de estrategias terapéuticas

de estas dos formas de intervención conductual logró un mayor nivel de compromiso y autocontrol respecto a su problemática.

La realización de esta investigación pretende además de mostrar los cambios comportamentales al utilizar la intervención desde PAF, contribuir con información que de cuenta del uso y los avances en la intervención de corte no mediacional sobre las problemáticas del ser humano.

### **Definición del problema**

#### *Descripción del Caso*

L.O, es una mujer de 22 años de la ciudad de Ibagué quien como motivo de consulta expresa: “Tengo muchos problemas sobretodo emocionales, él (pareja) es como un hielo”. “Yo sé que ahí ya no hay nada.” “la terca soy yo porque no he tomado ninguna decisión”. Sin embargo al realizar el proceso de evaluación se encuentra que las problemáticas vivenciadas por la consultante se refieren a aspectos personales en cuanto a la expresión de sus sentimientos y pensamientos y a la evitación de abordar temas referentes a sí misma y a su relación con otros (familia, amistades, pareja), esto evidencia su dificultad en cuanto a repertorios de respuesta especialmente respecto a “Repertorios de escape o evitación” descritos en el manual FIAT, y que para el proceso de intervención se operacionalizaron de la siguiente forma:

Conducta 1: Ante la solicitud para que emita conceptos sobre sí misma acerca de su aspecto físico y características de comportamiento y sobre lo que considera que piensan los demás acerca de ella responde con conductas como esquivar la mirada del interlocutor, presenta agitación motora (en especial las manos) y risas.

Conducta 2: Ante la referenciación de situaciones familiares L.O. responde con conductas como esquivar la mirada del interlocutor, intentos por demostrar que esto no la afecta (evitar llorar) y cambiar el tema o hablar poco sobre estos.

L.O, creció en una familia nuclear (padres y hermana menor) hasta los 7 años de edad, cuando sus padres se separaron debido a que se presentaron situaciones donde uno de los integrantes de la pareja (su padre) inicio una relación paralela.

Luego de la separación, la madre de L.O. empieza la convivencia con otra pareja con quien la consultante tiene problemas, discuten constantemente porque empieza a apoderarse del rol de autoridad con lo cual L.O. no esta de acuerdo. En una ocasión la consultante se va de la casa manifestando “cansancio” por las constantes discusiones con su padrastro, refugiándose en la casa de su mejor amiga en esa época (M) por espacio de un mes, retornando luego a su casa por petición de su madre.

Comenta que quiso confiar en su madre hablando sobre aspectos personales pero estos fueron divulgados por ella a otras personas, hecho que molestó a L.O. evitando conversar sobre su vida con su madre; sin embargo relata que en su lugar, hablaba con la mamá de una de sus amigas de colegio, considerándola a ella (la madre de su amiga) como una persona confiable. De igual forma, en el tiempo en el que salió de su casa para vivir de manera independiente, sostenía una relación con su suegra basada en la confianza, apoyo y cariño, incluso llegándola a denominar “mamá”. La relación con el padre se caracterizaba en parte por los reproches que él realizaba a L.O. respecto a su comportamiento, ella comenta que otras personas “rumoraban” sobre lo que hacía y su padre lo creía reaccionando con reclamos hacia L.O. sin darle espacio para justificarse o explicar lo acontecido, ante este tipo de situaciones la consultante solía responder con

llanto y tratando de explicar al padre que lo comentado no era precisamente como se le comunicaron.

Al relatar aspectos de sus interacciones sociales a lo largo de su vida se evidencia la poca permanencia de amistades a su alrededor atribuyéndolo al distanciamiento físico (se aleja de las personas, evita conversar y buscarlas para compartir vivencias personales) y a la falta de interés por parte de los otros con respecto a ella y sus actividades, considera que en varios momentos cuando trato de comentar su vida personal, se sentía triste y lloraba, hecho que algunas de sus amistades le “criticaron” haciendo comentarios como “llorona”, “usted si es chillona”, que también recibía en otros contextos (familia), y por parte de la pareja, éste la ignoraba.

En cuanto a la pareja, en la actualidad lleva cinco años de relación y con él tiene un hijo de dos años. Durante la evaluación del caso, la consultante comenta que la relación se terminó, sin embargo, mantiene contacto con su pareja, luego de un mes aproximado de la ruptura se reconcilian y esta vez con planes de vivir juntos y casarse, ante lo cual ella acepta pero se muestra sorprendida al punto de experimentar temores respecto a la convivencia y a un posible cambio de su pareja (“que vuelva a ser como antes, que el cambio sólo sea por un tiempo y luego se acabe todo otra vez”).

#### *Unidad de análisis*

Con base en la información obtenida durante la evaluación del caso y teniendo en cuenta la clasificación dispuesta en el manual FIAT para el abordaje de casos desde PAF, se establece la siguiente categoría funcional:

Clase D: Divulgación y cercanía interpersonal.

L.O, ante situaciones que requieren hacer autodivulgación en cuanto aspectos físicos

y de sus interacciones, así como enunciar lo que considera que los demás piensan de ella, el hablar de sus relaciones familiares y emocionales-afectivas y frente al hecho de ser confrontada por dichas situaciones, emite comportamientos que se catalogan como repertorios de escape o evitación, que se observan en ella a través de las siguientes topografías: esquivar la mirada del interlocutor, agitación motora (en especial las manos), risas, intentos por demostrar que esto no la afecta (evitar llorar) y cambiar el tema o hablar poco sobre estos; situación que genera de parte de sus interlocutores reacciones como (enunciar aspectos relacionados con las consecuencias que funcionalmente mantienen la conducta). Este estilo de interacción, es posible que se encuentre relacionado con los denominados repertorios de respuesta en los que según el manual FIAT, el consultante ha experimentado en su historia de aprendizaje que la divulgación de aspectos personales fue castigada por contingencias sociales, que para el presente caso fueron experiencias previas en las cuales al hablar de sus aspectos personales y familiares, estos fueron comentados a terceras personas y la respuesta de llanto que solía presentar ha sido relacionada con “debilidad”.

#### *Hipótesis explicativa*

A través de su historia, L.O, confió asuntos personales de su vida a terceros (como su mamá y amigas), éstas comentaron lo dicho por ella a otros lo cual conlleva a que la consultante considere que “siempre va a pasar eso”, pues al distanciarse o finalizarse una relación la otra persona contará la información a otros y así las cosas, entonces es mejor no hablar de la vida personal.

Respecto al control de sus emociones, L.O intenta regularse y parecer estable ante los demás debido a que en las ocasiones en las cuales presentó manifestaciones (como llanto), fue criticada y señalada como débil por familiares, amigos y pareja.

### **Pregunta de Investigación**

¿Qué cambios comportamentales resultan de intervenir desde la Psicoterapia Analítica Funcional en el caso de una mujer adulta joven que presenta conductas de evitación ante situaciones en las cuales requiere hacer autodivulgación de aspectos relacionados con su apariencia física, sus interacciones personales, familiares y emocionales-afectivas y frente a situaciones que implican confrontación?

### **Objetivos**

#### *Objetivo General*

Identificar los cambios que se suscitan al implementar los componentes de La Psicoterapia Analítica Funcional PAF en el proceso de intervención de una mujer adulta joven que presenta conductas de evitación.

#### *Objetivo Específico*

Comparar la frecuencia de presentación de las conductas blanco antes y durante la aplicación de los componentes de La Psicoterapia Analítica Funcional.



## **Método**

### *Diseño*

El presente es un estudio de caso único de diseño básico tipo A-B que, “como en toda investigación experimental de caso único, la fase A implica una serie de observaciones de línea de base o nivel basal para ver la frecuencia natural de la/s conducta/s bajo estudio. En la fase B se introduce la variable de tratamiento y se toma nota de los cambios en la variable dependiente” (Barlow y Hersen, 1984, p. 133-134).

Para el caso descrito, la variable dependiente corresponde a las siguientes conductas blanco:

Conducta 1: Ante la solicitud para que emita conceptos sobre sí misma acerca de su aspecto físico, características de comportamiento y sobre lo que considera que piensan los demás acerca de ella responde con conductas como esquivar la mirada del interlocutor, presenta agitación motora (en especial las manos) y risas.

Conducta 2: Ante la referenciación de situaciones familiares L.O. responde con conductas como esquivar la mirada del interlocutor, intentos por demostrar que esto no la afecta (evitar llorar) y cambiar el tema o hablar poco sobre estos.

La variable independiente es el plan de intervención (el cual será descrito en el apartado procedimiento) incluyendo los componentes de La Psicoterapia Analítica Funcional.

### *Instrumentos*

Para la obtención de información respecto al caso se hace uso de los siguientes instrumentos: entrevista semi-estructurada, registro antecedente-conducta-consecuente, registros de frecuencia y actividades para casa o desarrolladas en el contexto de consulta para determinar aspectos específicos y de relevancia para el caso.

La entrevista semiestructurada se aplica con el objetivo de obtener información respecto a la problemática descrita inicialmente como motivo de consulta, así como también, para ahondar en los aspectos que subyacen dicho motivo de consulta, paralelo a ello se identifican las conductas clínicamente relevantes, el curso actual de la problemática, la historia de la misma y los factores que han intervenido para su adquisición y mantenimiento.

El registro antecedente-conducta-consecuente (Anexo B y Anexo C) se usa tanto en la fase de evaluación como en la fase de intervención. En la evaluación se utiliza con el fin de determinar las conductas y la funcionalidad de las mismas. Y en la fase de intervención se utiliza con el propósito de establecer comparaciones respecto al estado inicial del comportamiento así como también sirve de modelo para mostrar a la consultante la forma como se realiza parte del análisis y cómo se han modificado los comportamientos objetivo de la intervención.

Con las grabaciones en video fue posible observar las CCR con las que se realizaron los registros secuenciales ABC, para identificar clases funcionales y registrar la frecuencia de presentación de dichas CCR.

Los registros de actividades realizadas en el contexto de terapia y en casa (Anexo D, E, F) son registros que se designan a la consultante donde se pretende obtener

información respecto a las categorías descritas y son también una situación que se relaciona en este caso con la evocación de CCR2.

### *Procedimiento*

#### *Fase de Evaluación (11 sesiones)*

Durante once sesiones se llevo a cabo el proceso de evaluación donde se recogió información correspondiente al motivo de consulta inicial, conforme se desarrollaba en las sesiones iniciales el proceso de entrevista semiestructurada se identificaron las problemáticas que afectaban el bienestar de la consultante.

Posterior a la identificación, la fase de evaluación se centra en recolectar datos para la complementación de la formulación de caso (Anexo A) teniendo en cuenta la historia de la consultante, el estado actual y el funcionamiento en sus competencias (Afectivo, académico, cognoscitivo/verbal, social, sexual, autocontrol, salud) y contextos (familiar, escolar, laboral, relación de pareja y social), con la revisión de la información se establece la unidad de análisis, la hipótesis explicativa y se plantea el plan de intervención.

Para la línea de base se toman las topografías de las conductas operacionalizadas en la descripción del motivo de consulta, y se establece como unidad de medida la frecuencia de presentación de estas en cada sesión. La recolección de los datos para graficar la línea de base se realizó por medio de la observación de los videos, esto posterior a cada sesión; estrategia que contribuyó a la complementación de la información para la formulación de caso.

En la fase de evaluación se da paso a la aplicación de las primeras reglas descritas por la PAF para el abordaje de un caso, por lo que inicialmente es pertinente la

identificación de las CCR1, ya que como se ha enunciado hace referencia a los problemas del consultante presentados en el contexto de la terapia y no están lejos de ser los inconvenientes que presenta fuera de dicho contexto en su interacción con otros. Con base en esta información, se obtiene material para aplicar la regla 2, donde el terapeuta es quien propicia el espacio para evocar situaciones donde se presenten esas CCR1, lo cual permite corroborar la clasificación de las categorías definidas como conductas blanco.

Además de las sesiones de evaluación con la consultante, se entrevistó en una sesión a la pareja de ella y se hicieron entrevistas semiestructuradas con jefes directos de L.O con el fin de recolectar información que contribuyera a la validación de las hipótesis propuestas en la formulación del caso.

#### *Fase de Intervención (6 sesiones)*

Para el proceso de intervención se utilizan las cinco reglas de la PAF y se plantea el siguiente plan de intervención:

*Sesión 1 y 2:* Lograr que la consultante identifique y reconozca los momentos en los que durante la sesión se comporta como se describe en las conductas blanco.

#### *Actividades:*

-Socializar con la consultante los hallazgos obtenidos a partir del proceso de evaluación mostrando las CCR (de los tres tipos) que ha presentado durante la relación terapéutica, indagando acerca de lo que considera de estas situaciones.

-En sesión socializar con la consultante la forma como se realizó parte del análisis funcional con la información recopilada durante las sesiones de evaluación.

Durante las sesiones 1 y 2 de la fase de intervención se socializa a la consultante la formulación de caso, con especial énfasis en las categorías definidas como conducta blanco, las cuales hacen referencia a la denominación de repertorios de evitación o escape, al socializar con la consultante los aspectos identificados para otorgar esta categoría a sus muestras de comportamiento se da paso a la evocación de CCR1 en ejercicio imaginado donde se relata a L.O, situaciones tanto de las descritas por ella en las sesiones como las presentadas en el mismo contexto terapéutico, ante este ejercicio la consultante muestra una respuesta adecuada, evidenciada en la fluidez con la que comenta su reacción ante las situaciones elicitanes, generándose además CCR2, es decir mejorías de la consultante durante el proceso mostradas a través de la identificación de conductas definidas como blanco (la consultante identifica y describe las conductas que presenta frente al hecho de evocar situaciones donde debe hablar sobre sí misma y su relación con otros), esto en comparación con el proceso de evaluación no se presentaba, lo que se generaba por parte de la consultante era la expresión de los hechos sin tener en cuenta sus reacciones y la funcionalidad que éstas cumplían para el mantenimiento de la conducta. Junto con la identificación se presentan además explicaciones (CCR3) de su repertorio comportamental.

Ante la presentación de las CCR por parte de la consultante, la terapeuta pone en marcha las reglas típicas de este tipo de intervención, en particular la regla 3, en esta regla se hace énfasis en la aprobación verbal como una forma de reforzar las mejorías que presenta la consultante, configurando un ambiente reforzante en términos de proveer retroalimentación positiva por los cambios en las clases de conducta y no de una conducta específica.

*Sesión 3 y 4:* La consultante expresará sus inconformidades teniendo en cuenta que para ello debe igualmente identificar posibles mejoras para las mismas.

*Actividades:*

-Realización de un registro Antecedente – Conducta – Consecuente retomando los aspectos analizados durante la evaluación y con los cambios evidenciados durante las sesiones.

-Se realiza retroalimentación a la consultante respecto a las expresiones/comentarios realizados cuando se abordan las temáticas descritas en las categorías (CCR1), para que se dé un reconocimiento de éstas (CCR2) y puedan ser evidenciadas las mejoras durante la relación terapéutica.

La consultante hace un recuento de las interacciones que se habían deteriorado pero que han sido recuperadas, atribuyéndolo a los cambios que considera ha tenido durante el proceso, estos cambios se refieren a las CCR2, que se han presentado en el contexto terapéutico y han sido generalizadas a otros contextos fuera del ya mencionado, la consultante reporta verbalmente estos cambios presentados en la vida cotidiana y las consecuencias positivas que ha experimentado producto de dichos cambios.

Se trabaja una actividad donde se solicita a la consultante que realice de forma verbal una descripción de sus aspectos físicos y de comportamiento, continuo a esto se retroalimenta la forma como lo hace, pues se evidenció seguridad para hablar de sí misma y paralelo a ello se da por parte de la consultante reconocimiento de cómo respondía a esta solicitud en las sesiones iniciales en el proceso de evaluación.

Además de lo anterior, se realiza en sesión un registro antecedente – conducta – consecuente, para analizar los avances en las categorías de las conductas operacionalizadas, adicionando algunas que la consultante considere de relevancia para

el ejercicio, teniendo en cuenta el antes y el después en el contexto terapéutico y en el contexto denominado cotidiano. Ante la realización del registro, se reconoce su buena disposición para elaborarlo y se brinda explicación acerca de las reacciones que solía tener al momento de darse una instrucción.

En estas sesiones se revisaron las consecuencias en la relación terapéutica tanto de la consultante como de la terapeuta haciendo de forma conjunta el análisis de ambos comportamientos. En esta instancia se hace evidente el uso de la regla 3 en la terapeuta ya que da paso a la observación de su potencial reforzante e identifica CCR2 respecto a su propio comportamiento, estas CCR2 identificadas en la terapeuta se refieren a que en ocasiones frente a la presentación de los problemas de la consultante en la sesión estos se dejaban pasar sin ahondar en ellos, es decir, se reforzaba la conducta de escape o evitación de la consultante; al realizar esta identificación se da paso a la realización de mejoras teniendo en cuenta el tipo de preguntas (sugeridas en el manual FIAT) que deben utilizarse para indagar en las conductas problema de la consultante.

*Sesión 5 y 6:* La consultante será capaz de identificar y manifestar las explicaciones respecto a su comportamiento especialmente en relación a las conductas analizadas.

*Actividades:*

-Exponer situaciones donde se presenten CCR para abordar las explicaciones que tiene sobre su conducta antes del proceso de intervención y las que emite en la actualidad.

-Enlistar las explicaciones que daba de su comportamiento y analizar el contenido de las mismas comparándolas con las otorgadas en la actualidad para que así tanto la consultante como la terapeuta puedan evaluar los progresos de la relación terapéutica; de igual forma hacer uso del refuerzo natural cuando la consultante logre llevar a cabo los

comportamientos esperados para el contexto terapéutico y explicarle que estos pueden ser adaptados también a los contextos fuera de la consulta.

-Con base en los comportamientos presentados por la consultante, se dan las sugerencias pertinentes, y se invita a L.O, para que luego de comprender la función de su comportamiento éste pueda ser desarrollado en pro del beneficio propio y el de personas a su alrededor.

En estas dos sesiones se abordan los efectos que han tenido fuera del espacio terapéutico los cambios presentados por L.O. en la consulta.

Se pregunta a la consultante por aspectos de sí misma como comportamientos mientras interactúa con otros, incluso lo que piensa acerca de su proceder durante el desarrollo de las sesiones y se evidencia como se mencionaba en la sesión 1 y 2, mayor fluidez verbal lo que implica mayor facilidad para mencionar su sentir y pensar expresándolos sin restricciones, ésta respuesta es reforzada mediante enfoques directos, es decir, se refuerza lo hecho por la consultante en el momento en que se presenta, teniendo en cuenta además que se refuerza la clase de conducta y no conductas específicas, seguido a esto se confronta acerca de lo que solía hacer antes y la forma en como ahora se comporta, evidenciando las conductas de evitación que presentaba y ante que situaciones las ejecutaba, para así, con esta confrontación y con la reacción de la consultante ante la misma (la cual se describe como una reacción de reconocimiento y aceptación de lo presentado) mostrar los avances vistos en los cambios presentados.

Se realiza un registro donde se enumeran las conductas operacionalizadas más otras propuestas por la consultante para el ejercicio, con esta actividad se brindan interpretaciones respecto a sus comportamientos (aplicación de la regla 5 por parte de la



terapeuta) y se resalta la importancia en cuanto a que los cambios que se han dado en las sesiones se mantengan en el contexto cotidiano.

Finalmente se sugiere a la consultante continuar con el proceso de intervención para abordar situaciones a nivel de relación de pareja y crianza de su hijo.

## **Resultados**

La aplicación de la Psicoterapia Analítica Funcional al caso descrito en la presente investigación arroja los resultados que se describen a continuación:

Se identificaron dos clases de conducta, cada una de ellas fue operacionalizada y de allí se derivan las topografías que se tuvieron en cuenta para llevar a cabo la medición; la unidad de medida fue la frecuencia de presentación de esas topografías en cada sesión, así, tenemos entonces:

Conducta 1: Ante la solicitud para que emita conceptos sobre sí misma acerca de su aspecto físico y características de comportamiento y sobre lo que considera que piensan los demás acerca de ella responde con conductas como esquivar la mirada del interlocutor, presenta agitación motora (en especial las manos) y risas.

Conducta 2: Ante la referenciación de situaciones familiares L.O. responde con conductas como esquivar la mirada del interlocutor, intentos por demostrar que esto no la afecta (evitar llorar) y cambiar el tema o hablar poco sobre estos.

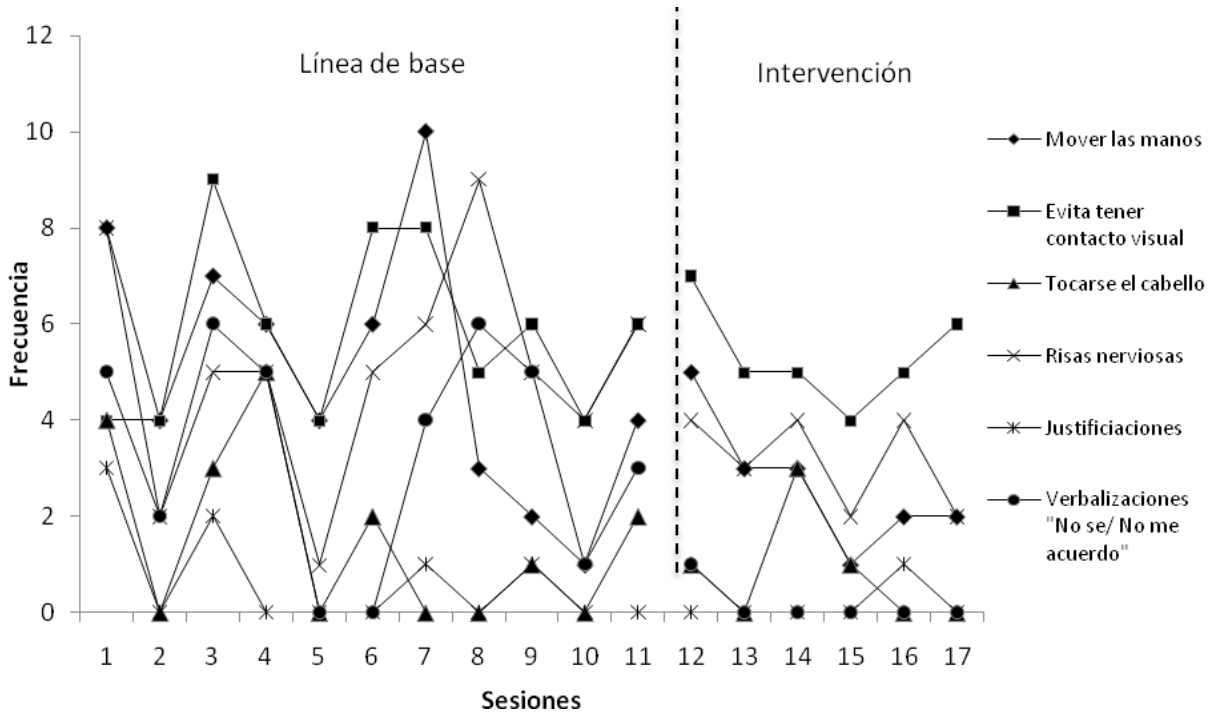
Los datos de la frecuencia de presentación de estas conductas se obtuvieron a través de la observación de los videos de cada sesión tanto para la fase de evaluación como para la fase de intervención.

En la gráfica 1, se pueden observar las mediciones de las topografías de la conducta 1; se muestra la frecuencia de presentación por cada sesión tanto para la fase de línea de base como para la fase de intervención, tomando en cuenta las sesiones donde se abordaban las temáticas referentes a la problemática descrita y cuando el

terapeuta aplica la regla 2 de la PAF propiciando la presentación de CCR's por parte del consultante.

**Gráfica 1.**

Frecuencia de las topografías de la conducta 1. Línea de Base e Intervención.



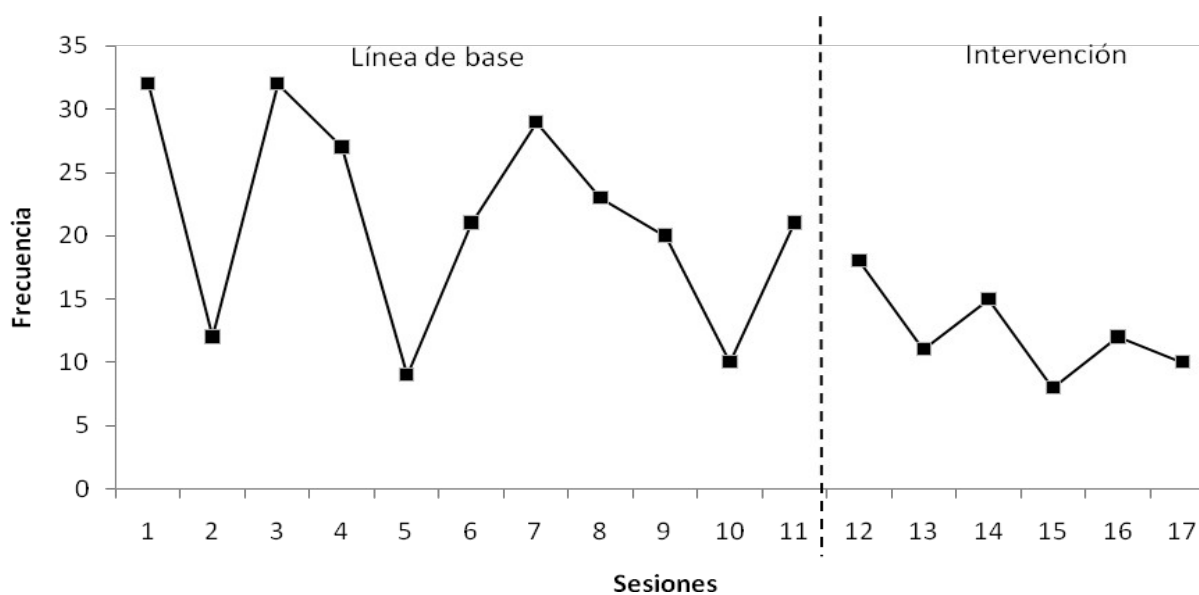
En la gráfica se evidencia que las topografías “mover las manos” y “evita tener contacto visual” son las que se presentan con mayor frecuencia, la topografía “mover las manos” muestra decremento en la frecuencia en las últimas sesiones de la fase de evaluación.

Para la fase de intervención de la conducta 1, al inicio del tratamiento la topografía “mover las manos”, muestra un aumento en comparación con la finalización de la evaluación y luego decremanta; las topografías restantes como “Evitar tener contacto visual” tiende a mantenerse en tanto en la fase de línea de base como en la de intervención, “tocarse el cabello” muestra relativa estabilidad durante la línea de base y en la fase de intervención presenta un incremento en la sesión tres, debido

probablemente al abordaje de situaciones relacionadas con la aparición de esta topografía, “risas nerviosas” no muestra estabilidad de presentación durante la línea de base, sin embargo en la intervención tiende a decrementar y estabilizarse, “justificaciones” es la que menor frecuencia de presentación evidencia en la gráfica, y finalmente, las “verbalizaciones no sé/no me acuerdo” durante la línea de base se presenta de forma regular aunque con dos decrementos en las sesiones 4 y 5, en toda la fase de intervención se evidencia su decremento. Si se observa la gráfica a nivel general se puede notar que las topografías disminuyen en la fase de intervención y tienden a estabilizarse en comparación con la línea de base.

**Gráfica 2.**

Frecuencia de la conducta 1 en la fase de línea de base y la fase de intervención.



Al observar la figura 2 se pueden evidenciar los cambios al aplicar la intervención reduciéndose la conducta de evitación para la clase funcional 1.

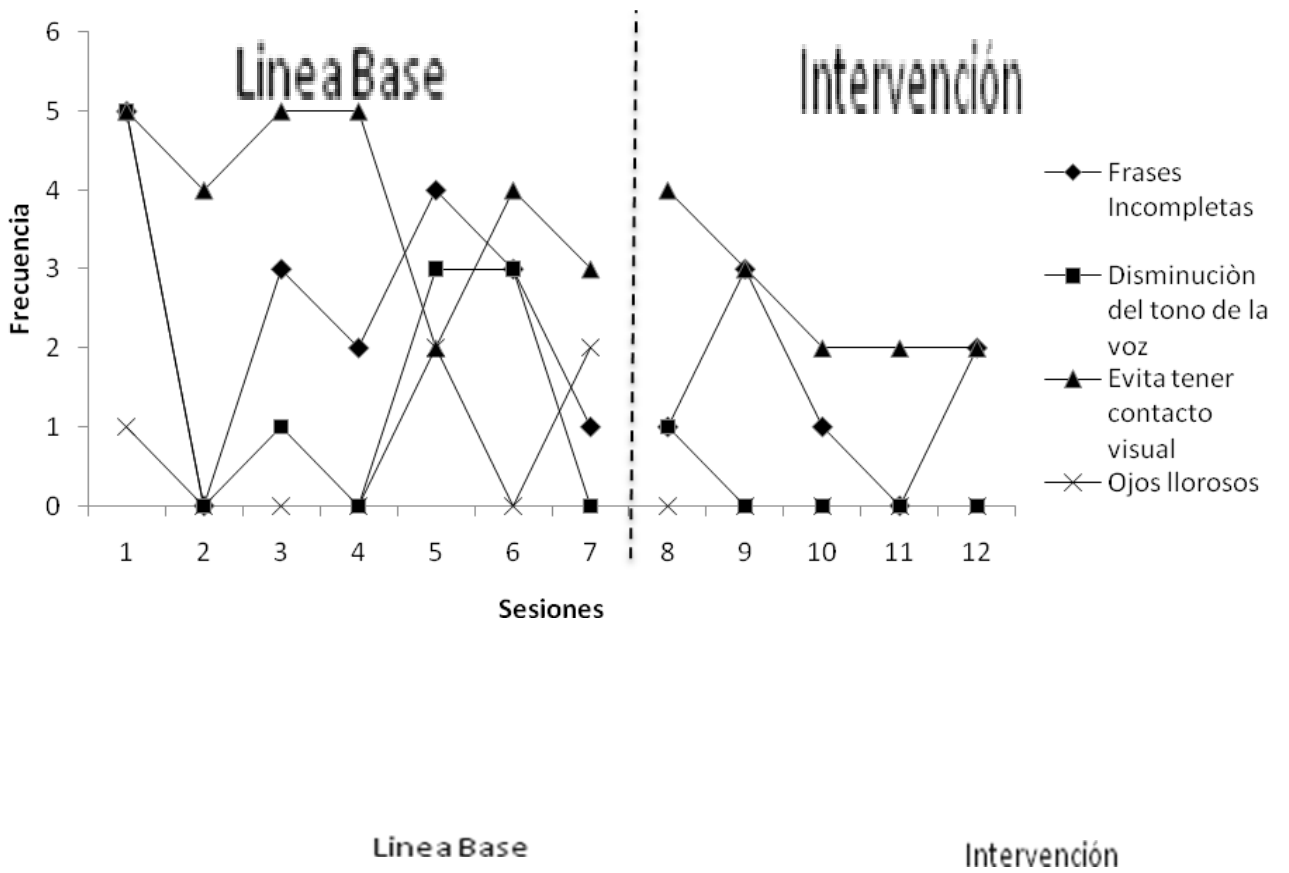
En la figura 3, la gráfica presenta las topografías de la conducta 2, se puede observar que la topografía con mayor frecuencia de presentación es “evitar contacto visual”, la cual evidencia decremento al final de la fase de evaluación. Las otras topografías: “frases incompletas” y “disminución del tono de voz” muestran en la línea de base a partir de la sesión tres tendencia a estabilizarse y decreciendo al final, y durante la intervención la “disminución en el tono de voz” decrece, las “frases incompletas” presentan aumento en la sesión nueve y doce; finalmente, la topografía “ojos llorosos” muestra baja frecuencia de presentación en las dos fases, sin embargo, se evidencia un notorio incremento en las sesiones cinco y siete de la línea de base, en la intervención no se presenta la topografía. Si se observa la gráfica a nivel general se puede notar que las topografías disminuyen en la fase de intervención y tienden a estabilizarse en comparación con la línea de base. En la fase de intervención no se presentan “ojos llorosos” y las otras topografías disminuyen y tienden a estabilizarse.

Al observar la figura 4, se pueden evidenciar los cambios al aplicar la intervención reduciéndose la conducta de evitación para la clase funcional 2.

En general, los resultados muestran que la aplicación de los componentes de la Psicoterapia Analítica Funcional influyó en la frecuencia de presentación de las conductas blanco y en las gráficas se muestra una leve disminución en la presentación de las mismas. El resultado evidencia a nivel gráfico cambios, sin embargo, en el desarrollo de las sesiones de intervención y observando los videos de esta fase se pueden detectar modificaciones de mayor relevancia las cuales serán discutidas a continuación.

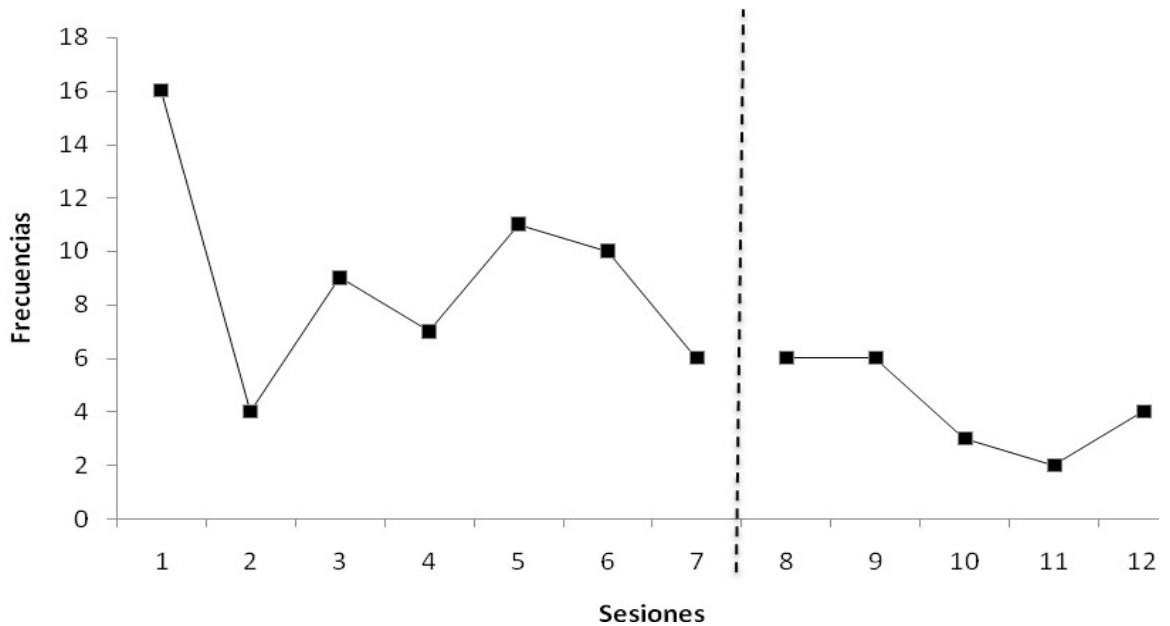
**Gráfica 3.**

Frecuencia de las topografías de la conducta 2. Línea de Base e Intervención.



**Gráfica 4.**

Frecuencia de la conducta 2 en la fase de línea de base y la fase de intervención.



## Discusión

Como se mencionó desde el principio, este trabajo buscaba abordar el caso desde una perspectiva no mediacional haciendo uso de una de las terapias enmarcada dentro del grupo de las denominadas terapias de tercera generación, las cuales dan relevancia al lenguaje y a la relación terapéutica, esta última característica se atribuye especialmente a la Psicoterapia Analítica Funcional; la aplicación de ésta para el caso descrito muestra resultados que sí bien en las gráficas se vislumbran como cambios leves, en la interacción con la consultante se observan como cambios de mayor relevancia, ya que teniendo en cuenta los principios básicos y los componentes (CCR's y reglas) de la PAF el proceso de intervención se centra en los problemas que presenta la consultante durante la sesión, debido a que uno de los propósitos de la PAF, es crear un ambiente terapéutico que simule la interacción del consultante con las personas fuera del entorno consulta. La PAF se centra en los cambios que se dan durante la relación terapéutica más que en la disminución de conductas específicas, por eso dentro de los enfoques directos de refuerzo se enuncia “tener como objeto de reforzamiento (no una o varias conductas) sino una *clase de conductas* definidas por su función antes que por su forma” (Pérez, 1996, p. 132).

Si bien se logran observar cambios al comparar en las gráficas tanto la línea de base como la intervención, es de resaltar que las modificaciones relevantes se evidencian a través del reporte verbal del discurso de la consultante acompañado de la muestra de comportamiento durante las sesiones, a través de CCR2 se muestran mejorías como por ejemplo, identificación de los momentos en los que se presentaba alguna de las

topografías descritas tanto para la conducta 1 como para la 2, lograr la divulgación de sentimientos y pensamientos respecto a sí misma (realizar autodescripción sin presentar agitación motora en especial en las manos, risas y verbalizaciones “no sé”) y respecto a otros (referir abiertamente cualidades del terapeuta), hacer comentarios positivos acerca de la relación terapéutica y reportar verbalmente las modificaciones en sus interacciones con los otros, es decir, fuera del contexto de la terapia en su vida cotidiana.

Por lo anterior, se puede concluir que respecto a lo metodológico se evidencian cambios, pero estos se identifican en el reporte verbal de la consultante durante la fase de intervención, donde manifiesta en su lenguaje verbal y no verbal los cambios respecto a su repertorio comportamental, incluso haciendo referencia a la forma en que esos cambios se hicieron notorios en sus interacciones en los contextos laboral, familiar y de pareja. Estas conclusiones de la consultante se derivan a raíz de las interpretaciones brindadas por parte del terapeuta, quien haciendo uso de las reglas de intervención de la PAF, otorgaba además de las interpretaciones, retroalimentación (ésta retroalimentación hace referencia a la confrontación y reforzamiento que se hace verbalmente y que es característico de este tipo de terapias) a las descripciones del contexto terapéutico y como estas pueden ser generalizadas a la vida cotidiana (Pérez, 1996). Con esto se infiere que los cambios en las conductas de evitación en la consultante luego de la aplicación de la PAF están determinados por los resultados de la medición de las clases funcionales en las gráficas, y, por lo vivenciado en el trabajo sesión por sesión, que pudo ser corroborado con la observación del material en video.

En cuanto a intervención, es preciso afirmar que la aplicación de enfoques no mediacionales para el abordaje de casos es de utilidad dado a su interés por no quedarse con explicaciones mentalistas de los fenómenos, sino por brindar la posibilidad que a



través del análisis funcional se logre llegar a la “raíz” de la situación, teniendo en cuenta no solamente la topografía del repertorio comportamental, sino la relación funcional y lo que ésta implica (historia, factores predisponen, de adquisición y mantenimiento).

En conclusión, los resultados del presente estudio dan respuesta a la pregunta de investigación referente a los cambios comportamentales que se dan luego de la aplicación de los componentes de la PAF en la reducción de conductas de evitación de una mujer adulta joven, de igual forma las gráficas de los resultados permiten realizar la comparación entre la frecuencia de presentación de las conductas blanco en la fase de línea base y en la fase de intervención.

Los cambios como ya se ha mencionado se evidencian al realizar el análisis visual de las gráficas y por medio del reporte verbal de la consultante sumado a los cambios observados en los videos grabados sesión a sesión. Sin embargo, durante el desarrollo del trabajo se identifican aspectos que pueden ser tomados en cuenta para la realización de futuras investigaciones en miras de contribuir con la literatura de la PAF. Dentro de las recomendaciones se sugiere para futuros casos disponer de tiempo adicional a la aplicación de la intervención para tomar medidas que den cuenta no solo de los cambios sino de la efectividad en cuanto al uso de la psicoterapia analítica funcional; de igual forma se espera que el contenido del presente estudio sirva como modelo para la realización de futuras investigaciones que tengan como sujeto o sujetos de estudio, personas con características similares o sea herramienta para consultar la metodología utilizada en la aplicación de las estrategias de la PAF y los resultados obtenidos con las mismas.

Esta investigación es también un aporte a los modelos no mediacionales de los cuales se reportan pocos estudios, y que como se ha visto son efectivos para el abordaje de casos con características como las presentadas por la consultante de este trabajo. Por otra parte, es de resaltar que para la realización del análisis funcional se utilizó el modelo de Formulación de Caso Clínico del enfoque Comportamental - Cognoscitivo propuesto por la Pontificia Universidad Javeriana, el cual se encuentra en proceso de validación, y ha sido una herramienta de utilidad para la clasificación y análisis de la información del presente caso. Se espera entonces que su uso en esta investigación contribuya como aporte para su validación.

## Referencias

- Barlow, D., Hersen, M. (1988). *Diseños experimentales de caso único: Estrategias para el estudio del cambio conductual*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca S.A.
- Barraca, J. (2009). *Habilidades clínicas en la terapia conductual de tercera Generación*. Tomado el 17 de octubre de 2010, de:  
<https://bases.javeriana.edu.co/vdesk/index.php3?z=0,5>
- Ferro, R., Valero, L., López, M. (2009). La conceptualización de casos clínicos desde la psicoterapia analítica funcional. *Papeles del psicólogo*.30. Tomado el 01 de agosto de 2010, de: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/778/77811790009.pdf>
- Ferro, R., Valero, L., López, M. (2007). Novedades y aportaciones desde la psicoterapia analítica funcional. *Psicothema*. 19. Tomado el 16 de agosto de 2010, de: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/727/72719315.pdf>
- Kohlenberg, R., Tsai, M. (2007). *FAP Psicoterapia analítica funcional: Creación de relaciones terapéuticas intensas y curativas*. Málaga: Imagraf Impresores, S.A.
- Kohlenberg, R., Tsai, M. (2008). *FAP Psicoterapia analítica funcional: Creación de relaciones terapéuticas intensas y curativas*. Tomado el 17 de octubre de 2010, de:  
<https://bases.javeriana.edu.co/vdesk/index.php3?z=0,5>
- Mañas, I. (2006). Nuevas terapias psicológicas: La tercera ola de terapias de conducta o terapias de tercera generación. *Gaceta de psicología*. 40. Tomado el 17 de octubre de 2010, de: <http://www.thesauro.com/imagenes/archivo18.pdf>

- Novoa, M., Guzman, D. (2008). Aplicación clínica de modelos terapéuticos no mediacionales en un caso de trastorno mixto del afecto. *Terapia psicológica*.26. Tomado el 10 de septiembre de 2010, de:  
<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=78511540012>
- Peña, T., Robayo, B. (2007). Conducta verbal de B.F. Skinner: 1957-2007. *Revista latinoamericana de psicología*. 39. Tomado el 04 de octubre de 2010, de:  
<https://bases.javeriana.edu.co/vdesk/index.php3?z=0,5>
- Pérez. M. (1996). *La psicoterapia desde el punto de vista conductista*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- Perona, S. y Rivas, C. (1996). *Revisión conceptual de los modelos de análisis funcional de la conducta en el ámbito clínico*. Acta comportamental.
- Pool, A. (2005). Conductismo radical o acerca del vino nuevo y el orde viejo. *Psykhe*. 14. Tomado el 04 de octubre de 2010, de:  
<https://bases.javeriana.edu.co/vdesk/index.php3?z=0,5>
- Plazas, E. (2006). *B.F. Skinner: la búsqueda de orden en la conducta voluntaria*. Tomado el 04 de octubre de 2010, de:  
<https://bases.javeriana.edu.co/vdesk/index.php3?z=0,5>
- Reep, A., Horner, R. (2000). *Análisis funcional de problemas de la conducta*. Madrid: Paraninfo Thomson Learning.

## **ANEXOS**

## Anexo A

### FORMULACIÓN CASO CLÍNICO

#### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

**NOMBRE:** Leidy Olaya.

**EDAD:** 22 años

**ESCOLARIDAD:** Bachillerato

**OCUPACIÓN:** Asesora de Ventas.

**MOTIVO DE CONSULTA:** “Tengo muchos problemas sobretodo emocionales, él (pareja) es como un hielo”. “Yo sé que ahí ya no hay nada.”  
“la terca soy yo porque no he tomado ninguna decisión”.

#### ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL CASO CLÍNICO:

DESCRIPCIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS CONDUCTAS PROBLEMA IDENTIFICADAS	ESTADO ACTUAL –ANÁLISIS SINCRÓNICO	HISTORIA –ANÁLISIS DIACRÓNICO
<p>Cuando se solicita a la consultante expresar su concepto frente a su aspecto físico y características de comportamiento presenta conductas como: mover las manos, evita tener contacto visual con el terapeuta, se coge el cabello, esboza risas “nerviosas” y respuestas verbales “No se / No me acuerdo”. Además al solicitar en consulta una descripción sobre lo que considera piensan los demás acerca de ella, responde realizando apreciaciones positivas de sí misma pero al mismo tiempo expresa</p>	<p>L.O. es una persona que muestra poco interés frente a situaciones que requieran hablar acerca de sí misma, cuando se le solicita realizar una descripción de atributos físicos y características de comportamiento lo lleva a cabo con dificultad al evidenciarse la falta de adjetivos para calificarse a sí misma, así como también hace uso de los comentarios que emiten terceros (familia, amigos, clientes) respecto a ella. Pesé a esto realiza el ejercicio y mientras socializa el mismo se comporta de forma evasiva desviando la mirada hacia otro lugar que no sea en contacto con el terapeuta, mueve las manos (toma la una con la otra), se coge el cabello y las sonrisas que emite comunican “vergüenza” frente a ese tipo de conversaciones.</p> <p>Es común encontrar en sus verbalizaciones que al momento de describirse utilice expresiones como “soy normal”, “no soy ni bonita ni fea sino normal”, y en su explicación</p>	<p>L.O. creció en una familia nuclear (padres y hermana menor) hasta los 7 años de edad, cuando sus padres se separaron debido a que se presentaron situaciones donde uno de los integrantes de la pareja (su padre) inicio una relación paralela.</p> <p>Luego de la separación la madre de L.O. empieza la convivencia con otra pareja con quien la consultante tiene problemas, discuten constantemente porque empieza a apoderarse del rol de autoridad con lo cual L.O. no esta de acuerdo. En una ocasión la consultante se va de la casa manifestando “cansancio” por las constantes discusiones con su padrastro, refugiándose en la casa de su mejor amiga en esa época (Magaly) por espacio de un mes, retornando luego a su casa por petición de su madre.</p> <p>Comenta que quiso confiar en su madre hablando sobre aspectos personales pero estos fueron divulgados por ella a otras personas, hecho que molesto a L.O. evitando conversar sobre su vida con su madre; sin embargo relata que en su lugar hablaba de sí misma con la mamá de una de sus amigas de colegio considerándola a ella como una persona confiable, de igual forma en el tiempo en el que se salió de su casa para vivir</p>

<p>justificaciones con la intención de aclarar que no está siendo “presumida”, por ejemplo al indagar por si se considera importante para su familia, da como respuesta “yo soy importante, pero no es que crea que soy muy importante...”</p> <p>Cuando en la consulta se referencian situaciones de su contexto familiar L.O. responde dejando frases incompletas, disminuye el tono de la voz progresivamente (hasta el punto de hablar entre los dientes), evita tener contacto visual con el terapeuta y presenta ojos llorosos.</p>	<p>frente a este tipo de respuestas manifiesta no ser el prototipo de mujer bonita (descrito por ella como un cuerpo bonito de buenas medidas, delgada rostro bonito con una nariz bonita “bien puesta”, cabello lizo).</p> <p>Frente a la interacción con otros L.O. se relaciona a diario con familiares (abuelos, tíos, madre, hermanos) con su pareja, con algunos compañeros de trabajo y clientes, quienes según reporte de la consultante la consideran una persona “seria” que deja como primera impresión estar de “mal genio”, sin embargo también reconocen otras características positivas, ante este tipo de apreciaciones que tienen los demás sobre ella manifiesta poco y cuando lo hace suele justificar sus comentarios con el fin de dar a entender al terapeuta que no “presume” por lo que los demás califican de ella como favorable.</p> <p>La mayor parte de sus interacciones se da con su contexto familiar, debido a que viven cerca a su casa y a que su tiempo libre lo dedica a visitar la casa de sus abuelos, donde también viven tíos y cerca habita su mamá y hermanos. Sus relaciones se basan en al apoyo mutuo, en su reporte verbal L.O. deja ver que sus abuelos son el eje de la familia, se reúnen frecuentemente comparten fechas especiales y situaciones difíciles como enfermedad o dificultades económicas, sin embargo, al indagar por las características de la dinámica relacional la consultante las refiere, describe la manera en como expresan sus sentimientos, sentimientos y al hablar de este aspecto el comportamiento que acompaña sus expresiones denota la presencia de situaciones</p>	<p>independiente sostenía una adecuada relación con su suegra basada en la confianza, apoyo y cariño, incluso llegándola a denominar “mamá”. La relación con el padre se caracterizaba en parte por los reproches que él realizaba a L.O. respecto a su comportamiento, ella comenta que otras personas “rumoraban” sobre lo que hacía y su padre lo creía reaccionando con reclamos hacia L.O. sin darle espacio para justificarse o explicar lo acontecido, ante este tipo de situaciones la consultante solía responder con llanto y tratando de explicar al padre que lo comentado no era precisamente como se le comunicaron.</p> <p>En su historia personal la consultante comenta que en su infancia se caracterizaba por “ser más alegre, más dada a la gente”, pertenecía a un grupo de danzas y participaba de eventos y actividades con el mismo, hasta la edad de 11 años cuando ingreso al bachillerato, durante esa etapa consolido algunas amistades las cuales afirman se fueron alejando luego de finalizar el colegio, debido a que cada uno se enfoco en sus propios proyectos. Al relatar aspectos de sus interacciones sociales a lo largo de su vida se evidencia la poca permanencia de amistades a su alrededor atribuyéndolo al distanciamiento físico (se aleja de las personas, evita conversar y buscarlas para compartir vivencias personales) y a la falta de interés por parte de los otros con respecto a ella y sus actividades, considera que en varios momentos cuando trato de comentar su vida personal, se sentía triste y lloraba, hecho que algunas de sus amistades le “criticaron” haciendo comentarios como “llorona”, “usted si es chillona”, que también recibía en otros contextos (familia) y por parte de la pareja, este la ignoraba.</p> <p>En cuanto a sus relaciones de pareja comenta que su primer novio lo tuvo a la edad de 16 años con quien permaneció durante 18 meses y con quien terminó debido a que “se volvió autoritario, toma trago”, manifiesta que al terminar la relación “decidí encerrarme, es decir, no salía del barrio”, comenta que esta persona la busco nuevamente reanudaron la relación estableciendo compromisos con respecto al comportamiento de él, lo cual fue incumplido generando que definitivamente se diera fin a la misma.</p> <p>A la edad de 18 años inicia otra relación la cual dura aproximadamente un año, con quien termina debido a que él se distancio cuando se fue a prestar servicio militar.</p>
---	--	---

	<p>complejas (discusiones, diferencias) experimentado reacciones fisiológicas como ojos llorosos, además de otras conductas descritas en la operacionalización como disminución del tono de la voz y frases incompletas.</p>	<p>Con su actual pareja llevan cinco años de relación en este tiempo han tenido dos rupturas. L.O. comenta que durante el primer año de relación la dinámica fue adecuada (salían a bailar, pasear, conversaban); en ese tiempo ella había salido de su casa cansada de los inconvenientes con su padrastro por lo que decidió ir a vivir sola, un familiar le ayudo los tres primeros meses, luego su suegra y su pareja, hasta que obtuvo empleo dos años después de haber salido de la casa. En ese tiempo siguió su relación con Emerson (pareja), aunque considera que debido a la situación se precipito la vivencia de la relación pues relata que disfrutaron un mes de noviazgo y luego durante siete meses el hecho de compartir todo el día la hizo pensar en que era una convivencia de pareja por lo que ella le propuso que vivieran juntos o “se devuelve para su casa” a lo que él respondió “yo vengo y me quedo con usted los fines de semana”, a lo que ella accedió.</p> <p>En el tiempo en que compartieron de esa forma nació su hijo, pero además ella considera que se dio un cambio en el comportamiento de él, lo describe como distante, poco cariñoso y poco expresivo con ella, hecho que empezó a generarle malestar y que la motivo a solicitar orientación.</p> <p>Durante la evaluación del caso, la consultante comenta que la relación se terminó, sin embargo mantiene contacto con su pareja, luego de un mes aproximado de la ruptura se reconcilian y esta vez con planes de vivir juntos y casarse, a lo cual ella acepta pero se muestra sorprendida al punto de experimentar temores con respecto a la convivencia y a un posible cambio de su pareja (“que vuelva a ser como antes, que el cambio solo eso por un tiempo y luego se acabe todo otra vez”).</p> <p>Dentro de su historia de aprendizaje se encuentra que el “rompimiento” de sus interacciones con parejas, familiares o amigos se enmarcan en el distanciamiento (las personas se cambian de domicilio o se dedican a otras actividades) y esto hace que el contacto cese, a lo que L.O. responde alejándose (muestra desinterés por saber de la otra persona) y cuando se presenta la posibilidad de volver a establecer contacto manifiesta “es que las cosas ya no son como antes” argumentando pérdida de confianza con estas personas.</p>
--	--	--



### GRADO DE AFECTACIÓN DE LA PROBLEMÁTICA

Conducta problema (Nombre)	Áreas de funcionamiento afectado y gravedad	Afectación de otras personas
<p>Conducta 1</p> <p>Ante la solicitud para que emita conceptos sobre sí misma acerca de su aspecto físico y características de comportamiento y sobre lo que considera que piensan los demás acerca de ella responde con conductas como esquivar la mirada del interlocutor, presenta agitación motora (en especial las manos), risas.</p>	<p>Familiar → Baja</p> <p>Pareja → Medio</p> <p>Personal → Alta</p> <p>Laboral → Baja</p>	<p>Pareja</p> <p>Familiares (madre, hermanos, abuelos)</p> <p>Clientes, algunos compañeros de trabajo.</p>
<p>Conducta 2</p> <p>Ante la referenciación de situaciones familiares L.O. responde con conductas como esquivar la mirada del interlocutor, intentos por demostrar que esto no la afecta (evitar llorar) y cambiar el tema o hablar poco sobre estos.</p>	<p>Familiar → Alta</p> <p>Personal → Alta</p>	<p>Familiares</p> <p>Pareja</p>

### CONDICIONES BIOLÓGICAS DEL/LA CONSULTANTE

No se reporta alguna condición biológica importante para el caso.

### COMPETENCIAS

TIPO DE COMPETENCIA	DESCRIPCIÓN
<b>AFECTIVAS/EMOCIONALES</b>	<p>L.O. se limita en la expresión de emociones, habla poco acerca de sí misma, prefiere no comentar sus aspectos personales con otras personas incluso se comporta de forma reservada con sus familiares, en quienes también es limitada la manifestación de emociones tanto propias como para con los demás. Aunque su familia es su principal fuente de apoyo, expresa poco interés por compartir conversaciones con sus integrantes. Con su pareja expresa que en el pasado ella tenía mayores demostraciones de afecto (le tomaba la mano, lo acariciaba, le decía palabras cariñosas) ahora es él quien lo hace y ella se siente “prevenida” para demostrar su afecto.</p> <p>Se considera reservada argumentando que cuando a las personas se les comenta todo de sí misma luego cuando la interacción se deteriore la otra persona comentará lo que se consideraba confidencial. En su expresión de emociones como la tristeza o la ira, evita llorar en frente de otras personas argumentando “controlarse” para demostrar fortaleza para no recibir burlas o críticas de quienes le rodean ya que en su</p>

	<p>historia de aprendizaje era común recibir ese tipo de respuesta cuando lloraba por alguna situación donde experimentara esas emociones.</p>
<b>ACADÉMICAS</b>	<p>Manifiesta que el tiempo que permaneció en la universidad lo disfruto pues le agradaban las temáticas de la carrera (Lengua Castellana), pero no pudo continuar por falta de recursos económicos, sin embargo considera que cumplía con sus actividades académicas, recuerda que una asignatura tuvo que realizar un ejercicio de identificación de situaciones negativas de su vida; actividad de relevancia para ella pues relata fue difícil recordar la separación de sus padres y detectar el “dolor” aún relacionado con ese acontecimiento.</p>
<b>COGNOSCITIVAS/VERBALES</b>	<p>L.O. se muestra con capacidad para atender y seguir instrucciones, se interesa por poner en práctica los aprendizajes obtenidos en las capacitaciones que recibe en el trabajo.</p> <p>Le cuesta dar cuenta de algunas de sus emociones, por lo que en su repertorio verbal es común encontrar palabras como “normal”, “no sé”, “me da pereza”, como explicación o respuesta a preguntas referentes a sí misma y a la problemática reportada y encontrada durante la evaluación, o simplemente asume que su interlocutor interpreta claramente lo que quiere decir.</p>
<b>INTERACCIÓN SOCIAL</b>	<p>L.O. es una persona con un círculo social reducido tiene pocas amistades, su tiempo libre suele compartirlo con su hijo y su pareja con quien actualmente conviven y con la familia. Algunas veces asiste al gimnasio, allí el establecimiento de interacciones es bajo – casi nulo, sale poco a fiestas y cuando lo hace permanece gran parte del tiempo en silencio escuchando lo que los demás tienen para decir ya que se considera con poca capacidad para entablar una conversación, contar chistes o entretener a los demás mediante un diálogo.</p> <p>Considera que para establecer amistades es necesario que las personas “se sientan a gusto con uno”, además de ella sentir empatía con los mismos, dentro de las características enumeradas como condición en sus interacciones prevalece el sentido del humor, el interés por asuntos de la otra persona.</p> <p>Durante el proceso de evaluación estableció mayor interacción con algunas de sus antiguas amistades, compartió espacios como paseos, salidas a bailar, visitas, que le permitieron identificar las características de las demás personas con las que se siente a gusto, además de llegar a considerarse a sí misma como una persona agradable “yo sé que le caigo bien a las personas”, “yo me doy querer”.</p>
<b>AUTO-CONTROL</b>	<p>En cuanto al autocontrol se identifican situaciones que son precipitantes de emociones como ira, tristeza e “impotencia”, especialmente cuando recibe de las personas que le rodean apreciaciones negativas sobre su comportamiento (insinuar que dejó de hacer algo en el trabajo, acusarle de decir o hacer algo inadecuado), hechos ante los cuales responde prevenidamente tratando de explicar que no es responsable de lo que comentan.</p>
<b>SEXUAL</b>	<p>En este aspecto L.O. comenta que ahora es su pareja quien toma la iniciativa para tener relaciones, lo hace con mayor frecuencia en comparación con el tiempo previo a la ruptura de la relación. Expresa que en ocasiones de “siente acosada” “...como que él a toda hora quiere y yo le digo que no sea cansón”, “me siento rara porque como él no era así conmigo”, pero este es un hecho que aún no trata abiertamente con la pareja.</p>
<b>SALUD-ENFERMEDAD</b>	<p>En la actualidad presenta dificultades en la columna vertebral (hernia discal). Lo que le impide asistir al gimnasio de forma regular.</p>

**COMPETECIAS DE AUTOCONOCIMIENTO**

	<b>DESCRIPCIÓN HECHA POR EL CONSULTANTE</b>	<b>VALORACIÓN DEL TERAPEUTA</b> (Aquí el profesional debe señalar las relaciones que establece entre el reporte del consultante y lo que observa)
<b>AUTOEVALUACIÓN</b>	<p>La consultante reconoce que cohibirse en sus expresiones se da en parte por evitar juicios negativos (burlas, rechazo) por parte de las personas que le rodean.</p> <p>En sus reportes verbales es común encontrar verbalizaciones de este tipo: “sé que no soy tan bonita”, “tampoco es que sea fea...”</p> <p><b>Dimensiones del yo:</b>  <u>“yo contenido”</u>: “sé que no soy tan bonita”, “tampoco es que sea fea...”, “soy amargada”, “soy poco extrovertida”. “me gustan mis ojos, mi boca y mis piernas”, “dicen que soy bonita, pero en dónde lo ven que yo no lo veo”..  <u>“yo proceso”</u>: “para el trabajo me maquillo y un día me empecé a peinar diferente”,  <u>“yo contexto”</u> “El ahora es más cariñoso conmigo y yo no tanto, yo soy detallista pero todavía me falta..”, “él ahora me demuestra más cosas, me da regalos, está pendiente, pero yo no quiero demostrarle tanto”.</p>	<p>En cuanto a la autoevaluación de la consultante se evidencia capacidad para reconocer aspectos de sí como cualidades y defectos.</p> <p>De igual forma es capaz de identificar los aspectos que pueden influenciar su comportamiento, reconociendo variables externas (lo que comentan con respecto a ella las personas de su familia, de su trabajo, incluso la pareja), y variables internas relacionadas con “temor” por exponer lo que siente y piensa; este temor puede ser consecuencia de su historia de aprendizaje donde en ocasiones solía comportarse de forma cariñosa y recibió como respuesta rechazo hacia sus manifestaciones, como también recibía críticas y burlas cuando lloraba frente a situaciones donde experimentaba tristeza o ira.</p>
<b>AUTODESCRIPCIÓN</b>	<p>Se considera una persona responsable, luchadora, colaboradora con su familia y amistades.</p> <p>A nivel físico se describe como “normal, no soy ni bonita ni fea”, le gustaría cambiar algunos aspectos de su físico según con la connotación que tiene de “mujer bonita”.</p> <p>En cuanto a actitudes se considera una mujer “seria”, “a veces soy recochera pero eso depende de con quienes este”.</p>	<p>Al realizar el ejercicio de autodescripción L.O. adopta actitudes que denotan vergüenza (dirige su rostro y mirada hacia a un lado, sonríe constantemente, aumenta el movimiento de las manos), al confrontar este aspecto admite que es así y al indagar las razones por las cuales se dan esos comportamientos se le plantean situaciones en las que ha sucedido durante las sesiones, ante lo cual responde de forma natural reconociendo que es así y exponiendo que lo hace por temor a ser tratada como “boba”.</p>
<b>EXPLICACIÓN DEL PROPIO</b>	Expone que su comportamiento comunica	

<p><b>COMPORTAMIENTO</b></p>	<p>seriedad.</p> <p>Experimenta “ira” cuando las personas aseguran cosas de ella sin ser verdad, debido a que su padre emitía juicios acerca de su comportamiento cuando convivían.</p> <p>Por otra parte considera que la expresividad especialmente con su pareja es poca debido a que anteriormente en la relación ella era quien solía demostrar su cariño con palabras y acciones (tomarle la mano, darle besos...). Y ahora es su pareja quien se comporta de esa forma con ella.</p> <p>Prefiere comentar pocas cosas de su vida a otros, considerando que es conveniente en caso que las interacciones se deterioren o se distancien; además cuando habla acerca de la experimentación de situaciones donde tiene sentimientos de ira y tristeza evita llorar considerando apropiado controlarse para demostrar fortaleza.</p>	<p>L.O. intenta dar explicación a sus comportamientos, aunque en la mayoría de las situaciones se limita a dar respuestas como “normal”, “no se”, con las cuales es probable que evite una mayor profundización en los contenidos de sus vivencias y comportamientos.</p> <p>Sin embargo, durante el periodo de evaluación se logra identificar que este tipo de comportamiento esta ligado a la preferencia por hablar poco de su vida y de las razones por las que se controla para evitar mostrarse “débil” frente a los otros.</p>
------------------------------	--	--

**CONTEXTOS DE FUNCIONAMIENTO**

CONTEXTOS	DESCRIPCIÓN DEL CONTEXTO	COMPORTAMIENTOS QUE SE PRESENTAN
<p><b>FAMILIAR</b></p>	<p>En la actualidad vive en un apartamento en arriendo en estrato socioeconómico 2. Vive con su hijo de 2 años y con su pareja con quien comparte los gastos del hogar.</p> <p>Mantiene contacto permanente con sus abuelos maternos quienes viven cerca a su casa.</p> <p>Es hija de padres separados, de la convivencia de ellos nació L.O. y una hermana que en la actualidad tiene 16 años. Además tiene hermanos por parte de padre y madre; por parte de su mamá una hermana menor y</p>	<p>L.O. expresa que de un tiempo hacia acá la relación con su mamá ha mejorado. Sin embargo es usual que se presenten discusiones cuando la consultante les visita debido a que hacen comentarios acerca de su comportamiento y relación pareja. Aunque en la situación actual recibe apoyo de ellos y le han manifestado –según relata L.O.- su acuerdo en cuanto a la reanudación de la relación de pareja.</p> <p>Con el padre mantiene poco contacto, relata que luego de la separación cuando ella tenía 7 años, él se distanció; el primer año estuvo pendiente, pero luego cambió su comportamiento, “es muy tacaño”, “no ha estado pendiente de nosotras”, “se volvió egocéntrico, eso no me gusta”.</p> <p>Su mayor red de apoyo a nivel familiar son sus abuelos,</p>

	de su padre dos hermanos menores también.	<p>especialmente la abuela, a quien considera le debe el estar pendiente de ella y su hijo.</p> <p>En la actualidad afrontan una situación familiar compleja debido a que su tío quien vive en la casa de sus abuelos recibió un diagnóstico de salud de gravedad; aunque esta ha suscitado mayor unión en la familia para brindar los cuidados y un ambiente propicio para su tío.</p>
<b>ESCOLAR</b>	L.O. estudió su bachillerato en colegios públicos, y dos semestres de estudios universitarios de lengua castellana en una universidad pública también.	<p>Su nivel educativo es bachillerato completo, aunque realizo dos semestres de universidad, los cuales suspendió debido a la falta de recursos económicos.</p> <p>Aunque no se consideraba la estudiante más destacada se ocupaba de sus deberes académicos.</p>
<b>LABORAL</b>	<p>Actualmente se desempeña como asesora de ventas de productos y servicios en una empresa de juegos de suerte y azar.</p> <p>Su trabajo implica contacto directo con clientes y su comportamiento ha afectado su interacción con los mismos, al igual que sus familiares y conocidos, le recalcan la forma como se comporta (los gestos que utiliza, la manera como habla, la limitación en los temas de conversación).</p> <p>Con sus compañeras de trabajo es similar su comportamiento y éstas responden como lo hacen las demás personas haciendo sugerencias acerca de cómo relacionarse con los otros.</p>	<p>En su trabajo como asesora se interesa por mantener y cumplir los presupuestos comerciales, en general maneja una adecuada relación con los clientes, aunque cuando habla de sus interacciones con los clientes es evidente el malestar que le generan algunos comportamientos de los mismos, ante esto sus reacciones suelen ser defensivas (exponiendo de forma sarcástica su incomodidad por la forma en cómo solicitan un servicio).</p> <p>Adicional a su trabajo como actividad económica paralela, prepara y vende alimentos.</p>
<b>RELACIÓN DE PAREJA</b>	<p>Mantiene una relación de pareja hace 5 años durante los cuales se han presentado dos rupturas, en ambas ocasiones por decisión de él y reanudadas también por él.</p> <p>Actualmente convive con su pareja con quien tiene planeado casarse.</p>	<p>L.O. relata que durante el primer año de relación su pareja representó un apoyo para ella pues en ese tiempo fue cuando decidió salir de su casa para vivir sola (atribuye la decisión a los inconvenientes de su relación a ese hecho pues considera que se precipitaron en compartir espacio y tiempo). Sin embargo en la actualidad conviven juntos con su hijo de dos años. Ella manifiesta “él ha cambiado mucho, ahora está pendiente de mí, es más cariñoso”, “... yo soy la que estoy rara, ahora yo me comporto como él lo hacía conmigo (poco cariñosa)”, esto lo argumenta manifestando “temor” frente a la posibilidad de volver a experimentar un cambio negativo por parte de su pareja.</p>

<p><b>SOCIAL</b></p>	<p>L.O. es una persona con un círculo social reducido tiene pocas amistades, su tiempo libre suele compartirlo con su hijo y su pareja con quien actualmente conviven y con la familia. Aunque va al gimnasio, allí el establecimiento de interacciones es bajo – casi nulo, sale poco a fiestas y cuando lo hace permanece gran parte del tiempo en silencio escuchando lo que los demás tienen para decir ya que se considera con poca capacidad para entablar una conversación, contar chistes o entretener a los demás mediante un diálogo.</p>	<p>Considera que para establecer amistades es necesario que las personas “se sientan a gusto con uno”, además de ella sentir empatía con los mismos, dentro de las características enumeradas como condición en sus interacciones prevalece el sentido del humor, el interés por asuntos de la otra persona.</p> <p>Durante el proceso de evaluación estableció mayor interacción con algunas de sus antiguas amistades, compartió espacios como paseos, salidas a bailar, visitas, que le permitieron identificar las características de las demás personas con las que se siente a gusto, además de llegar a considerarse a sí misma como una persona agradable “yo sé que le caigo bien a las personas”, “yo me doy querer”.</p>
----------------------	---	---

#### RECURSOS FACILITADORES DEL PROCESO TERAPEUTICO

- L.O. muestra disposición por el proceso, manifiesta agrado por lo trabajado en las sesiones y evalúa el proceso como facilitador de cambios, en su discurso relata que ha cambiado aspectos de su vida en cuanto a lo personal y lo físico como consecuencia de lo abordado en las consultas.

#### FORMULACION DE HIPOTESIS

UNIDAD DE ANÁLISIS	HIPÓTESIS	JUSTIFICACIÓN Y SOPORTE DE LAS HIPÓTESIS
<p>Con base en la información obtenida durante la evaluación del caso y teniendo en cuenta la clasificación dispuesta en el manual FIAT para el abordaje de casos desde PAF, se establece la siguiente categoría funcional:</p> <p>Clase D: Divulgación y cercanía interpersonal</p> <p>L.O, ante situaciones que requieren hacer autodivulgación en cuanto aspectos físicos y de sus interacciones, así como enunciar lo que considera que los demás piensan de ella, el hablar de sus relaciones familiares y emocionales-afectivas y frente al hecho de ser</p>	<p><i>Predisposición.</i></p> <p>Desde su infancia se ha considerado una persona sensible, ante situaciones en las que experimentaba ira y tristeza lloraba y ante su reacción de llanto recibía de quienes le rodeaban (familiares – amistades) críticas denominándola como una persona débil. Además en algunas de esas personas confiaba aspectos de su vida personal pero estas comentaban a otros lo confiado.</p> <p><i>Adquisición.</i></p> <p>La interacción con algunas personas de su familia, especialmente su madre con quien intento</p>	<p>Técnicas de recolección de información:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Entrevista con la consultante</li> <li>2. Observación de las conductas clínicamente relevantes en el contexto de interacción terapéutica</li> <li>3. Entrevista con otras personas relacionadas a la consultante: Pareja, jefes.</li> <li>4. Tareas para casa donde el objetivo era indagar la forma en cómo realizaba</li> </ol>

<p>confrontada por dichas situaciones, emite comportamientos que se catalogan como repertorios de escape o evitación, que se observan en ella a través de las siguientes topografías: esquivar la mirada del interlocutor, agitación motora (en especial las manos), risas, intentos por demostrar que esto no la afecta (evitar llorar) y cambiar el tema o hablar poco sobre estos; situación que genera de parte de sus interlocutores reacciones como (enunciar aspectos relacionados con las consecuencias que funcionalmente mantienen la conducta). Este estilo de interacción, es posible que se encuentre relacionado con los denominados repertorios de respuesta en los que según el manual FIAT, el consultante ha experimentado en su historia de aprendizaje que la divulgación de aspectos personales fue castigada por contingencias sociales, que para el presente caso fueron experiencias previas en las cuales al hablar de sus aspectos personales y familiares, estos fueron comentados a terceras personas y la respuesta de llanto que solía presentar ha sido relacionada con “debilidad”.</p> <p>Indicadores de Cambio:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Reconocimiento de sus características físicas y comportamentales.</li><li>- Validación del concepto que otros emiten sobre ella.</li></ul>	<p>establecer confianza para comentar aspectos de sí misma que posteriormente fueron comentados por su progenitora a otras personas.</p> <p>En la relación con su padre, él le reprochaba constantemente su comportamiento tildándolo de inadecuado por rumores de otras personas, sin permitir a L.O. dar algún tipo de explicación ante lo que ella se molestaba expresando su molestia a través del llanto por lo que era mayormente cuestionada; de igual forma le ha sucedido en contextos como amistades y pareja de quienes ha recibido calificativos como “débil”, “llorona”.</p> <p><i>Mantenimiento.</i></p> <p>En la actualidad L.O. considera que es importante “controlar” el llanto debido a que así puede mostrar su fortaleza, y a que teme que las personas que le rodean la cataloguen como débil.</p> <p>Se abstiene de hablar sobre aspectos de sí misma con otras personas considerando que “siempre” que exista distanciamiento otros se van a enterar de lo comentado.</p>	<p>autoreferencias de sí misma y de sus interacciones con otros.</p>
--	---	--

## HIPOTESIS EXPLICATIVA

A través de su historia, L.O, confió asuntos personales de su vida a terceros (como su mamá y amigas), éstas comentaron lo dicho por ella a otros lo cual conlleva a que la consultante considere que “siempre va a pasar eso”, pues al distanciarse o finalizarse una relación la otra persona contará la información a otros y así las cosas, entonces es mejor no hablar de la vida personal.

Respecto al control de sus emociones, L.O intenta regularse y parecer estable ante los demás debido a que en las ocasiones en las cuales presentó manifestaciones (como llanto), fue criticada y señalada como débil por familiares, amigos y pareja.

## PLAN DE INTERVENCION

OBJETIVOS	ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"><li>• Lograr que la consultante identifique y reconozca los momentos en los que durante la sesión se comporta como se describe en las categorías.</li><li>• La consultante expresará sus inconformidades teniendo en cuenta que para ello debe igualmente identificar posibles mejoras para las mismas.</li><li>• La consultante será capaz de identificar y manifestar las explicaciones respecto a su comportamiento especialmente en relación a las categorías analizadas.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>❖ Socializar con la consultante los hallazgos obtenidos a partir del proceso de evaluación mostrando las CCR (de los tres tipos) que ha presentado durante la relación terapéutica, indagando acerca de lo que considera de estas situaciones.</li><li>❖ En sesión socializar con la consultante la forma en como se realizó parte del análisis funcional con la información recopilada durante las sesiones de evaluación.</li><li>❖ Realización de un registro Antecedente – Conducta – Consecuente retomando los aspectos analizados durante la evaluación y con los cambios evidenciados durante las sesiones.</li><li>❖ Se realiza retroalimentación a la consultante respecto a las expresiones/comentarios realizados cuando se abordan las temáticas descritas en las categorías (CCR1), para que se dé un reconocimiento de éstas (CCR2) y puedan ser evidenciadas las mejoras durante la relación terapéutica.</li><li>❖ Exponer situaciones donde se presenten CCR para abordar las explicaciones que tiene sobre su conducta antes del proceso de intervención y las que emite en la actualidad.</li></ul>



- |  |   |
|--|---|
|  | <ul style="list-style-type: none"><li>❖ Enlistar las explicaciones que daba de su comportamiento y analizar el contenido de las mismas comparándolas con las otorgadas en la actualidad para que así tanto la consultante como la terapeuta puedan evaluar los progresos de la relación terapéutica; de igual forma hacer uso del refuerzo natural cuando la consultante logre llevar a cabo los comportamientos esperados para el contexto terapéutico y explicarle que estos pueden ser adaptados también a los contextos fuera de la consulta.</li><li>❖ Con base en los comportamientos presentados por la consultante, se dan las sugerencias pertinentes, y se invita a L.O. para que luego de comprender la función de su comportamiento éste pueda ser desarrollado en pro del beneficio propio y el de personas a su alrededor.</li><li>❖ Se sugiere continuar con el proceso de intervención para abordar situaciones a nivel de relación de pareja y crianza de su hijo.</li></ul> |
|--|---|



## Anexo C

### Registro antecedente-conducta-consecuente

(Fase de Intervención)

Este registro diligenciado por la consultante con el propósito de establecer comparaciones respecto al estado inicial del comportamiento y el estado actual.

ANTES			
LUGAR	ANTECEDENTES	CONDUCTA S	CONSECUENCIA S
<b>Contexto Terapéutico</b>	Conducta 1 Hablar sobre características físicas y de comportamiento		
	Conducta 2 Hablar de situaciones familiares		
ACTUALIDAD			
LUGAR	ANTECEDENTES	CONDUCTA S	CONSECUENCIA S
<b>Contexto Terapéutico</b>	Hablar sobre características físicas y de comportamiento		
	Hablar de situaciones familiares		
	Hablar de situaciones personales		
<b>Contexto Cotidiano</b>	“El hecho de que se metan en mi vida”		
	“Falta de dinero”		
	“Socializar con otras personas”		

## Anexo D

### Registro de “autodescripción”

La consultante debe consignar en el registro los aspectos que considera de sí misma y que consideran los demás tanto en la parte física como comportamental, de ella.

	<b>Lo que digo de mí...</b>	<b>Lo que dicen los demás...</b>
<b>Aspecto Físico</b>		
<b>Aspecto Comportamental</b>		

## **Anexo E**

### **Preguntas para evaluar interacciones sociales**

A través de estas preguntas se pretende evaluar el concepto de amistad y las reglas que tiene la consultante para el establecimiento y mantenimiento de las mismas.

1. Identificar las características o las condiciones que deben tener las personas con las que establezco una relación de amistad
  - Enumere las características de quienes considera han sido sus amigos importantes (características tanto positivas como negativas).
  - Enumere además de las características expresadas que deben hacer ellos en cuanto a la relación de amistad. ¿Cómo considera que deben comportarse?
  
2. Identificar y escribir los aspectos que considera “cambian” en los demás y en usted haciendo que la relación de amistad sea “distante”.

## Anexo F

### Registro comparativo de las explicaciones sobre las conductas

Se solicita a la consultante que recuerde las explicaciones que daba sobre sus conductas y las compare con las que ahora ofrece de las mismas.

<b>CONDUCTA</b>	<b>EXPLICACIÓN ANTERIOR</b>	<b>EXPLICACIÓN ACTUAL</b>
Ej: Distanciarse de las amistades.		
Comportamientos emitidos cuando se habla sobre lo que siente y piensa de sí misma.		
Comportamientos emitidos cuando se habla sobre temas familiares.		
Comportamiento cuando desarrolla sus funciones en el trabajo.		
Comportamiento en cuanto a imagen y actitud.		