Psicoterapia Analítica Funcional

Una guía clínica para usar la interacción terapéutica como mecanismo de cambio

Michel A. Reyes Ortega

Jonathan W. Kanter

Con la colaboración de

Milagros Ascencio Guirado

Editorial Brujas

Título: *Psicoterapia analítica funcional: una guía clínica para usar la interacción terapéutica como mecanismo de cambio*
Autores: Michel A. Reyes Ortega – Jonathan W. Kanter

Reyes Ortega, Michel A.
Psicoterapia analítica funcional : una guía clínica para usar la interacción terapéutica como mecanismo de cambio / Michel A. Reyes Ortega ; Jonathan W. Kanter. - 1a ed . - Córdoba : Brujas, 2017.
210 p. ; 23 x 15 cm. - (Latinoamerica contextual)

ISBN 978-987-591-941-9

1. Psicoterapia. 2. Psicología. I. Kanter, Jonathan W. II. Título
CDD 150.195

© De todas las ediciones, los autores
© 2017 Editorial Brujas
1° Edición.
Impreso en Argentina
ISBN: 978-987-591-941-9

Queda hecho el depósito que marca la ley 11.723.
Ninguna parte de esta publicación, incluido el diseño de tapa, puede ser reproducida, almacenada o transmitida por ningún medio, ya sea electrónico, químico, mecánico, óptico, de grabación o por fotocopia sin autorización previa.

ENCUENTRO Grupo Editor
Editorial Brujas
Pluma Libre
Miembros de la CÁMARA ARGENTINA DEL LIBRO

www.editorialbrujas.com.ar publicaciones@editorialbrujas.com.ar
Tel/fax: (0351) 4606044 / 4691616– Pasaje España 1486 Córdoba–Argentina.

Capítulo 5:
La formulación de caso clínico

Participar de la evaluación psicológica es un gran acto de valor por parte de los consultantes. En nuestra cultura, revelar experiencias privadas y admitir necesitar ayuda usualmente tiene como consecuencia el recibir juicios, malentendidos o rechazo. El terapeuta necesita reconocer esta vulnerabilidad y aprovecharla como una oportunidad para reforzar este acto a través de la comunicación de respeto, y evocar confianza a través de la colaboración. Elegimos iniciar este capítulo con esta idea de Villatte, Villatte y Hayes (2016); que por cierto hemos modificado ligeramente para que sea compatible con nuestro lenguaje de FAP, porque el presente capítulo describe procesos técnicos y puede fallar en transmitir la actitud de sensibilidad necesaria para construir un espacio sagrado que permita que la evaluación y formación de caso de la FAP se desarrolle apropiadamente. A lo largo de la lectura de este capítulo procure tener en mente el párrafo anterior y permítase imaginarse teniendo esta actitud mientras se realiza la evaluación clínica, imagine que la evaluación clínica es un proceso en conjunto donde terapeuta y consultante se involucran en un acto de ampliación de consciencia colaborativo que involucra un constante ejercicio de valor por parte del consultante y un constante ejercicio de amor por parte del terapeuta. La finalidad de la valoración clínica no solamente es obtener información que permita formular un caso, sino también crear un contexto de intimidad, de confianza entre las partes involucradas.

5.1. El proceso de evaluación clínica.

La evaluación clínica no es algo que el terapeuta hace al consultante, sino un proceso colaborativo. Idealmente, este proceso es terapéutico en sí mismo, pues permite desarrollar o fortalecer habilidades importantes para lograr los objetivos del consultante, independientemente de los que estos sean. Específicamente, la evaluación implica la descripción, no sentenciosa, de las experiencias y acciones del consultante, así como de los contextos relevantes para su ocurrencia y mantenimiento, y de forma paralela implica el fortalecimiento de una visión flexible del sí mismo, un sí mismo que permanece intacto a pesar de que se mueva a lo largo de diversas situaciones, el tiempo y las experiencias, un sí mismo libre de elegir sus acciones y que es arquitecto de su destino.

El practicante de FAP debe tener esto en mente y reconocer que estas CCR2s y CCR3(2) pueden estar poco fortalecidas en el consultante y que el proceso de evaluación requiere paciencia y muchas veces una atención específica al desarrollo de estos repertorios como proceso de la evaluación. De esta forma, el proceso de evaluación es una oportunidad para el análisis del comportamiento del consultante en tiempo real, incluso si éste está describiendo situaciones que ocurren fuera de la sesión, es una oportunidad para contactar contingencias e identificar equivalencias funcionales (paralelos) entre las ORs y las CCRs.

Durante este proceso, el terapeuta debe facilitar la discusión sobre la naturaleza misma del proceso de evaluación y permitir la discusión sobre su ritmo, las experiencias que se evoquen naturalmente durante la misma y ser transparente sobre sus intenciones e hipótesis sobre los paralelos ORs y CCRs. A continuación, mostramos un ejemplo adaptado de la manera en que el primer autor describe y explica la utilidad del análisis funcional a sus consultantes:

> *La manera en la que yo analizo lo que ocurre con mis consultantes es mediante un análisis funcional. Analizar funcionalmente nuestra conducta es identificar la forma en que el contexto le influye; relacionar condicionalmente*

ciertos antecedentes a su aparición, y determinadas consecuencias a su repetición. Es darle una coherencia funcional a nuestro comportamiento, entender su validez y al mismo tiempo identificar cuando y como cambiarlo para crear consecuencias más deseables. Este análisis no es una tarea sencilla, implica elegir palabras que describan acciones, experiencias y situaciones, ayudando a distinguirlas entre sí, y a distinguir descripciones de juicios también. También requiere ubicar las experiencias dentro del cuerpo y la mente, y clasificar nuestras acciones, según su congruencia con lo que queremos o no para nuestra vida. Repetirlo con acciones diferentes y en muchas situaciones, incluso con lo que ocurre dentro del consultorio, permite hacerlo cada vez de forma fluida, y flexible según la situación y sirve de preparación para hacerlo justo en las situaciones que lo requieren. Rastrear todas estas contingencias incrementa nuestra sensibilidad al contexto y con ello, se gana la libertad de elegir como reaccionar ante él. Con práctica, te volverás más auto-dirigido y flexible, tu capacidad para hacer lo que funciona y atender a tus sentimientos y principios de forma simultanea será mucho mayor.

Recuerde que la evaluación es colaborativa y, por esa razón, es flexible e ideográfica; difícilmente es efectivo presionar al consultante para recolectar una gran cantidad de datos con la finalidad de "tener una impresión diagnóstica" o "crear un plan de trabajo", la función del comportamiento es dependiente del contexto y la historia de aprendizaje particular, solamente observando el efecto de un comportamiento en las situaciones relevantes se identifica su función, y solamente observando múltiples ejemplos de comportamientos diferentes se identifican aquellos de función equivalente, de forma que se pueden ordenar en clases funcionales.

1. En relación al proceso de la formulación de caso, esta tiene cuatro etapas básicas:

2. Identificar el motivo de consulta. No importa si es una conducta problema o una meta.

3. Definir conductualmente el motivo de consulta. Topográfica y funcionalmente.
4. Definir las metas del tratamiento, o los obstáculos si es que lo primero que se presentó fue una meta.
5. Identificar CCR y ORs.

A continuación, describiremos el proceso del análisis funcional y la forma en que este se constituye como la herramienta de análisis básica que permite pasar por estas etapas.

5.2. El análisis funcional.

La identificación del motivo de consulta es relativamente sencilla, usualmente se identifica preguntando ¿cuál es la razón por la que acude usted a sesión en este momento de su vida?, incluso si el consultante es referido por otra persona, como sus padres o una institución, el motivo de consulta puede indagarse e identificarse con relativa facilidad, p.ej. "que mis padres dejen de presionarme para hacer cosas que no quiero", "dejar de tener problemas legales o mantenerme fuera de la cárcel", "ser más productivo en el trabajo" o "lidiar con mi enfermedad de la mejor manera". Una vez que terapeuta y consultante han definido colaborativamente el motivo de consulta, el siguiente paso es evaluarlo conductualmente.

La evaluación clínica conductual es notablemente diferente de la evaluación diagnóstica psicológico-psiquiátrica tradicional. Desde la perspectiva diagnóstica, el objetivo de la evaluación implica identificar un conjunto de síntomas y asignarles una etiqueta acorde a las categorías definidas por los sistemas de clasificación diagnóstica existentes, p.ej. los publicados por la asociación psiquiátrica americana (DSM) o la organización mundial de la salud (CIE). En contraste, las metas de la evaluación conductual son: a) la *definición topográfica* de los comportamien-

tos de interés, es decir el motivo de consulta del consultante, en las siguientes dimensiones: forma(s), duración, intensidad, y frecuencia; y b) el *análisis funcional*, identificar las variables contextuales que la perpetúan. Recordará del capítulo 1 que la topografía de una conducta es su forma o aspecto, así el análisis topográfico de una conducta consiste en describir, lo más concretamente posible, los elementos que le conforman. La evaluación funcional consiste en realizar hipótesis sobre la relación de la conducta entre sus antecedentes y consecuencias, entre los estímulos discriminativos los reforzadores positivos o negativos (a corto y largo plazo).

Por ejemplo, si desea definir topográficamente la conducta a la que un consultante llama "obsesividad", lo primero que desearía es preguntar *"¿a qué se refiere con obsesividad?", es decir "¿cómo se siente y se ve la obsesividad?",* y si *"¿siempre se ve de esa manera la obsesividad? o ¿ésta puede observarse de diferentes maneras dependiendo de la situación?"*. Supongamos que después de indagar, su consultante describe formalmente la obsesividad como el pensamiento de que algo muy malo va a pasar si el no cuida el orden de las cosas, aceleración del ritmo de su corazón, sudoración en las palmas de las manos, sensación de pesadez en la cabeza, tensión muscular, dejar de hablar, y manipular objetos ordenándolos por colores, formas y tamaños, estos solo lo hace si está solo ya que si está acompañado lo hace mentalmente, también acostumbra llamar por teléfono o por mensaje a sus familiares y compañeros de trabajo para que se aseguren de que las cosas están ordenadas si es que él no está con ellos.

Para identificar la duración, intensidad o frecuencia usted podría preguntar directamente por el tiempo que el consultante pasa llamando a otras personas, ordenando objetos o visualizando mentalmente el tener las cosas en orden. Para identificar la intensidad, puede preguntar por el costo que esto tiene en sus actividades cotidianas, por ejemplo, preguntando *"¿qué cosas está dejando de hacer por dedicar tiempo a ordenar objetos?"*, o preguntar por los efectos indeseables *"¿qué impacto tiene en las demás personas estas acciones?"*, y para identificar frecuencias

puede indagar por la cantidad de veces que estas acciones se presentan en un día o semana. Supongamos que en el caso de nuestro consultante nos damos cuenta de que puede pasar hasta 15 minutos ordenando cosas manualmente hasta que finalmente se cansa o le resulta urgente realizar otra actividad, que ordenar mentalmente es algo que hace durante unos segundos pero que constantemente lo hace con diferentes objetos a lo largo del día, que la frecuencia notada de las llamadas y acciones de orden manual es de un promedio de 5 a 7 veces al día, y que la frecuencia notada del "orden mental" es de alrededor de 20 veces por día; hablando de la intensidad identificamos que la realización de estas actividades impide que llegue a tiempo a sus compromisos laborales y personales, y discusiones con las personas por su dificultad para ayudarlo.

Usualmente el consultante tiene más de un motivo de consulta, por estas razones sugerimos iniciar preguntándole al consultante por los problemas principales que desearía tratar en terapia, jerarquizarlos en orden de importancia, continuar definiéndolos topográficamente y después analizar funcionalmente diversos ejemplos de ocurrencia del más importante en la jerarquía al menos relevante. Sugerimos encontrar un patrón del primer problema antes de continuar con el segundo. En nuestra experiencia los problemas del consultante están relacionados y el análisis de ocurrencia de ejemplos de uno da mucha información sobre las variables que mantienen el resto, por esa razón le sugerimos empezar por el problema más importante y comentar hipótesis de las variables mantenedoras del resto cuando estas vayan emergiendo, sin embargo, le sugerimos mantenerse concentrado en el primer problema y no desviarse de este al establecer su relación con el resto.

La evaluación funcional se refiere a identificar la función de la conducta en el contexto en que ocurre (ver capítulo 1). Las funciones pueden ser múltiples ya que el contexto es inmensamente complejo, por esta razón hemos simplificado el análisis y nos concentramos en identificar la forma en que la conducta funciona para alejarse (evitar o escapar) de experiencias y si-

tuaciones indeseadas (aversivas) y para acercarse a sus metas (valores, deseos o preferencias), ambas consecuencias se analizan a corto y largo plazo, y en tantas dimensiones de la vida del consultante como sea posible con la finalidad de identificar las funciones de su comportamiento respecto a su experiencia interna (eventos privados) como en el contexto más amplio de lo que es importante en su vida a través del tiempo (sus valores).

El formato 5.1 puede utilizarse como una guía para describir ocurrencias y evaluar (topográfica y funcionalmente) el comportamiento indeseado del consultante en diferentes instancias. En este sentido es importante aclarar que la descripción de una ocurrencia del comportamiento no implica un análisis funcional sino el análisis de una *instancia* de comportamiento, el proceso de *evaluación funcional conductual* es el acto de realizar múltiples análisis de estas ocurrencias en diversidad de contextos hasta que pueden identificarse patrones claros respecto al tipo de antecedentes y consecuencias del comportamiento indeseado (en sus diferentes formas); en nuestra experiencia clínica estos patrones se identifican claramente después de un par de horas de evaluación (incluso si los problemas que se desean analizar son muchos, ver la consideración sobre múltiples problemas más adelante). Se dice que se ha hecho un *análisis funcional del comportamiento*, cuando usted ha identificado un patrón claro de las clases de estímulo antecedente y de consecuencias que se relacionan al comportamiento, dicho de otra forma: *el análisis funcional está completo cuando el terapeuta y consultante han identificado la función de la conducta en el contexto en que ocurre*. Podría decirse que el análisis funcional procura determinar en qué condiciones se lleva a cabo una conducta y para qué.

El análisis descrito no ha finalizado si no se tiene una descripción topográfica y funcional de la conducta alternativa deseada, le sugerimos preguntar al consultante por las "metas" de tratamiento al empezar a identificar patrones funcionales, ya que no es hasta que estos patrones son evidentes que el consultante tiene un panorama más amplio de su problema, sus efectos y la viabilidad de las alternativas contempladas. Ahora bien, existe

la posibilidad de que el motivo para acudir a terapia del consultante esté relacionado con el cumplimiento de metas, p.ej. "ser más disciplinado" o "explotar al máximo mis habilidades de liderazgo", en estos casos sugerimos iniciar definiendo conductualmente la meta y posteriormente realizar un análisis funcional de las situaciones donde los comportamientos deseables deberían de presentarse y no lo están haciendo de forma persistente, este análisis permitirá identificar obstáculos para el logro de la meta que no se tenían identificados anteriormente.

La evaluación conductual es un proceso continuo, que se extiende durante toda la intervención, pues - estrictamente hablando – el análisis descrito no finaliza en un momento dado, sino que se realiza durante toda la FAP. Dicha evaluación se realiza con la finalidad de valorar la eficacia de la intervención y la forma en que eventos extraños o los efectos mismos de la psicoterapia pudieran estar impactando el progreso hacia las metas del consultante. En ocasiones, también las hipótesis funcionales sobre la conducta pueden modificarse a lo largo del tiempo.

a. Tenga en consideración los siguientes puntos, adaptados de Barraca (2014), para evaluar su proceso de análisis conductual:

b. La evaluación conductual es específica. Se centra siempre en conductas particulares.

Las conductas problema deben describirse y registrarse de forma tan minuciosa como sea posible.

Formato 5.1
Análisis funcional

Situación *(Situación que motivó la conducta a analizar, por ejemplo. reacciones de una persona, estar solo, etc.)*	*Experiencia* *(Malestar: Pensamientos, sensaciones, sentimientos, impulsos indeseados)*	*Acciones* *(Conducta observable a analizar)*	*Consecuencias* *Corto Plazo* *(Efectividad para aliviar tu malestar, impactos en la situación, y efectividad para acercarte a lo que te es importante)*	*Consecuencias Largo Plazo* *(Efectividad para aliviar tu malestar, impactos en la situación, y efectividad para acercarte a lo que te es importante)*

a. La evaluación conductual incluye siempre unas metas de intervención. Por tanto, no concreta únicamente cuáles son las conductas problema que deben modificarse, sino también cuáles son las conductas objetivo que suponen el éxito de la intervención.

b. El estudio de caso único (orientado por la formulación de caso y no por un diagnóstico) es el deseable en la evaluación conductual.

c. Durante el registro de las conductas problemáticas, se procura dejar claro su variabilidad, su intensidad, su frecuencia o tasa, su duración, su latencia o su calidad. Este tipo de evaluación de las conductas problema se denomina análisis topográfico.

d. La parte más importante de la evaluación conductual consiste en establecer qué variables contextuales mantienen las conductas problema. Esta modalidad de la evaluación se conoce como análisis funcional de la conducta.

e. La elección de las técnicas que se emplean en modificación de conducta deriva directamente de la evaluación funcional, aunque debe estar informado en la investigación empírica sobre la eficacia de diversas estrategias de tratamiento para lograr efectos específicos en problemas concretos.

f. Las intervenciones se consideran eficaces cuando los procedimientos implementados revelan que se han producido los cambios esperados en las conductas problemáticas y el sujeto exhibe ya las conductas meta. Además, estos cambios deben mantenerse en el tiempo, por lo que también debe definirse el tiempo por el cual se observará la duración de los impactos.

g. El método fundamental para la recogida de datos que posibilita la evaluación conductual es la observación, en la FAP esto se logra mediante la definición y eva-

luación de las CCR. Para evaluar las ORs el terapeuta FAP hace uso de estrategias de autoobservación o en la observación de otras personas.

h. Un programa de modificación de conducta consta de al menos cuatro fases: 1) fase inicial de recogida de información; 2) fase de línea base (establecer una estimación sobre la frecuencia, duración e intensidad del problema); 3) fase de intervención o tratamiento; y 4) fase de seguimiento (que incluye evaluar el logro de metas y su mantenimiento después de un tiempo estipulado colaborativamente entre consultante y terapeuta). En el caso de la FAP, estas fases se traslapan (ver capítulo 4).

Al realizar la evaluación, el terapeuta usualmente debe concentrarse en el análisis funcional de las ORs del consultante, sin embargo deberá estar pendiente de conductas funcionalmente equivalentes que ocurran dentro de la sesión, esto le permitirá introducir oportunamente el concepto de CCRs al consultante, presentarle la naturaleza del tratamiento y analizar funcionalmente las CCR para ampliar el análisis funcional y desarrollar una conceptualización de caso (para más detalles puede volver a revisar el capítulo 4). Sugerimos que se introduzcan las CCRs al consultante cuando su ocurrencia sea muy evidente y pueda analizarse claramente su ocurrencia, de esta manera se favorece su discriminación como un proceso importante a atender en el tratamiento; asimismo, el análisis de ocurrencias de CCRs establece el contexto perfecto para presentar los supuestos de FAP al consultante al ir finalizando el proceso de evaluación.

5.3. Conductas clínicamente relevantes.

Al definir conductualmente los problemas o "motivo de consulta" del consultante, se ha realizado la descripción de lo

que se conoce como OR en FAP. Una vez que el terapeuta les ha definido es importante que identifique conductas funcionalmente equivalentes que sucedan naturalmente durante la sesión terapéutica, dichas CCRs pertenecen a la misma clase funcional de respuesta que las ORs y por lo tanto pueden considerarse como conductas que alejan al consultante de sus objetivos (CCR1s) o que le acercan a cumplirlos CCR2 (ver capítulo 2 para una descripción más detallada de las ORs y CCRs).

Idealmente, las CCRs se definen ideográficamente, es decir que se elaboran a partir del motivo de consulta y metas del consultante, y se describen en su propio lenguaje. No obstante, a largo de la historia de la FAP se han intentado definir diversos tipos de CCRs con la finalidad de auxiliar a sus practicantes en el proceso de observación y definición de los objetivos del tratamiento. Las categorías o tipos de CCR descritas no hacen una referencia exclusiva a CCRs, se refieren también a las ORs y de ser definidas como problemas o metas de tratamiento deben ser consideradas como tipos de conducta que se presentan en las dos arenas del contexto terapéutico.

Al leer las siguientes categorías le invitamos a pensar en algún cliente con quien esté trabajando o incluso en usted mismo, de esta forma puede ayudarse a imaginar las diversas topografías y funciones que estos comportamientos pueden tener en su consultante, aun así, le animamos a tratar de considerar otro tipo de CCRs que sean relevantes en el caso en que se encuentre pensando y que pudieran no estar siendo consideradas en este espacio. Por último, le invitamos a pensar en las diferentes palabras que su consultante usa para hacer referencia a estas clases de comportamiento.

5.3.1 Los eventos privados como conductas clínicamente relevantes.

Como se mencionó en el capítulo 1, desde una perspectiva conductual contextual todo lo que hace el organismo es conducta

y, por lo tanto, puede ser clínicamente relevante. Esta aseveración puede resultar bastante lógica y congruente para un clínico entrenado en el análisis conductual pero no tanto para un terapeuta que carece de dicho entrenamiento, esto es especialmente cierto cuando hablamos del papel que tienen los eventos privados en FAP. Por esa razón decidimos iniciar el presente apartado con una descripción sobre las implicaciones que dichos tipos de comportamiento tienen para la práctica de la FAP.

Pensamientos. En la FAP, como terapia conductual, se rechaza la utilidad de suponer la existencia de "estructuras cognitivas" y que estas representen una explicación del comportamiento observable u otros eventos privados (ver capítulo 1). Los procesos mentales o *eventos privados* se consideran conductas bajo el control de estímulos antecedentes y consecuentes, aunque al mismo tiempo puedan tener funciones discriminativas o elicitadoras; siendo así, los eventos privados ciertamente pueden influir sobre lo que uno siente y hace. Dicha relación está dada por la historia de aprendizaje del sujeto y no es mecánica. Siendo así, es posible que, dependiendo de la situación, un consultante muestre cadenas de comportamiento donde se muestre la secuencia *pensamiento-emoción-acción*, *emoción-acción-pensamiento* o *pensamiento-acción-emoción* (Kohlenberg & Tsai, 1991). Independientemente de la secuencia, no existe una relación causal o mecánica entre esta respuesta sino una condicionada.

Por esta razón, en la FAP no se le da al "pensamiento" un estatus diferente del que pueda dársele a cualquier otro tipo de comportamiento, sin embargo, se considera el hecho de que es clínicamente relevante por la influencia que tiene en el logro de objetivos del consultante y la forma en que se vive el mundo, por ser "psicológicamente relevante". En este sentido, elaboramos la siguiente lista de CCR1 a considerar por el evaluador FAP:

1. *Déficits de razonamiento y solución de problemas.* Este es un problema en la relación *decir-hacer* que impide la elaboración de reglas que se traduzcan en acciones efectivas para la consecución de objetivos, está direc-

tamente relacionado con las dificultades para tactar (describir) el propio comportamiento y sus contingencias (ver tacto, más adelante).

2. *Dar justificaciones* de forma que se persiste en el seguimiento de reglas inefectivas para lograr los propios objetivos. Este tipo de verbalizaciones *"hacer-decir"* tienen como consecuencia un sentido de coherencia, de tener razón o de hacer lo correcto que enmascaran las consecuencias aversivas del propio comportamiento. P.ej. "les grito a todos porque es la única forma de darme a respetar en esa casa". Estas justificaciones dificultan el tacto de las contingencias a corto y largo plazo del propio comportamiento, y con frecuencia funcionan como un mando que influye en otras personas para retirar sus demandas de cambio, p.ej. "escapar de la realidad es la única forma de aliviar mi sufrimiento".

Las CCR2 a desarrollar para corregir estos problemas tienen que ver con el incremento de sensibilidad al contexto y el desarrollo de una *coherencia funcional*, esto implica el rastreo de las contingencias de las acciones en el ambiente y la verificación de la funcionalidad del seguimiento de reglas a partir de su efectividad. En la jerga de FAP, esto es el moldeamiento de CCR3(2).

Emociones. Entendemos como emociones a un estado del organismo que resulta de una causa ambiental, una especie de efecto colateral de un estímulo ambiental que resulta en una respuesta específica; siendo la presencia de la respuesta lo que la distingue de una sensación (Skinner, 1974, 1977).

Las emociones son elicitadas por la presencia de un estímulo apetitivo o aversivo que les provoca, y que altera las funciones de los estímulos temporalmente. Por ejemplo, observar que su hogar se incendia resultaría aversivo para la mayoría de las personas, de forma que la exposición a ese estímulo no solamente evocaría respuestas orientadas a la evitación o control del evento, sino que también alteraría temporalmente la reactividad de la persona a los estímulos aversivos; en otras palabras, la

presencia de una amenaza hace que una persona sienta miedo, y parte de la experiencia de miedo es la predisposición a interpretar como amenazantes los estímulos del entorno. Así, pareciera que las emociones son funcionalmente similares o bien topografía específica de una operación de establecimiento (Lewon & Hayes, 2014).

Desde FAP, esto tiene varias implicaciones. Las emociones no se consideran causas de la conducta y si el consultante las considerara de esa forma, eso representaría una CCR3(1), y los objetivos del tratamiento serían el desarrollo de CCR3(2). Entender a las emociones y estados de ánimo como un estado que retroalimenta sobre la ocurrencia de un suceso relevante para los propios intereses, permite que su reconocimiento evoque la discriminación de las contingencias que orienten una respuesta efectiva, en palabras de Marsha M. Linehan (2015), las emociones nos informan, nos motivan a la acción, comunican a otros y les influyen para hacer algo por nosotros. En consecuencia, la dificultad o evitación de la experiencia y expresión de sentimientos podrían constituir una CCR1 si tiene como consecuencia la dificultad para resolver problemas, identificar y actuar para lograr objetivos y metas, o bien dificulta la comunicación con otras personas. Estas dificultades caracterizan a las dificultades de regulación emocional y pueden traer como consecuencia su desregulación, un problema tan común y extendido para considerarse transdiagnóstico en la literatura psicológico clínica actual (Leahy, Tirch & Napolitano, 2011). La identificación, validación y expresión de emociones de una forma congruente con el contexto son CCR2s bastante comunes en terapia.

Recuerdos. Recordar es el acto de experimentar estímulos que no están presentes en el momento presente, pero con los que se hizo contacto en el pasado, y resulta de la exposición a estímulos asociados con el hecho original. Los recuerdos clínicamente relevantes están, usualmente, asociados con un hecho traumático, profundamente doloroso (aversivo), o a la privación de una necesidad (de una clase de reforzadores específicos). No obstante, la presencia del recuerdo no es la CCR1 sino el acto de evitar los elicitadores o la experiencia de dicho evento privado (Valero

Aguayo & Ferro García, 2015). La capacidad para experimentar los recuerdos y validarlos puede constituir una CCR2s si permite exponerse o sensibilizarse nuevamente a situaciones y actuar de forma que se favorece la mejora del funcionamiento cotidiano; o permite identificar contingencias que orienten respuestas congruentes con los propios objetivos. Como ejemplo, imagine a una consultante que ha sobrevivido a una agresión sexual y que ha dejado de usar el transporte colectivo, impide el contacto físico con su pareja, y evita mirar su cuerpo y pensar sobre si misma porque esto le recuerda el evento.

5.3.2 Conducta verbal interpersonal.

Desde FAP, el comportamiento verbal entre consultante y terapeuta se analiza acorde a su función y no de su forma. Desde esta perspectiva, el comportamiento verbal se entiende como una transacción entre un hablante y un escucha, y la conducta verbal del hablante es clasificada por las contingencias que la controlan. Como se describió en el capítulo 1, en la FAP es de particular importancia la discriminación del *tacto* y el *mando*.

Tacto. Un tacto es un tipo de conducta verbal controlada por la presencia de un estímulo que discrimina su aparición, el tacto es el acto de "contactar verbalmente con un evento, público o privado, y sus características". Coloquialmente, se puede decir que "tactar" es equivalente a nombrar, lo cual es relevante desde una perspectiva conductual contextual porque permite describir relaciones funcionales entre la conducta y sus contingencias, favoreciendo la sensibilidad al contexto y la coherencia funcional (es la base de la CCR3(2)).

El tacto de los eventos privados se desarrolla por el interés de la comunidad verbal en que uno pueda notar y enunciarlos, así, surge el autoconocimiento como contacto con uno mismo, o "auto-tacto". Por ejemplo, si un niño se cae sobre la rodilla y se la toca mientras llora, será común que los adultos le digan "duele", mientras le señalan la rodilla, en otra ocasión le podrían pre-

guntar si siente hambre cuando escuchen su movimiento intestinal y vean que es "hora de comer", o bien se le puede instruir al niño para que reporte su conducta de "estoy jugando", mientras mueve un coche de juguete. A los adultos les interesa que los niños den cuenta de sus eventos privados para saber que esperar o como relacionarse con ellos en un momento específico.

El tacto es preciso cuando implica una descripción de un evento, y es impreciso o distorsionado si implica un juicio o interpretación que se confunde con el estímulo tactado. Así, por ejemplo, "siento tristeza" o "me miras fijamente" son ejemplos de descripciones, mientras que "me siento fatal" o "me estás juzgando" son ejemplos de juicios o interpretaciones. Como ya se mencionó, un tacto preciso es importante para la FAP porque es la base del rastreo de contingencias que permite desarrollar CCR3(2), mientras que el tacto impreciso da lugar a CCR3(1). El tacto preciso o impreciso es relativamente fácil de evaluar y conceptualizar como una CCR, bastará con identificar si el consultante describe los eventos públicos y privados, se le dificulta describirlos o bien los confunde con sus propias experiencias. Las CCR2s a desarrollar en este sentido son la distinción entre descripciones e interpretaciones, y entre experiencias internas y estímulos externos.

Una situación terapéutica a la que el terapeuta FAP deberá estar atento es la ocurrencia de un habla en "doble sentido", esto se debe a que el tacto puede tener varias fuentes de control y a que el lenguaje es analógico por naturaleza, de esta forma un tacto puede significar más de lo que aparenta. Por ejemplo, el consultante puede hablar de lo autoritario que es uno de sus familiares a partir de que el terapeuta ha hecho un comentario sobre lo importante que es respetar el contrato terapéutico; en estos casos será necesario que el terapeuta señale el evento y realice un análisis funcional junto con el consultante, de forma que puedan identificar las contingencias que gobiernan esta "indirecta" y ayudar a desarrollar descripciones más precisas que ayuden a la comunicación. Una segunda complicación implica el disfrazar un mando de tacto.

Mando. El mando es una conducta verbal reforzada por una consecuencia dada por el escucha. Mandar es "pedir", solicitar, preguntar, etc. Los mandos pueden ser directos (explícitos) o indirectos (implícitos), en la FAP, los mandos implícitos se llaman "mandos disfrazados" y usualmente tienen forma de descripción; "me siento solo" puede ser tanto una descripción como una petición de cercanía del consultante hacia el terapeuta. Dependiendo de la cultura, un mando disfrazado puede ser una forma sutil o educada de pedir algo, sin embargo, también puede representar un déficit de asertividad que dificulte la satisfacción de las propias necesidades o incluso dificulte la comunicación, cercanía e intimidad entre dos individuos. Las funciones de tacto y mando no son antagónicas, sino que pueden presentarse de manera simultánea, sin embargo, no siempre esto es tan claro y el terapeuta debe tener el valor de preguntar directamente por las funciones del comportamiento verbal del consultante o compartir sus hipótesis funcionales sobre él cuando sus funciones no son claras. Considere el ejemplo de un consultante que dice: "estoy pensando en tomarme un largo descanso" y que en realidad quiera decir "pienso suicidarme y necesito que me ayudes". En nuestra experiencia clínica, hemos encontrado que, con frecuencia, las expresiones de "autodesprecio" y "aflicción" son mandos disfrazados. Las CCR2s a desarrollar en estos casos son el desarrollo de tactos directos efectivos, en un lenguaje psicológico común implican el desarrollo de la asertividad.

5.3.3. El Yo como CCR.

Desde una perspectiva conductual contextual, el "Yo" como pronombre personal posibilita la emergencia del yo como experiencia psicológica del "Ser" (o del Self), experiencia que tiene tres dimensiones básicas, se refiere tanto a la identidad, como cuando se expresa "yo soy..." o "yo me caracterizo por..."; al sujeto de acción , como en "yo estoy haciendo..", yo pienso..." o "yo estoy sintiendo..."; y al centro o "locus" de la experiencia y el autocontrol, como cuando se es consciente de estar notando la

experiencia de los eventos públicos y privados, y por lo tanto en la posibilidad de elegir a qué y cómo se reacciona hacia ellos (ver Skinner, 1953, 1974, 1989;).

Desde la FAP (Kohlenberg & Tsai, 1991; Kanter, Parker & Kohlenberg, 2001), el Yo surge como unidad funcional y lugar de la experiencia, es decir como "perspectiva", a partir de la capacidad de tactar la propia conducta, note la diferencia entre el tacto "una manzana" al autotacto "estoy viendo una manzana". Como mencionamos en el apartado anterior, la comunidad verbal establece el contexto que facilita la emergencia de este repertorio cuando indagan al individuo por su experiencia, p.ej. "¿qué estás viendo?", "¿estás poniendo atención?", "¿qué quieres?", etc. Este Yo como unidad funcional de perspectiva surge a lo largo de tres etapas. En la primera etapa, el niño desarrolla unidades grandes como yo quiero helado, yo miro al perro, etc., en las que el yo, el acto y el objeto al que se refiere la oración no están diferenciados, es decir que cuando el niño enuncia el mando "yo quiero un juguete" lo dice como una sola frase sin distinguir las unidades de las que se compone. Tras ensayar este tipo de respuestas en múltiples ejemplos se abstraen unidades funcionales más pequeñas (p.ej. "yo veo", "yo siento", "yo quiero", etc.). La abstracción de estas unidades surge a partir de que el niño puede querer un abrazo, una muñeca, un helado, a su mamá, o cualquier otra cosa, al enunciar estos tactos o mandos en diversos contextos y ante diversos objetos, el "yo quiero" (por ejemplo) es constante, aunque el objeto deseado varía, esto es lo que permite que el "yo quiero" surja como una unidad funcional más pequeña y que se distingue de lo deseado. En la tercera etapa emerge la unidad Yo que es más simple y continua, en la cual se nota que el Yo que desea, siente, piensa, etc. siempre es el mismo independientemente de con quién se está, lo que se experimenta y el momento en que se ubica. Cuando surge este autotacto del Yo, también lo hace la experiencia del yo como un lugar desde el que se experimenta y se elige actuar.

Para que las unidades funcionales "Yo experimento X", "Yo X" y "Yo", emerjan, deben ser reforzadas por la comunidad ver-

bal, de forma tal que no solo surjan, sino que lo hagan bajo el control de un estímulo adecuado. Por ejemplo, se espera que el tacto "veo un perro" se refuerce en presencia del perro y no de un gato; y eventualmente que el niño diga "tengo hambre" cuando efectivamente haya pasado un tiempo privado de alimento y no cuando sienta ansiedad como respuesta a haber olvidado un juguete en la tienda. Esto no resulta tan difícil cuando los estímulos tactados son públicos, la mayoría de las veces basta que la comunidad verbal discrimine la ubicación de la mirada del niño o a donde señala con el dedo para saber si su verbalización está bajo el control del estímulo adecuado (es decir, cuando el tacto es preciso), el problema es que los estímulos que controlan la experiencia del Yo no son públicos y por lo tanto es más difícil para la comunidad verbal distinguir si el tacto está bajo el control del estímulo apropiado. De hecho, la comunidad verbal se basa en estímulos públicos para dar validez a los eventos privados tactados por el niño, p.ej. el tacto "tengo comezón" se refuerza con atención si el niño muestra enrojecimiento en la piel, o se refuerza el tacto "tengo hambre" si lo dice en presencia de alimento cuando ya casi es la hora en que come, o el tacto "me siento solo" se refuerza con cercanía si el niño lo dice después de que se ha llegado tarde a recogerlo en el colegio. Con el tiempo, la validez de las experiencias del niño se reconoce solamente por los correlatos físicos de la respuesta, por ejemplo, cuando dice me duele el estómago y tiene su mano sobre el abdomen, o dice estoy enojado y tiene fruncido el ceño, y así sucede hasta que eventualmente se valida la experiencia del niño solo porque el niño lo reporta, se podría decir que el niño ha ganado credibilidad después de una historia que demuestra que sus tactos corresponden con los hechos. Habrá notado que la validación de lo que experimenta una persona nunca llega a ser total, incluso, en la cotidianeidad es común que las personas validen lo que otra piensa, aunque no estén de acuerdo con lo que piensa, es decir que reconocen que "lo piensa" aunque no reconozcan como válido "lo que piensa". Afortunadamente, para la emergencia del Yo, no resulta absolutamente necesario que la comunidad verbal esté de acuerdo con lo que el sujeto nota experimentar, basta

con que reconozcan que está notando una experiencia (y que el autotacto del Yo sea reforzado en multitud de situaciones en diversos contextos y tiempos).

Desde la FAP, los trastornos del yo se conciben a partir de las dificultades en su emergencia como unidad funcional de la experiencia, y se conceptualizan en un continuo de "gravedad" dependiendo del grado de control que los eventos privados o públicos ejercen sobre su tacto. En general, una historia de invalidación de la experiencia (por que se ignora o castiga el tacto de la misma) sería el antecedente de estos problemas, y la gravedad de estos estaría determinada por su frecuencia e intensidad. Imagine el siguiente ejemplo, una niña y su madre están en una tienda y la niña ve una muñeca y le dice a la madre "quiero una muñeca", y la madre la mira fijamente y le dice "tú lo que quieres es volverme loca", "¿Qué no ves que el dinero no crece en los árboles?", suponga que este ejemplo se repite en diversas ocasiones y de diversas formas, digamos que la niña se cae y comienza a llorar, y que su hermano la ve y le dice "ni te ha de haber dolido, no es para que hagas tanto escándalo", múltiples ejemplos de este tipo no solo desanimarán (extinguirán) el acto de tactar las propias experiencias, sino que pueden resultar en que la propia experiencia se vuelva aversiva y en que la niña comience a orientarse más en las respuestas de los demás para determinar sus propios deseos, preferencias o necesidades, suponga ahora que la niña ve que la madre se pone un suéter y le dice "hace frío ¿verdad mamá?", lo que da lugar a que la madre la tapé y le diga "si, es verdad". Un Yo bajo control público implica que el Yo como identidad, sujeto de acción y lugar desde el que se experimenta está controlado por los estímulos del ambiente y las demás personas, y no por los eventos privados, y el origen de esta respuesta está en la historia de reforzamiento que ha favorecido este comportamiento en vez de la alternativa antes descrita.

Las dificultades en la experiencia del Yo como CCR1 pueden detectarse cuando al consultante tiene dificultades para decir "yo" como inicio de una acción verbal, como cuando dice

"la gente usualmente opina..." en vez de "yo opino", cuando tiene dificultades a responder preguntas sobre sus sentimientos o ideas, sea que responda "no sé", que parezca buscar la respuesta sin encontrarla, que experimente incertidumbre por no saber la respuesta correcta, o que responde a estas preguntas con otra pregunta o pidiendo ejemplos para saber que responder. Otra forma de identificar estos problemas es cuando el consultante parece siempre estar genuinamente de acuerdo con lo que opinan, sienten o piensan los demás, o bien si se muestra automática y generalizadamente en desacuerdo sin poder dar razón del porqué. Una buena forma de indagar sobre este tipo de CCR1s es preguntar al consultante si tiene una opinión (o está sintiendo algo) pero teme expresarse ante el terapeuta o los demás, o si siente como si estuviera en blanco, con este tipo de preguntas buscamos distinguir un problema de poca asertividad donde sí se sabe lo que se experimenta, pero no se expresa, de un problema de yo inestable.

Otros ejemplos más claros son que el consultante reporte sentirse vacío en ausencia de otras personas, que siente que es una persona diferente dependiendo de con quién está, que exprese tener que identificar lo que los otros desean para definirse a partir de lo contrario, sentirse inexistente si no obtiene reconocimiento o afecto, cambiar constantemente de identidad, tener múltiples personalidades donde cada una de ellas ignora la presencia de las otras, o bien experimentar sus eventos privados como si fueran públicos (piense en un consultante que experimenta sus propios pensamientos como si fueran mensajes que le son implantados por un tercero), o bien si experimenta los estímulos públicos como eventos privados (el caso de un consultante que al mirar el reloj dice sentir que comenzará a sentir a su corazón decirle tic tac, tic tac). Evidentemente, este tipo de problemas más "graves" se han descrito en los manuales diagnósticos y la literatura sobre psicopatología como síntomas de diversos trastornos de personalidad o psicosis, y se ha investigado la existencia de correlatos físicos que permitan tratarlos bioquímicamente. Sin ignorar ese abordaje, como terapeutas de la FAP nos ocupa ayudar a los consultantes a fortalecer su capacidad

de tactar sus eventos privados, y fortalecer su Yo como identidad, sujeto de acción y experiencia de perspectiva como CR2s. De manera genérica, esto puede lograrse reforzando sistemáticamente cualquier enunciación del tipo "Yo X" que presente el consultante y animándolo gradualmente a ensayar hacer estas enunciaciones de forma espontánea en otros contextos, el uso de ejercicios de asociación libre y de mindfulness (Kohlenberg, Tsai, Kanter & Parker, 2009), o preguntas del tipo ¿quién se da cuenta de ese sentimiento?, ¿y la persona que opinaba eso ayer y la que opina esto hoy es la misma?, o ¿puedes señalar físicamente el lugar de tu cuerpo donde notas ese pensamiento? (Villatte, Villatte & Hayes, 2016) puede ayudar a elicitar estos tactos.

5.3.4 Los valores como CCR.

Los valores pueden entenderse de dos formas, la primera es como las clases funcionales de estímulos consecuencias que refuerzan las clases conductuales con que se asocian (Bonow & Follette, 2009). Recordará que en el capítulo 1 mencionábamos la existencia de dos clases principales de estímulos, apetitivos y aversivos, y dos clases funcionales de respuesta asociadas, aproximación y evitación, los valores serían clases de estímulos apetitivos, p.ej. relaciones íntimas, deporte, situaciones novedosas, etc. Las clases de consecuencias a las que llamamos valores están determinadas arbitrariamente, son particulares y se clasifican por las consecuencias con las que la persona contacta, p.ej. una persona puede considerar que jugar billar e ir a la playa son formas de pasar tiempo consigo misma, aunque ambas actividades sean diferentes entre sí y las realice acompañado de alguien más, no obstante, experimenta la sensación de estar en contacto consigo mismo cuando las hace.

El segundo significado de valores hace referencia a las declaraciones, descripciones verbales, que la persona hace de aquello que le parece importante (Tsai, Kohlenberg, Bolling & Terry, 2009); como podrá inferirse, lo que la gente dice valorar y sus valores (como clases de reforzamiento). Para distinguir,

llamaremos al primer tipo "valores funcionales" y al segundo "valores declarativos". Valorar conductualmente, por su parte, se refiere al tiempo, contacto y esfuerzo que la persona dedica a sus valores funcionales, valorar es una clase de conducta de aproximación definida por su relación con un valor, p.ej. un padre puede estar valorando a sus hijos si pasa tiempo con ellos y les presta atención.

Las dificultades para nombrar y describir valores funcionales, y valorar poco, son los dos tipos de CCR1 típicas relacionadas con valores. Estos problemas pueden identificarse típicamente cuando el consultante muestra confusión o dificultades para describir lo que desea de su vida, establecer metas o bien describir acciones concretas que le pueden acercar a ello, cualidades de estas acciones o bien cuando es capaz de definir estos patrones de acción, pero no se involucra en ellos. Cuando el terapeuta identifica estas CCR1 (Regla 1), es muy importante que comparta sus impresiones con el consultante y trate de distinguir un problema para definir valores funcionales y valorar conductualmente, de: a) Un problema relacionado con el tacto de la experiencia del Yo, en cuyo caso el problema tendría que ver con no poder saber si algo gusta o no lo hace, o; b) Un problema relacionado con la dificultad y evitación para experimentar eventos privados aversivos, en este caso, valorar en pensamiento o acción se evita porque le expondría a eventos públicos o privados de función aversiva. Como ejemplo un consultante que enviudó hace un par de años y evita tener citas románticas para evitar tener el pensamiento de que le es infiel a la memoria de su esposa fallecida.

Las CCR2s que se buscaría fortalecer son a) distinguir un valor declarativo de un valor funcional, b) la habilidad de formular metas a partir de los valores funcionales, c) el desarrollo de planes de acción para lograr las metas, d) dividir los planes de acción en conductas específicas y logrables, e) realizar una acción a la vez y participar de ella con consciencia plena.

5.3.5 CCRs del FIAT.

La plantilla de evaluación funcional idiográfica (Functional Idiographic Assesment Template o FIAT-Q; Darrow, Callaghan, Bonow y Follete, 2014) es un cuestionario de auto-reporte que busca evaluar la presencia de cinco clases de CCR1s interpersonales: A) Dificultades para identificar y expresar necesidades (opiniones, deseos, preferencias), B) Comunicación bidireccional, relativa a la forma y consciencia de la manera en que se impacta y responde a los demás, verbal y no verbalmente; C) Identificación y respuesta ante el conflicto; D) Dificultades relativas a la cercanía interpersonal; E) Dificultades relacionadas a la identificación y expresión emocional.Como podrá notarse, estas clases no están plenamente diferenciadas en el contexto clínico y frecuentemente representan diversas aristas de un mismo problema. Estas CCR1s son comunes en los consultantes que tienen dificultades en sus relaciones interpersonales y con frecuencia se observan en la interacción terapéutica, las CCR2s que pueden definirse a partir de esta clasificación implican la identificación y expresión de necesidades, la discriminación y cambio de los comportamientos de influencia interpersonal, la resolución efectiva de los conflictos, el establecimiento de relaciones íntimas satisfactorias y la identificación y expresión adecuada de necesidades.

El FIAT-Q (descrito más adelante) puede aplicarse como un complemento a la evaluación funcional y, tras aplicarlo, el terapeuta puede identificar los factores o reactivos del FIAT-Q con puntuaciones más bajas y discutirlas con el consultante de forma que pueda realizar una evaluación funcional comprensiva de estas clases de CCR1. Esta evaluación es fundamental para evitar adoptar una perspectiva topográfica frente a la problemática del consultante.

Desde una perspectiva analítica conductual, se puede asumir que estas clases de CCR1s son el resultado de la ocurrencia de las CCR1s anteriormente descritas en contextos específicos. Por ejemplo, las dificultades para identificar y expresar necesidades y emociones (Clases A y E) pueden considerarse como

una topografía muy específica de tactos imprecisos, los cuales dan lugar a las dificultades de rastreo de contingencias que impiden discriminar la transaccionalidad del comportamiento interpersonal (Clase B). Asimismo, resulta bastante obvio que los mandos encubiertos son fuente de innumerables conflictos interpersonales (Clases C y D) o bien que las dificultades en cualquiera de estas clases pueden ser el resultado de un trastorno del Yo; p.ej. un yo bajo control público implica una dificultad para tactar los propios eventos privados y tener la experiencia de continuidad que permite diferenciarse de los demás, lo que usualmente trae tanto dificultades para identificar necesidades y emociones como dificultades para defender el propio punto de vista o la identidad en un conflicto o en una relación íntima. Pensamos que al basarse en las categorías descritas en el FIAT-Q, el terapeuta esté al tanto de los procesos conductuales básicos que les subyacen, pues estos son los mecanismos de cambio que subyacen a la aparición o resolución de estas dificultades. El modelo ACL pretende ser una alternativa para identificar y definir CCRs que describa dimensiones clínicas claramente identificables y que al mismo tiempo atienda a los procesos conductuales que les causan.

5.3.6 Consciencia valor y amor (ACL).

En el capítulo 3 hicimos una descripción a detalle del modelo de ACL como CCRs, por lo que en este capítulo no les describiremos nuevamente. Pensamos, sin embargo, que es útil volver a visitar este modelo para explicar la forma en que puede funcionar para integrar las CCRs descritas anteriormente en la literatura sobre FAP.

Por ejemplo, las dificultades para ser conciente de los propios gustos, deseos, preferencias, valores o la forma en que nuestra historia influye en nuestro comportamiento pueden incluir variedad de las CCR1s descritas anteriormente. Por ejemplo, si pensamos en la falta de consciencia como una clase de CCR1, podemos incluir la dificultad para observar y tactar los

propios eventos privados, observar, describir y entender emociones, dificultades para tactar al Yo a partir de eventos privados, o bien dificultades para identificar valores funcionales y sus acciones asociadas. Mientras que las dificultades para ser concientes de los eventos privados de las otras personas o de contactar con los estímulos del momento presente incluirían dificultades para tactar de forma precisa, dar justificaciones de la conducta (pensamientos o emociones), o identificación de conflictos.

Las dificultades para experimentar emociones o recuerdos aversivos, comunicar emociones, expresar opiniones, resolver conflictos, entre otras, son considerados ejemplos de problemas de valor, mientras que ejemplos de acciones valientes podrían ser experimentar y expresar sentimientos, poner límites, pedir retroalimentación, etc.

Por último, las conductas de amor propio incluyen la autoaceptación y validación de las propias emociones, el autocuidado, permitirse recibir afecto, valorar conductualmente; y las conductas de amor hacia los otros pueden incluir el negociar, ser responsivo a los demás, mostrar afecto, etc. y de esta forma especifican acciones que no han sido consideradas en detalle en otras formulaciones de CCRs. Finalmente, la naturaleza dinámica del modelo ACL de conexión social permite identificar elementos del proceso de conexión social que explican cadenas funcionales que subyacen a CCR2s como la solución de conflictos, comunicación bidireccional, e intimidad (pensando en las categorías (A, B, C, D del Fiat-Q).

En conclusión, creemos que el modelo ACL es lo suficientemente general como para incluir gran variedad de CCRs y lo suficientemente descriptivo como para orientar su identificación, que su naturaleza dinámica permite identificar relaciones funcionales entre cadenas de respuesta interpersonales e intrapersonales sin perder de vista los procesos conductuales básicos detrás de dichas transacciones (y por lo tanto sin perder precisión o control). El Anexo 5.1 contiene diversos ejemplos de CCR1s y CCR2s de ACL que pueden guiar en la conceptualización de caso bajo este modelo.

Esperamos que las descripciones de estas diferentes formulaciones de CCRs sirvan para ejemplificar a los practicantes de FAP la flexibilidad inherente al proceso de describir CCRs, y para ayudarle a saber "qué atender" en el momento de formular hipótesis para desarrollar una formulación de caso comprensiva y colaborativa. De hecho, nuestra finalidad al exponer todos estos ejemplos no es prescribir reglas o dar instrucciones sobre las CCRs que deben observarse, sino ayudar a desarrollar consciencia de la gran variedad de formas que las CCRs pueden tener en cada consultante, y así, desarrollar flexibilidad y humildad en el momento de formular el caso. Ocasionalmente, la observación y el diálogo resultan insuficientes para tener una muestra suficiente de las CCRs y ORs de nuestros consultantes, afortunadamente, diversos investigadores y clínicos de FAP se han dado a la tarea de desarrollar instrumentos que permiten recopilar información sobre posibles CCRs.

5.4. Cuestionarios de evaluación.

A la fecha, existe una variedad de instrumentos desarrollados para auxiliar en la evaluación sobre FAP. Su uso es pertinente tanto para la evaluación de mecanismos de cambio en protocolos de investigación relacionados con la eficacia de FAP, como auxiliar en la identificación de CCRs en un contexto terapéutico. Ya que el presente es un manual clínico, describiremos tres de los instrumentos que pueden ser relevantes para evaluar algunas de las CCRs descritas anteriormente. Le animamos a consultar la página del Center for the Science of Social Connection de la Universidad de Washington para informarse en mayor detalle sobre los instrumentos de evaluación y proyectos de investigación que se encuentran actualmente en desarrollo (http://depts.washington.edu/uwcssc/content/current-research), y a consultar la descripción de instrumentos adaptados al castellano y sus propiedades psicométricas de los Dres. Luis Valero y Rafael Ferro (2015). En el contexto de la evaluación clínica, estos instrumentos pueden ser contestados por el consultante y califi-

cados por el terapeuta entre las sesiones de evaluación, de esta forma, los resultados pueden ser discutidos en sesión y, el terapeuta puede apoyarse en ellos para pedir ejemplos y analizarlos funcionalmente.

La *Escala de Experiencia del Self* o *"EOSS"* (The Experience of Self Scale; Kanter, Parker, Kohlenberg & Kohlenberg, 2001; validado en población española por Valero, Ferro, López & Selva, 2012, 2014), es un cuestionario desarrollado para analizar y medir la experiencia del yo. Este instrumento es una escala tipo Likert que permite evaluar si existen problemas del tacto del yo, dependiendo del grado de cercanía existente entre las personas.

La Escala de Evaluación Idiográfica Funcional o *"FIAT"* (Functional Idiographic Assessment Template, FIAT; Callaghan, 2006a; Kanter et al., 2009; Tsai, Kohlenberg et al., 2009), es una entrevista estructurada donde se indaga sobre diversas clases de funcionamiento interpersonal, con la finalidad de registrar CCRs. Posteriormente, se adaptó esta entrevista en formato de escala tipo Likert, a la que se le llamó Cuestionario de la Escala de Evaluación Idiográfica Funcional o *"FIAT-Q"* de 117 ítems, y una forma breve de 32 ítems, la "FIAT-G-ST", cuyas propiedades psicométricas han sido publicadas recientemente (Darrow, Callaghan, Bonow & Follette, 2014; actualmente no se cuenta con una versión en castellano publicada de estos instrumentos). El programa de evaluación llamado Escala de Evaluación Funcional de las Habilidades de Terapeutas Interpersonales, *"FASIT"* (Callaghan, 2006d), consta de los mismos reactivos que el FIAT y sirve para evaluar y clasificar TRs (Callaghan et al., 2004; Kohlenberg et al., 2002).

La Escala de Intimidad en FAP o *"FAPIS"* (FAP Intimacy Scale; Leonard, et. al, 2014), consta de 14 reactivos, y evalúa conductas de intimidad con una persona elegida por el consultante. Este instrumento tiene tres factores: pensamientos y sentimientos ocultos, expresión de sentimientos positivos, honestidad y autenticidad (actualmente existe una versión validada, sin publicar, en población mexicana de Reyes & Vargas, que puede

ser obtenida al contactar al primer autor de este libro; y se está construyendo una versión latinoamericana de ella).

La evaluación verbal de repertorios ACL (Kanter, 2016; Formato 5.2) es un cuestionario de 13 reactivos que se utiliza para fines de investigación en el Centro de la Ciencia de la Conexión Social de la Universidad de Washington que puede administrarse a modo de entrevista semiestructurada para obtener descripciones topográficas y obtener ejemplos que permitan realizar análisis funcionales sobre los repertorios ACL del consultante a quien le interesa trabajar con problemáticas interpersonales. Las mismas preguntas de esta evaluación se incluyen en el Cuestionario de Interacción Social (Kanter, 2016; Formato 5.3), una escala que se califica en una escala Likert de 7 puntos y que puede autoaplicarse para obtener una puntuación que permita evaluar el progreso percibido del consultante en sus repertorios de ACL a lo largo de la terapia.

Formato 5.2
Evaluación verbal de repertorios ACL

Para contestar estas preguntas, considere la manera en que se comporta cuando interactúa con las personas con quienes le gustaría tener una relación cercana. Puede que sea una pareja sentimental, amigos, colegas – cualquier persona con quien tenga una relación social importante y con quien desee sentirse cercano.

¿Qué tan verdaderas resultan estas afirmaciones sobre sus sentimientos y forma de actuar con estas personas?

1. Soy conciente de mis sentimientos conforme ocurren.
2. Soy conciente de mis valores y necesidades cuando interactúo con otras personas.
3. Soy conciente de los sentimientos de los demás cuando estos están ocurriendo.
4. Soy conciente de las necesidades de otras personas y sus valores mientras me relaciono con ellos.
5. Soy capaz de ser vulnerable con los demás.
6. Soy capaz de compartir con autenticidad lo que siento y pienso.
7. Soy capaz de pedir lo que necesito.
8. Hago a los demás sentirse seguros y aceptados cuando me muestran vulnerabilidad y sus emociones.
9. Puedo expresar empatía y entendimiento a los demás.
10. Soy capaz de ser sensible a las necesidades de los demás y darles lo que necesitan cuando lo piden.
11. Expreso aprecio a los demás cuando hacen cosas amorosas por mí.
12. Expreso mis sentimientos de conexión y cercanía a los demás.
13. Acepto las muestras de amor y aprecio de otras personas.

Formato 5.3
Escala de Interacción Social

Para contestar estas preguntas, considere la manera en que se comporta cuando interactúa con las personas con quienes le gustaría tener una relación cercana. Puede que sea una pareja sentimental, amigos, colegas – cualquier persona con quien tenga una relación social importante y con quien desee sentirse cercano.

Los siguientes enunciados se refieren a los sentimientos y acciones que nota cuando interactúa con estas personas. Usando la escala siguiente, indique qué tan verdaderas resultan estas afirmaciones sobre su comportamiento.

1	2	3	4	5	6	7
Completamente falso	Falso la mayoría de las veces	Falso	Ni cierto ni falso	Cierto	Cierto la mayoría de las veces	Completamente cierto

1.	Soy conciente de mis sentimientos conforme ocurren.	1	2	3	4	5	6	7
2.	Soy conciente de mis valores y necesidades cuando interactúo con otras personas.	1	2	3	4	5	6	7
3.	Soy conciente de los sentimientos de los demás cuando estos están ocurriendo.	1	2	3	4	5	6	7
4.	Soy conciente de las necesidades de otras personas y sus valores mientras me relaciono con ellos.	1	2	3	4	5	6	7
5.	Soy capaz de ser vulnerable con los demás.	1	2	3	4	5	6	7

6.	Soy capaz de compartir con autenticidad lo que siento y pienso.	1	2	3	4	5	6	7
7.	Soy capaz de pedir lo que necesito.	1	2	3	4	5	6	7
8.	Hago a los demás sentirse seguros y aceptados cuando me muestran vulnerabilidad y sus emociones.	1	2	3	4	5	6	7
9.	Puedo expresar empatía y entendimiento a los demás.	1	2	3	4	5	6	7
10.	Soy capaz de ser sensible a las necesidades de los demás y darles lo que necesitan cuando lo piden.	1	2	3	4	5	6	7
11.	Expreso aprecio a los demás cuando hacen cosas amorosas por mí.	1	2	3	4	5	6	7
12.	Expreso mis sentimientos de conexión y cercanía a los demás.	1	2	3	4	5	6	7
13.	Acepto las muestras de amor y aprecio de otras personas.	1	2	3	4	5	6	7

5.5. Formulación de caso clínico.

El formato 5.4.1 muestra un esquema de conceptualización de caso basado en uno publicado en el 2009 por Kanter y cols. El esquema considera los siguientes elementos: a) Problemas cotidianos y observados dentro de la sesión clínica; b) Historia relevante, que incluye factores históricos pertinentes al desarrollo y mantenimiento de los problemas (antecedentes y consecuencias de los problemas); c) Metas de la terapia, dentro y fuera de la sesión clínica; d) Problemas del terapeuta que interfieren con

la terapia, y sus metas respecto a ellos; e) Plan de tratamiento. En cada una de las áreas de este formato, se deben describir conductualmente las variables de interés, los problemas deben ser descritos como CCR1s y OR1s, los factores mantenedores como Antecedentes (A) y consecuencias a corto y largo plazo (C) de dichas CCRs y ORs, y las metas del consultante deben ser descritas como CCR2s y O2s, así como las del terapeuta se describen en términos de TR1s y TR2s. El formato 5.4.2 muestra un ejemplo de una formulación de caso. Recuerde que las conductas descritas deben representar clases funcionales, no ejemplos específicos de CCRs, si se hace de la segunda manera se corre el riesgo de tener una descripción demasiado extensa y poco útil de los problemas del consultante.

Como Terapia Conductual Contextual, FAP se incluye en el marco más amplio de la terapia conductual; así, su implementación óptima requiere un adecuado conocimiento y dominio de los principios de la modificación de conducta, y/o protocolos de intervención conductuales sustentados empíricamente (incluidos en el espectro más amplio de los Tratamientos Basados en Evidencia, "TBE"). Evidentemente, una revisión sobre dichos protocolos está más allá de los alcances de esta obra, una excelente y útil revisión sobre diversos protocolos puede encontrarse en ODonohue, Fisher & Hayes (2003).

FAP puede basarse en un *Tratamiento Basado en Evidencias* (TBE) como eje de intervención, y fortalecerlo atendiendo a las CCRS cuando estas surjan en sesión. La selección de un *TBE* como plan de tratamiento, puede dificultarse por varias razones: a) Porque no existe un TBE para el tipo de problemas del consultante; b) La gran variedad de problemas que muestra el consultante implicaría la aplicación de diversos TBE de manera simultánea o secuenciada, es decir que existen TBEs para intervenir sobre los problemas del consultante, pero no cuando se presentan en conjunto; c) No se tiene el entrenamiento para aplicar el TBE. En estos casos, resulta conveniente implementar un tratamiento informado en los principios de aprendizaje, lo que supone también una intervención basada en evidencias (Per-

sons, 2008; a esta orientación también se le ha llamado "basada en principios", Swales & Heard, 2009).

Formato 5.4.1
Formulación de caso clínico

Nombre del Consultante: **Nombre del Terapeuta:**	
Historia relevante:	
Lista de problemas	
OR1s (Conductas indeseadas del ambiente natural).	**CCR1s** (Conductas indeseadas dentro de la sesión clínica).
Variables contextuales que mantienen los problemas (Antecedentes y Consecuencias)**:**	
Lista de metas	
OR2s (Conductas deseadas del ambiente natural).	**CCR2s** (Conductas deseadas dentro de la sesión clínica).
Conductas relevantes del Terapeuta	
TR1s (Conductas indeseadas del terapeuta).	**TR2s** (Conductas deseadas del terapeuta).
Plan de tratamiento:	

Formato 5.4.2
Ejemplo de Formulación de caso clínico

Nombre del Consultante: *Jorge Gómez Rodríguez (Ficticio)* **Nombre del Terapeuta:** *Dr. Michel A. Reyes Ortega*
Historia relevante:
Varón de 27 años de edad, homosexual, diagnosticado con Trastorno Límite de la Personalidad y Depresión Mayor, vive con su padre y su hermana, atiende un negocio de venta de videojuegos donde tiene 5 empleados a su cargo. Gana el suficiente dinero para cubrir sus gastos, pero no para vivir de forma independiente. Es derivado a psicoterapia después de un intento suicida tras terminar con su pareja sentimental. Jorge se siente avergonzado por su preferencia sexual, comenta ser criticado por ello en familia y ser rechazado por sus amistades homosexuales por ocultar su preferencia. Jorge menciona haber crecido en una familia que le demandaba ser exitoso, describe a su padre como un hombre estricto y obsesivo, y a su madre y hermana como mujeres impulsivas. Amante de la música.
Lista de problemas
Comportamiento fuera de control y sensación de que su vida no va a ningún lado. Miedo excesivo a ser rechazado y asumir una actitud sumisa ante los demás. Estar paralizado, sentir que debe tomar decisiones importantes respecto a su vida, pero no poder tomarlas.

OR1s (Conductas indeseadas del ambiente natural).	**CCR1s** (Conductas indeseadas dentro de la sesión clínica).

1. Deficiente autocuidado: Conductas autolesivas: Cortarse. Desatención de necesidades básicas: Evitar comer, Dormir un promedio de 5 horas durante el día (siestas intermitentes entre las 11:00 y las 20:00 horas). **2. Dificultades de consciencia:** *Dificultades para identificar sus necesidades:* Dificultades para tomar sus propias decisiones, pedir a otras personas soluciones a sus problemas, y estar vigilante de las opiniones de los demás para tomar sus decisiones. *Justificaciones:* Explica su comportamiento basándose en "ser raro", "ser límite", "tener emociones paralizantes e intolerables". **3. Dificultades para actuar valientemente:** No expresar sus necesidades: Accede a las demandas de su hermana y empleados, aunque no esté de acuerdo con ellos. Evita expresar su opinión ante su padre y sus médicos. *Evitar sentirse vulnerable:* Rechaza las invitaciones de sus amigos a salir (ver películas, fiestas, bares, etc.).	**1. Poco autocuidado:** Desatención de sus valores: Acudir a sesión poco aseado, cambiar de tema al preguntársele sobre las actividades que pueden hacerle sentir placer o eficacia. **2. Dificultades de consciencia:** Dificultades para entender al terapeuta: Distracción, Rumiación y Automonitoreo. Dificultades para identificar sus necesidades: Orientarse en las expresiones del terapeuta para saber que pensar. Autoinvalidación: Desacreditación de sus logros y progresos, descalificar la pertinencia de sus sentimientos, insultarse. Justificaciones: Justificar su pasividad a partir de su depresión y trastorno límite. **3. Dificultades para actuar valientemente:** Evitar sentirse vulnerable: Cambiar de tema al sentir dolor emocional, hablar vagamente sobre sus sentimientos. No expresar sus necesidades: Evitar sentirse rechazado, cuestionar la aprobación del terapeuta, estar excesivamente de acuerdo, no expresar sus preferencias.
Variables contextuales que mantienen los problemas (Antecedentes y Consecuencias)**:**	

Vender menos de lo esperado en su negocio y tener necesidad de apoyo económico por parte de su familia incrementa su reactividad a las discusiones, lo que le lleva a sentirse juzgado y culpable, asumiendo una actitud sumisa en consecuencia.

Las discusiones familiares y laborales funcionan como antecedentes para el aislamiento, hipersomnia y restricción de alimentos. Cuando se presentan estos problemas combinadamente en un mismo día, se incrementa el riesgo de cortarse como una forma de aliviar el sufrimiento emocional. Estos comportamientos le ayudan a sentirse tranquilo momentáneamente.

La invalidación de sus opiniones por parte de sus familiares y sus pares castigan su expresión de necesidades y petición de cercanía.

Lista de metas

Tener control sobre sí mismo, aún en las situaciones más estresantes.

Dar importancia a sus necesidades y poder comunicarlos a las demás personas.

Poder tomar decisiones cuando se siente temeroso de las consecuencias o inseguro de sus capacidades.

OR2s (Conductas deseadas del ambiente natural).	**CCR2s** (Conductas deseadas dentro de la sesión clínica).
1. Auto-cuidado: Desarrollar habilidades de regulación emocional que sustituyan a las conductas auto-lesivas. Adherirse a un plan alimenticio y de higiene de sueño. Activación conductual: Regresar a clases de chelo, tocar la guitarra con regularidad, pasear con amistades al salir dl trabajo, buscar un nuevo empleo, coquetear. **2. Incrementar consciencia:** Reconocer sus sentimientos y necesidades. Identificar contingencias asociadas a la emisión e inhibición de su comportamiento.	**1. Auto-cuidado:** Dar importancia a sus valores y contribuir activamente a generar acciones congruentes con ellos. **2. Consciencia:** Notar las experiencias del momento presente, describir los sentimientos del terapeuta, describir la forma en que su comportamiento y el del terapeuta impacta en ellos. Auto-validación, expresar la importancia de sus logros, describir su comportamiento sin juicios.

3. Valor: Expresar y defender sus puntos de vista. Poner límites de forma asertiva. Buscar un nuevo empleo.	**3. Valor:** Experimentar y expresar sus sentimientos de forma clara. Expresar sus necesidades al terapeuta, pedirle cosas.
Conductas relevantes del Terapeuta	
TR1s (Conductas indeseadas del terapeuta).	**TR2s** (Conductas deseadas del terapeuta).
Dificultades de consciencia: Fallar en identificar las capacidades del consultante. **Desaprovechar oportunidades para evocar CCR2:** Dirigir demasiado la sesión, apresurarse hacia el final de la sesión y hablar demasiado.	**Consciencia:** Identificar y adecuarse al nivel de funcionamiento del consultante. **Valor:** Expresar el sentirse frustrado y tener la necesidad de apresurar la sesión. **Amor:** Mostrar comprensión y cercanía ante la desesperanza del consultante por no poder progresar más rápido en el tratamiento.
Plan de tratamiento:	
Entrenar habilidades de mindfulness: Observación y descripción sin juicios, atención y participación en el momento presente. Exposición situacional y emocional. **Entrenar habilidades de regulación emocional:** Actuar de forma contraria a las urgencias, enseñar a alimentarse balanceadamente, mejorar higiene de sueño. **Desarrollar habilidades interpersonales:** Identificación de necesidades, clarificar prioridades en sus relaciones interpersonales, asertividad, expresión de emociones positivas. **Activación conductual:** Identificar valores funcionales, programar acciones planeadas y mantenerlas hasta construir nuevas rutinas.	

Nota: Esta formulación de caso ha sido modificada de una conceptualización de forma que el consultante al que se refiere sea inidentificable. La conceptualización original fue realizada por el primer autor de la presente obra. Por razón didáctica, la versión que presentamos aquí contiene más información de la que contiene la formulación original en la descripción de las ORs, CCRs y TRs, la conceptualización original solamente incluye la información subrayada.

Lo invitamos a considerar la siguiente guía para planear su intervención (la figura 5.1 la muestra gráficamente): a) Si un evento privado interfiere con la aparición de la CCR2, utilice estrategias de consciencia y exposición; b) Si las conductas indeseables se mantienen por su reforzamiento, considere reforzar diferencialmente la conducta deseable; c) Si la conducta indeseable se presenta porque la respuesta deseable no está en el repertorio conductual del consultante, moldee la habilidad mediante el ensayo y refuerzo. Como podrá suponer, es posible que estos problemas se muestren de manera combinada, por lo que el terapeuta puede utilizar esta guía para tomar decisiones de forma flexible a lo largo del tratamiento, p.ej. iniciar evocando emociones para facilitar la flexibilidad conductual en presencia de ellas, aprovechar esta flexibilidad para ensayar la respuesta deseada en los contextos relevantes, y reforzar positivamente las aproximaciones hacia la respuesta deseada. De esta forma, se favorece la implementación de un tratamiento sensible a los cambios naturales que ocurren durante el de la terapia, se favorece el desarrollo de una formulación de caso y plan de tratamiento flexible y que puede variar a lo largo de la intervención.

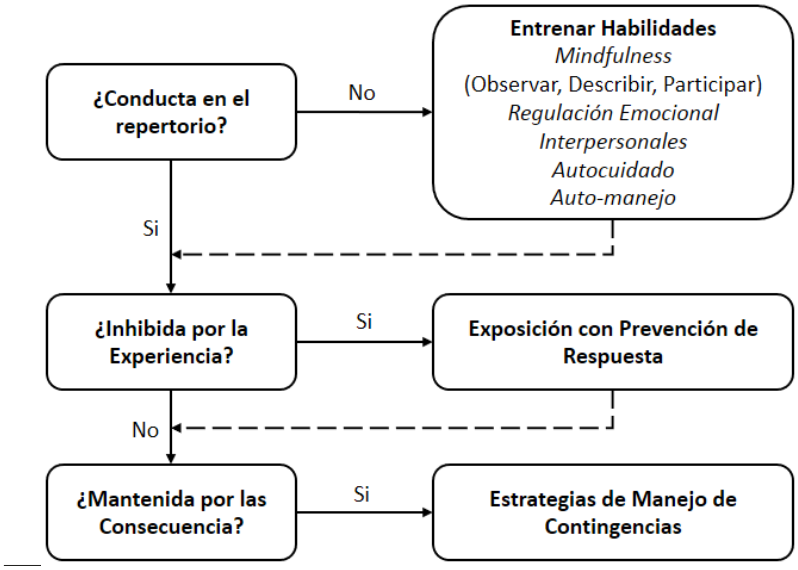

Figura 5.1. Guía para planear la intervención.

Normalmente, después de tres horas de evaluación conjunta con el consultante, el terapeuta tiene la información suficiente para realizar una conceptualización de caso. Una vez que la realiza, se le debe mostrar al consultante y modificarla hasta que ambos estén de acuerdo con ella. Al discutir el plan de tratamiento es necesario resolver cualquier pregunta que el consultante tenga en relación a la capacitación del terapeuta y las evidencias disponibles sobre la eficacia de las intervenciones propuestas. Por último, considere la posibilidad de que la conformidad o inconformidad del consultante con la formulación de caso realizada y el plan de tratamiento propuesto pueden representar CCRs, resultaría útil preguntar al consultante por esta posibilidad e incluso incorporar lo observado en ese momento en la conceptualización de caso. Después de llegar a un acuerdo sobre la conceptualización de caso y plan de tratamiento es el momento idóneo para presentar el FAP RAP al consultante (ver capítulo 4 para una descripción y lista de cotejo sobre la eficacia del terapeuta en las sesiones de evaluación).

Anexo 5.1
Ejemplos de CCR1s y CCR2s del modelo ACL

	CCR1s	CCR2s
CONSCIENCIA DE SI MISMO	• Dificultades para mantenerse en el momento presente. • Cualquier dificultad observada para permanecer con atención plena en el momento presente (distraerse fácilmente, cambiar temas rápidamente). • Falta de consciencia sobre los propios sentimientos, impulsos o necesidades • No saber responder cuando se le pregunta sobre pensamientos o sentimientos, "no lo sé". • Indicadores sutiles (micro-expresiones) de la consciencia del consultante sobre su propio cuerpo. • Inhabilidad para describir emociones. • Identificación y nombramiento inadecuado de las propias emociones. • Culpabilizar a la historia de los comportamientos inefectivos del momento presente. • Incongruencia entre la comunicación verbal y no verbal (p.ej. cambios en la postura corporal y expresión facial indican la elicitación de sentimientos que se niegan verbalmente). • Fusionado con pensamientos, sentimientos, impulsos, necesidades. • Falta de contacto e identificación de valores e identidad durante las interacciones interpersonales.	• Aceptación, defusión, consciencia plena de los eventos privados (pensamientos, sentimientos, impulsos, necesidades). • Contacto significativo con los valores y la identidad durante las interacciones sociales.

CONSCIENCIA DE SI MISMO	• Tiende a adherirse a los planes de otras personas, en vez de sugerir sus propios planes; obedece la dirección de otros de forma pasiva. • Seguir instrucciones con excesiva diligencia, nunca cambiar la agenda. • Comportamiento social dominado por "deber ser" en vez de lo que realmente "se desea", constante chequeo sobre el ajuste del propio comportamiento a la norma. • No saber lo que se necesita en una relación. • Afirmar "no sé quién soy" o "no sé lo que quiero", etc. • Excesivo dominio público sobre la experiencia del Ser.
CONSCIENCIA DE LOS DEMÁS	• Demostraciones de falta de sintonía empática y toma de perspectiva. • No saber lo que sienten las demás personas. • Juzgar y criticar rápidamente a los demás., • Malinterpretar las expresiones emocionales y las necesidades de los demás • Ser acusado de no saber escuchar, no saber responder a las necesidades de los demás, ignorarlos. • Conclusiones inadecuadas sobre las intenciones, necesidades o emociones de los demás. • No prestar atención a las necesidades y emociones de los demás

CONSCIENCIA DE LOS DEMÁS	• Inconsciencia del impacto del propio comportamiento en los demás • Demasiado conversador, interrumpir, no responder a preguntas, no dejar que hablen los demás. • Ofensivo o socialmente repelente (p.ej., condescendiente, molesto, poco tacto, etc.). • Discurso superficial caracterizado por discursos sobre situaciones poco relacionadas con los problemas primarios que le trajeron a terapia y poca charla sobre situaciones o emociones difíciles. • Comportamiento que crean distancia social (p.ej., auto-corregirse y/o disculparse por salirse del tema).	• Demostraciones de empatía y sincronía. • Demostrar buena toma de perspectiva. • Sensible a las reacciones y necesidades emocionales de los demás. • Consciencia de los valores e identidad de las demás personas durante la interacción. • Consciencia del impacto que se tiene sobre los demás.
VALOR *Ser vulnerable*	• Evitar mostrarse vulnerable en las relaciones sociales, mantenerse superficial o alejado de las interacciones que requieren cercanía. • Cambiar el tema al preguntársele sobre sus sentimientos, o responder con pensamientos. • Ser activamente evitativo, o minimizador de sus experiencias emocionales: "no es de lo que quiero hablar," o ¿no sé si sea útil decir esto?" • Risa o flirteo excesivo en momentos de posible conexión. • Hostilidad o crítica hacia las expresiones emocionales: "Mostrar tus emociones es una debilidad". • Usar el sentido del humor o la crítica en momentos de cercanía para minimizar la cercanía.	

VALOR *Ser vulnerable*	• Moverse hacia la solución de problemas o tratar de modificar la experiencia emocional. • Ansiedad, y nerviosismo co-ocurrentes con otras emociones (p.ej., sentirse en peligro, amenazado, atacado). • Reírse o sonreír al sentirse amenazado. • Intelectualizar para inhibir la emoción. • Discusiones filosóficas tendidas para distraerse de las oportunidades de conexión emocional. • Actuar o hablar como "el consultante perfecto".	• Expresar vulnerabilidad de forma verbal y no verbal durante sus interacciones interpersonales. • Ser capaz de llorar frente a los demás sin disculparse. • Hacer auto-revelaciones de forma genuina y auténtica. • Mostar sus emociones en el rostro cuando se siente emocional.
VALOR *Revelación*	• Poca claridad en la expresión emocional. • Dificultad para ser auténtico en sus interacciones sociales; tiene que flirtear, pretender, ponerse una máscara, etc. • La timidez impide que inicie conversaciones, tenga interacciones básicas; sea difícil conocerle, ser demasiado reservado, o callado. • Editar, o ensayar lo que se quiere decir en vez de hablar espontáneamente. • Mantiene las conversaciones centradas en los demás. • Falta de expresividad emocional; Sobre intelectualidad o excesivo uso del sentido del humor. • Complaciente con los demás: No expresar creencias que pudieran ser impopulares con los demás. • Pasividad en las conversaciones. • Rango restringido de respuestas o respuestas sobrepracticadas. • No compartir información íntima.	• Hablar espontáneamente sobre lo que se esté pensando, recordando, o experimentando. • Nombrar y expresar emociones conforme ocurren. • Expresar opiniones con convicción. • Capacidad para conversar sobre temas personales difíciles, incluyendo situaciones vergonzosas, culpa, pérdida o debilidad personal de una forma abierta y poco defensiva. • Expresar amor y protección hacia los sentimientos de los demás.

VALOR: *Pedir*		
	Preguntas • Recibe las interacciones sociales de forma pasiva, en vez de hacer preguntas y expresar interés en los demás. *Cercanía* • Evita la intimidad, incapaz de expresar necesidad de cercanía o intimidad. • No expresa sus necesidades o las expresa de formas que resultan difíciles de ver y entender por los demás. *Límites* • Recibe pasivamente el comportamiento descortés o insensible de otras personas. • Decir siempre que si a las peticiones, aun cuando se siente visiblemente incómodo con ello. • Se siente utilizado o aventajado, resentido con los demás, sus relaciones no están balanceadas con reciprocidad. • Evita los conflictos. • Incapaz de dar retroalimentación negativa o expresar desacuerdo o agrado. • *Pedir por cosas específicas.* • Miente para obtener lo que necesita. • Excesiva búsqueda de atención, validación, y aprobación (en vez de pedirla explícitamente).	• Capaz de preguntar o pedir, expresar interés en las demás personas mientras interactúa con ellas. • Hace preguntas que le permitan conocer a los demás. • Hace preguntas para ayudar a los demás a expresar mejor sus sentimientos o necesidades. • Expresa deseos de cercanía y conexión con los demás (p.ej. tener una cita, deseo sexual). • Asertividad. • Da retroalimentación negativa de forma sensible. • Capaz de establecer límites, decir "no" a las peticiones de los demás. • Dejar que los demás sepan lo que desea, balancear seguridad y amor. •

AMOR *Proveer seguridad*	• Responde con hostilidad, enojo encubierto, o desdén a las expresiones emocionales en momentos de conexión. • Expresa sus críticas de forma áspera, o hace críticas inadecuadas cuando los demás se expresan. • Pone límites de forma áspera y enfadada. • Se enfoca en la solución de problemas cuando otras personas expresan vulnerabilidad o dolor. • Crea conflictos. • Responde pobremente (p.ej., evitativamente, castigadoramente, o de forma confusa) al comportamiento valiente de los demás. • Dice no, expresa preocupación, duda, decepción, desconexión o frustración rápidamente (como primera respuesta). • Los momentos de desconexión se sienten tensos o amenazantes con esta persona. • Falla en responder a las auto-revelaciones de otras personas. • Responde con enojo, críticas o demandas cuando siente que se le trata negligentemente. • Inhabilidad para expresar emociones negativas de una forma funcional.	• Invita a la vulnerabilidad expresando calidez, apertura y aceptación. • Se le percibe confiable. • Se mantiene cálido y seguro en presencia de emociones fuertes (p.ej., expresa cariño con su rostro). • No juzga a los demás. • Capaz de expresar emociones fuertes mientras deja que los demás sepan que están a salvo. • Expresa afecto y comodidad de forma física. • Valida las emociones y problemas de los demás en vez de motivarlos a resolver problemas. • Muestra cercanía y vulnerabilidad de forma recíproca para ayudar a los demás a sentirse a salvo. • Capaz de lidiar con el "no" de las demás personas, les muestra respeto y garantiza seguridad cuando lo hacen.

AMOR *Entendimiento*	• Se concentra en resolver los problemas de los demás, en vez de escucharlos o validarlos. • Se involucra en la auto-revelación de forma excesiva. • Sus intentos de mostrar comprensión son inexactos o superficiales, no expresa contenidos emocionales centrales. • Desafía las auto-revelaciones de los demás de forma innecesaria (p.ej., "¿A qué te refieres con que te gusta el futbol?") • Acusado de insensible por las demás personas. • Responde con sarcasmo, agresión, desacuerdo, juicios u otras opiniones.	• Escucha y valida cuando los demás hablan. • Expresa entendimiento y refleja el contenido emocional central del discurso de los demás. • Las demás personas se sienten escuchadas y encendidas por esta persona. • Capaz de recordar pequeños detalles sobre las conversaciones que tiene con los demás. • Es visto como compasivo, empático, y compresivo por parte de los demás.
AMOR *Dar*	• Rara vez le da a los demás lo que necesitan o desean, acusado de ser egoísta o ensimismado. • Siente que las demás personas deben "esforzarse" y cuidar de ellas mismas. • No respeta los límites de los demás. • Rara vez se disculpa o lo hace de forma poco creíble. • Incapaz de hacer compromisos con los demás. • Incapaz de recibir retroalimentación negativa; se rinde, actúa defensivamente o ataca. • Incapaz de expresar aprecio.	• Puede predecir lo que otras personas necesitan y dárselos. • Se siente bien cuando hace cosas por los demás. • Pregunta para clarificar las necesidades de otras personas antes de responder. • Es bueno para dar regalos. • Es visto como generoso. • Puede disculparse sin defenderse o culpar. • Capaz de responder a la retroalimentación negativa sin defenderse o atacar. • Capaz de cambiar su comportamiento cuando se le pide.

AMOR PROPIO *Aceptar muestras de amor, aprecio o cercanía.*	• Minimiza la retroalimentación positiva explícita o implícitamente; la desatiende, detracta, olvida, o cambia el tema. • Devuelve los favores inmediatamente o se esfuerza para mejorar cuando se le da un cumplido. • Evita decir "te amo" o cosas equivalentes a los demás. • Evita expresar cercanía y conexión a los demás. • No agradece apropiadamente. • Expresa afecto de forma inefectiva, poco detallada o con poca autenticidad.	• Es capaz de aceptar afecto y aprecio con gracia. • Capaz de expresar gratitud a los demás. • Capaz de decir "te amo" de forma auténtica, y expresar afecto y conexión de diversas formas.