

# PSICOTERAPIA CONDUCTUAL INTERPERSONAL ESCALA FAPRS, SISTEMAS FIAT Y FASIT

---

## Apuntes para un Seminario

---



Ps Jaime E Vargas M

# CONTENIDO

1. LA CONCEPTUALIZACIÓN DE CASOS CLÍNICOS DESDE LA PSICOTERAPIA ANALÍTICA FUNCIONAL  
Rafael Ferro García, Luis Valero Aguayo y Miguel Ángel López Bermúdez
2. UN ANÁLISIS MICRO-PROCESO DE LOS MECANISMOS DE CAMBIO EN LA PSICOTERAPIA FUNCIONAL ANALÍTICA  
Andrew M. Busch, Jonathan W. Kanter, Glenn M. Callaghan, David E. Baruch, Cristal E. Weeks y Kristoffer S. Berlin
3. EL SISTEMA DE PLANTILLA PARA LA ASESORÍA FUNCIONAL IDIOGRÁFICA (FIAT)  
Anexo: FIAT - Q  
Glenn M. Callaghan
4. ASESORIA FUNCIONAL DE HABILIDADES PARA TERAPEUTAS INTERPERSONALES: EL SISTEMA FASIT  
Glenn M. Callaghan

## LA CONCEPTUALIZACIÓN DE CASOS CLÍNICOS DESDE LA PSICOTERAPIA ANALÍTICA FUNCIONAL

Rafael Ferro García, Luis Valero Aguayo y Miguel Ángel López Bermúdez  
Papeles del Psicólogo, 2009. Vol. 30(3), pp. 255-264

La Psicoterapia Analítica Funcional (FAP; Kohlenberg y Tsai, 1991; Tsai, Kohlenberg, Kanter, Kohlenberg, Follette y Callaghan, 2009) forma parte de lo que se ha denominado la terapia de conducta de tercera generación (Hayes, 2004; O'Donohue, 1998; Pérez Álvarez, 2006) junto con otras terapias: la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999), la Activación Conductual (Martell, Addis, y Jacobson, 2001), la Terapia de Pareja Integrativa (Jacobson y Christensen, 1996); y la Terapia de Conducta Dialéctica (Linehan, 1993).

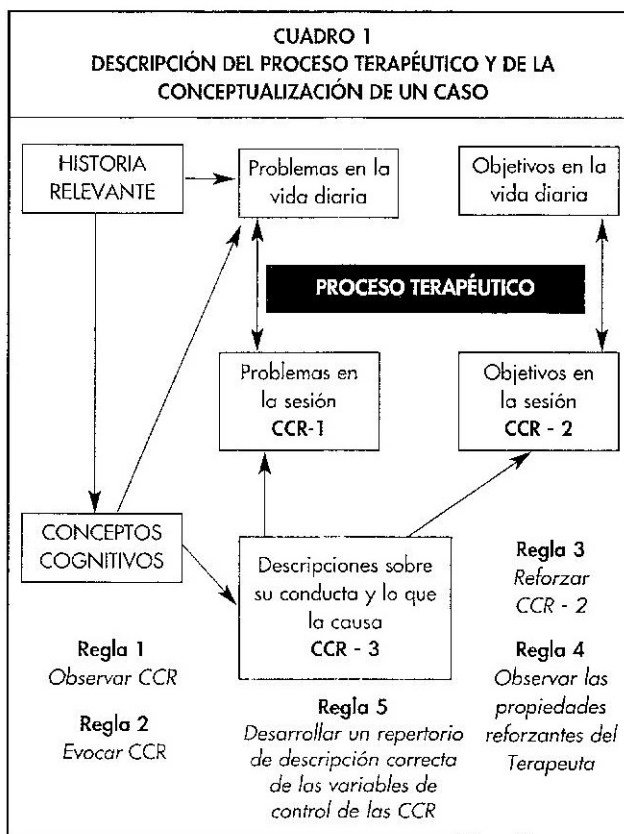
La FAP (Kohlenberg y Tsai, 1991) surgió a finales del siglo XX como una alternativa a la terapia de conducta clásica y a la terapia cognitivo-conductual. Comparte con otras terapias de esta generación los avances en el estudio de la conducta: las relaciones de equivalencia entre los estímulos, la conducta gobernada por reglas, el análisis funcional del lenguaje, y su repercusión para la comprensión de la conducta cognitiva y las conductas emocionales (Fernández Parra y Ferro, 2006).

Kohlenberg y Tsai (1991) mantienen que la FAP va dirigida a los clientes que no han mejorado con las terapias de conducta más tradicionales, que tienen dificultades para establecer relaciones íntimas, y/o padecen ese tipo de problemas interpersonales difusos y generalizados tipificados en el Eje II del DSM-III-R y del DSM-IV.

Filosóficamente la FAP está basada en los principios del conductismo radical y en el contextualismo. Pone énfasis en las contingencias que ocurren durante la sesión terapéutica, en el propio contexto terapéutico, en la equivalencia funcional entre ambos ambientes, en el reforzamiento natural y en el moldeamiento (Kohlenberg y Tsai, 1991, 1995). Utiliza la propia relación terapéutica como una forma de promover el cambio en el cliente, centrándose en el aquí y el ahora, en lo que ocurre dentro de la sesión clínica tanto los problemas como las mejorías del cliente y se adapta a cada paciente en cuestión. No se trata de una colección de técnicas sino más bien, de un marco conceptual para intentar guiar la actividad del terapeuta y crear unas relaciones terapéuticas intensas y curativas (Ferro, 2006). La FAP ha delimitado dos elementos básicos: por un lado, las contingencias presentes durante la interacción terapeuta-cliente, especialmente las interacciones verbales y la naturalidad de estas contingencias. Y por otro, el contexto donde se dan estas relaciones, analizando la equivalencia funcional entre el ambiente clínico y la situación diaria del cliente (Kohlenberg y Tsai, 1991, 1994a, 1994b, 1995).

Además, no es solo una psicoterapia por sí misma, sino que puede ser combinada con cualquier terapia produciendo unos resultados sinérgicos (Kohlenberg, Tsai, Ferro, Valero, Fernández Parra, y Virués, 2005). La FAP puede mejorar cualquier intervención clínica sin necesidad de cambiar la forma de esa terapia. Su integración con otras terapias está dando buenos resultados (Apsche, Ward y Evile, 2003; Callaghan, Gregg, Marx, Kohlenberg, y Gifford, 2004; Gaynor y Scout, 2002; Kohlenberg, Kanter, Bolling, Parker y Tsai, 2002).

Para una revisión más amplia de sus conceptos recomendamos la lectura en español de: Fernández Parra y Ferro (2006), Ferro (2006); Ferro y Valero (1998), Kohlenberg, Tsai, Ferro et al. (2005) y Pérez Álvarez (1996a, 1996b, 1998). En cuanto a sus últimas novedades recomendamos la lectura de Ferro, Valero y López (2007) y de Ferro (2008).



En este trabajo se expone un análisis del proceso terapéutico teniendo en cuenta su propuesta de conceptualización de un caso clínico. También se han elegido tres casos con una problemática compleja y que normalmente han sido clasificados como trastornos de personalidad, como una muestra de cómo lo harían tres terapeutas diferentes con diferentes historias desde la FAP.

## ANÁLISIS DEL PROCESO TERAPÉUTICO DESDE FAP

El proceso terapéutico desde FAP se basa fundamentalmente, en lo que el cliente hace y dice en la propia sesión clínica. Las conductas del cliente son cualquier cosa que una persona hace: hablar, pensar, sentir, ver, oír, recordar, etc. (Kohlenberg y Tsai, 1994a). Estas conductas se han denominado Conductas Clínicamente Relevantes (CCR) (Kohlenberg, Hayes y Tsai, 1993; Kohlenberg y Tsai, 1991, 1994a, 1994b, 1995; Kohlenberg, Tsai y Kanter, 2009). Se han definido tres tipos de CCR. Las tipo 1 son los problemas del cliente que ocurren durante la sesión, y que la terapia tiene que tratar de disminuir. Están bajo control de estímulos aversivos y suelen tener funciones de escape y de evitación. Las CCR tipo 2, son las conductas que se consideran mejorías del cliente que ocurren durante la sesión. Las tipo 3, son las interpretaciones del cliente de su propia conducta y lo que cree que la causa. Es decir, observaciones y descripciones de la conducta de uno mismo y de los estímulos reforzantes, discriminativos y elicidores que están asociados a ella. Estas últimas también pueden ser CCR tipo 1 ó tipo 2, ya que las explicaciones pueden ser un problema o una mejoría.

En el proceso terapéutico se tiene en cuenta también lo que el terapeuta debe hacer. Hay cinco Reglas Terapéuticas (Kohlenberg, Hayes y Tsai, 1993; Kohlenberg y Tsai, 1991, 1994a, 1995, Kohlenberg et al., 2005; Tsai, Kohlenberg, Kanter y Waltz, 2009). La Regla nº 1, consiste en desarrollar el repertorio de observación de las posibles CCR durante la sesión terapéutica. La Regla nº 2 mantiene que hay que construir un ambiente terapéutico que evoque las CCR tanto tipo 1, para reducir las como las CCR tipo 2, para incrementarlas. La Regla nº 3, sería organizar el reforzamiento positivo de las mejoras del cliente (CCR tipo 2). La Regla nº 4, propone desarrollar un repertorio para observar las propiedades reforzantes de la conducta del terapeuta en relación con las CCR del cliente. La Regla nº 5 consiste en generar en el cliente un repertorio de descripción de las relaciones funcionales entre las variables de control y las conductas (CCR tipo 3).

Como puede verse en el Cuadro 1, en el proceso terapéutico hay unas variables que se relacionan entre sí y que lo definen e interactúan de forma continua durante las sesiones. La historia relevante juega un papel clave en la génesis y mantenimiento de los problemas de las personas, tanto en la vida diaria como en la propia sesión terapéutica. El pasado no debe olvidarse en la comprensión de los problemas de una persona. Hay factores disposicionales motivacionales que tienen un origen histórico, como los eventos situacionales que afectan de manera indirecta a los problemas, como se verá más adelante. El objetivo principal del proceso terapéutico no es otro que la transferencia de efectos entre los ambientes clínicos y diarios del cliente. Se trata de establecer una equivalencia funcional entre los problemas de la vida diaria y los problemas del cliente dentro de la sesión (CCR tipo 1), de forma tal que observando y evocando estas conductas (Reglas 1 y 2) se realiza esta transferencia. Y, al contrario, las mejorías del cliente dentro de la sesión clínica (CCR tipo 2) transferirlas a la vida diaria, a través del reforzamiento natural y ver sus efectos en interacciones futuras (Reglas 3 y 4). Como se puede ver en el Cuadro 1, también resultan

relevantes las interpretaciones y explicaciones que tienen los clientes de lo que les ocurre (CCR tipo 3), que pueden ser correctas o ser problemáticas (CCR 1 y 2), como ya se dijo. Estas interpretaciones suelen estar influidas por los conceptos cognitivos o ideas acerca de lo que les pasa a las personas, e incluso, sobre qué creen que es la salud o el bienestar psicológico, la felicidad, etc. En la mayoría de los casos es necesario que el terapeuta genere en el cliente un repertorio de descripción de las relaciones funcionales entre las variables de control y las propias conductas, a través de modelos o bien de su moldeamiento directo (Regla 5).

Uno de los factores disposicionales menos tratados en los manuales de psicoterapia son los llamados Eventos Situacionales. Tales eventos o factores situaciones son condiciones complejas que ocurren de forma concurrente con las conductas que las influyen de manera indirecta y que están basados en las interacciones organismo-ambiente pasadas (Durand, 1990; Whaler y Fox, 1981). Hay varios tipos: Biológicos (como enfermedades y sus síntomas, cambios hormonales, efectos directos y/ o secundarios de fármacos y drogas, hábitos de comida y sueño, fatiga, etc.), Sociales (encuentros con amigos, familia, dificultades de tareas o demandas, personas en la sala de espera, el propio terapeuta, etc.) y Físicos (el ambiente físico, mobiliario, temperatura, luz, ruido, etc.). Por ejemplo, en el caso de una pareja con problemas que asistía a consulta, ella se quejaba de que él se solía poner agresivo después de un comentario suyo, sin embargo, este problema no solía aparecer en consulta. Estos comportamientos agresivos aparecían de manera esporádica cuando ella le hacía una crítica. El marido solía beber frecuentemente y se comprobó que un evento situacional biológico era la resaca después del consumo excesivo de alcohol de la noche anterior. En otro caso, el propio rapport puede funcionar como evento situacional social, es decir, el propio despacho de consulta, la imagen del terapeuta. Estos factores evocan CCR (Regla 2) y pueden funcionar como operaciones de establecimiento motivacionales (Dougher y Hackbert, 2000; Michael, 1993) provocando un cambio motivacional e incrementando así la probabilidad de ocurrencia de una determinada conducta. En el manual de FAP se describen situaciones que pueden evocar CCR y que algunas de ellas pueden llegar a funcionar como tales eventos situacionales (la propia estructura temporal de la terapia, las vacaciones del terapeuta, finalizar la terapia, los honorarios, los errores del terapeuta, los silencios en la conversación, las características del terapeuta, los acontecimientos inusuales, etc.).

En psicoterapia las CCR más importantes son las causadas de forma múltiple. En el propio manual Kohlenberg y Tsai (1991) ofrecen un análisis de la conducta verbal del cliente. Con causación múltiple se alude a las descripciones o tactos del cliente referidos al mismo tiempo tanto a la situación clínica como a la vida cotidiana y, también, a las peticiones o mandos que tienen una intención disfrazada u oculta. Este tipo de mandos tienen una importancia capital en FAP por cuanto sirven para identificar correctamente las CCRs y son una manera de promover la generalización y la equivalencia funcional entre ambos contextos, clínico y cotidiano. Sería el caso, por ejemplo, de un cliente que en una cita por la mañana dijera: “hoy no tenía ninguna gana de levantarme, pensaba que no podía”. El terapeuta en ese caso debería cuestionar si, aun describiendo la dificultad de levantarse,

no se estaría refiriendo a la conducta de evitar acudir a la cita por lo que se pudiera hablar ese día o por otras razones. Cuando la conducta en cuestión es débil o no tiene suficiente fuerza, se diría que es debido fundamentalmente a una mala historia de condicionamiento, es decir no ha sido reforzada suficientemente y/o ha sido castigada. También podría ser que los estímulos que controlan esa respuesta no están claros en este momento. Imaginemos una audiencia que refuerce y castigue a la vez esa respuesta. Ejemplos de este tipo se dan en la formación de los “Problemas de Yo”, como mantienen Kohlenberg y Tsai (1991, 2001). La Audiencia afecta a las conductas causadas de forma múltiple. Cuando hay causación múltiple, Skinner en Conducta Verbal (1957) definió a la estimulación suplementaria como la que podía evocar esta respuesta debilitada. Podría ser definida como una manera de fortalecer las repuestas que históricamente son débiles y que tienen una causación múltiple. Según Skinner (1957) hay varios tipos. Cuando el terapeuta conoce la posible respuesta se denominan pistas (prompt). Cuando se desconoce son llamados tanteos o sondeos (probe). Ambos a su vez estarían divididos en: formales (cuando hay una correspondencia formal entre la estimulación y la respuesta) y temáticos (que tienen que ver con el contenido de la misma). La mayor parte de las respuestas debilitadas las desconoce el terapeuta, para fortalecerlas se usarían los sondeos tanto formales como temáticos. Un ejemplo de tipo formal, sería el caso de decir una palabra el terapeuta que evocara la misma en el cliente. Si el terapeuta conociese la respuesta, un caso de maltrato por ejemplo y la ayuda fuera temática, el ejemplo de estimulación suplementaria sería una pista o prompt. Estas situaciones, sin ser abundantes, sí ocurren en terapia y conviene tomarlas en consideración no solo cuando el terapeuta conoce la respuesta sino cuando, aun sin tener la certeza de conocerla, la supone o postula como cierta. Un posible ejemplo de sondeo temático sería el uso de tests proyectivos como: TAT o Rorschach. Sería el caso por ejemplo de un cliente que evita hablar abiertamente de su homosexualidad y que a su vez ha dado señales al terapeuta sobre ella usando siempre el ambiguo mi pareja en lugar de usar su nombre propio o novio/a. Como ejemplo de sondeo temático es la descripción por parte del terapeuta del caso de otro cliente, estrategia muy utilizada y con gran valor clínico, como se expone en Ferro, Valero y Vives (2006).

Como se ha visto, la importancia de la causación múltiple está clara a lo largo de la relación terapéutica. Como mantiene Catania (1998), el humor es un ejemplo claro de causación múltiple. Se podría ampliar a cualquier estado afectivo, ya sea depresión, ansiedad, alegría, melancolía, etc., y estaría en función de la historia previa que el individuo tenga.

#### LA CONCEPTUALIZACIÓN DEL CASO DESDE FAP

A continuación, se va a describir una forma de conceptualización del caso clínico propuesta recientemente desde esta terapia (Kohlenberg y Tsai, 2000; Kohlenberg, Kanter, Bolling, Parker, y Tsai, 2002; Kanter, Weeks, Bonow, Landes, Callaghan y Follette, 2009). Consiste en un registro abierto, donde se describen variables que se suponen claves para el análisis de un caso clínico. Sería la descripción de conductas relevantes y la búsqueda continua de hipótesis a lo largo del proceso terapéutico. Sirve para tres propósitos: Primero, generar una manera de ver cómo la historia del cliente ha llevado a los problemas de la vida diaria

actuales, y también de ver cómo los problemas son adaptativos, y serían las bases para que el cliente pueda aprender nuevas formas de comportamiento. Segundo, tratar de identificar los posibles fenómenos cognitivos que deben ser relacionados con los problemas actuales. Y tercero, identificar y predecir cómo las CCR deben ocurrir en las relaciones terapéuticas durante la sesión clínica (Kohlenberg, Kanter, Boling, et al., 2002).

Este registro consta de los siguientes apartados (ver Tabla 1):

1. Los problemas que el cliente tiene en la vida diaria. Son los problemas que el cliente presenta en su vida diaria, conceptualizados por el terapeuta.
2. Su historia relevante. En este apartado se describen los hechos relevantes en la vida de la persona que estén implicados en la etiología y el mantenimiento de los problemas.
3. Los problemas que aparecen en la sesión clínica. Serían las CCR tipo 1 y como se ha indicado son equivalentes funcionalmente a los problemas que se dan en la vida diaria.
4. Los conceptos cognitivos del paciente que interfieran con el tratamiento (pensamientos automáticos, código de creencias, ideas, asunciones) que deben ser objeto de la terapia. Entre estos conceptos están los valores que trae el cliente en relación con los más diversos temas que afectan de algún modo con el problema y su solución. Entre otros podríamos incluir: el concepto de bienestar psicológico, la felicidad, la justicia de la propia vida, etc. También en este apartado se incluyen lo que en la Terapia Cognitiva de Beck (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979) se denominan distorsiones cognitivas (sobregeneralización, magnificación, abstracción arbitraria, etc.)
5. Sus objetivos de la vida diaria. Es decir, lo que se pretendería conseguir y generalizar a la vida de esa persona, y los cambios progresivos que pretende alcanzar el cliente, conceptualizados por el terapeuta.
6. Los objetivos que se marcaría el terapeuta en la propia sesión. Es decir, las CCR 2, los cambios que se quieren conseguir en la sesión clínica. A continuación, se exponen tres ejemplos de conceptualización de tres casos clínicos que han sido elaborados a lo largo de su tratamiento por tres terapeutas diferentes, como ejemplos del desarrollo de este esquema y que han sido tratados con éxito. Por cuestiones de ajustes de las normativas de la publicación se han redactado sin usar el esquema de la Tabla 1.

#### Caso 1. MARÍA

Mujer de 26 años, estudiante universitaria. Presenta trastornos emocionales, y problemas de relación con los demás. Diagnosticada como “trastorno límite de personalidad” por un psiquiatra que la vio anteriormente. Fue tratada durante más de dos años por uno de los autores, a través de Activación Conductual y FAP, también se usaron metáforas y ejercicios de ACT.

##### 1. Problemas en la vida diaria

- ✓ Crisis esporádicas (agresividad, autolesiones, llanto, irritabilidad, pensamientos auto-despreciativos, tristeza, insultos a los demás, a veces agresividad contra objetos) cuando está sola y siempre desencadenadas por pensamientos recurrentes sobre su pasado.
- ✓ Bajos resultados en los estudios. Le quedan asignaturas de varios cursos. Aprueba 1 ó 2 asignaturas por curso.
- ✓ No tiene trabajo.



- ✓ No es independiente, aún vive con su madre.
- ✓ Ha tenido múltiples parejas, generalmente con problemas y con una duración breve.
- ✓ Cuando tiene conflictos con otras personas (según ella la dejaban en ridículo, “le insultaban”) tiene conductas extrañas, aislamiento y brotes de agresividad verbal y violencia.
- ✓ Tiene pensamientos auto-despreciativos, y pensamientos continuos sobre su historia, que revive continuamente y le hacen sentir mal (situaciones vividas con la madre, el padre, otros compañeros, novios, terapeutas anteriores, etc.). Esos pensamientos se inician por cualquier detalle (especialmente cuando está sola). Después de media hora pensando en esos recuerdos se pone irritable, furiosa, llora, y agrede a personas y a objetos.
- ✓ Abusa del teléfono e Internet.
- ✓ Se da atracones esporádicos de comida.

## 2. Historia relevante

- ✓ Padres separados.
- ✓ Posible historia de maltrato de su madre.
- ✓ Mala relación con sus padres:
- ✓ Grandes conflictos con la madre.
- ✓ Vivió una temporada con el padre, mantiene que no le hacía mucho caso.
- ✓ Historia laboral problemática. Decide irse de varios trabajos por problemas con los compañeros porque, según ella, abusan, critican, menosprecian, continuamente.
- ✓ Historia de varios tratamientos con psiquiatras y psicólogos.
- ✓ Ingreso en una unidad de agudos posterior a varios episodios agresivos y autolesivos en casa con su madre.
- ✓ Recibe tratamiento farmacológico desde entonces (antidepresivos, somníferos, antipsicóticos).
- ✓ Historia anterior de abandono de tratamiento psicológico por mejoría. La demanda en este caso fue por problemas con los estudios y no poder levantarse por la mañana y la duración fue de un año.
- ✓ Historia anterior de diversos tratamientos y grupos de autoayuda (incluso grupos pseudo-religiosos y pseudo-psicológicos). Abandona el tratamiento porque mantiene que le han dado de lado, ellos le han insultado y denigrado más.
- ✓ Viene a consulta tras crisis autolesivas y agresivas.

<p style="text-align: center;"><b>TABLA 1</b>  <b>ESQUEMA DE CONCEPTUALIZACIÓN DE</b>  <b>UN CASO SEGÚN LAS ÁREAS</b></p>	
Nombre:	Fecha:
1. Problemas en la vida diaria	
2. Historia relevante	
3. Problemas en la sesión. CCR-1	
4. Conceptos cognitivos (pensamientos automáticos, creencias, asunciones)	
5. Objetivos en la vida diaria	
6. Objetivos en sesión. CCR-2	

### 3. Problemas en la sesión CCR-1

- ✓ Siempre cuenta las mismas historias que le han pasado con otras personas. Repite continuamente el mismo tipo de recuerdos y episodios que la ridiculizaron e hicieron daño en el pasado.
- ✓ Se queja de falta de autoestima, falta de decisión, no tener gana de hacer nada, etc.
- ✓ No sigue las instrucciones terapéuticas (no hace registros, ni las actividades acordadas, etc.)
- ✓ Siempre da su aprobación a lo que le propone el terapeuta, siempre dice “sí... claro, eso es lo que tengo que hacer”, pero nunca lo hace.
- ✓ Cuando hay algún material aversivo en la conversación, sonrío exageradamente, pero no lo cuenta.
- ✓ No expresa bien sus emociones y reconoce lo absurdo de sus reacciones, se ríe de ellas, pero no las expresa.
- ✓ En los silencios, siempre espera que el terapeuta dé las indicaciones o siga la conversación.
- ✓ Es dependiente del terapeuta. Cuenta sus historias y espera los consejos a realizar, y hace preguntas explícitas “cómo puedo hacer tal cosa, qué he de hacer...”

### 4. Conceptos Cognitivos

- ✓ Pensamientos negativos continuos sobre sí misma, su poca valía, el daño que le hicieron, su poca autoestima, poca personalidad, etc.
- ✓ Considera que sus parejas la utilizan o la han utilizado.
- ✓ Tiene ideas sobre que los demás la utilizan, la insultan, la dejan en ridículo y la denigran.
- ✓ Las mejoras las atribuye a los fármacos, no a la terapia.

### 5. Objetivos en la vida diaria

- ✓ Reducir las crisis emocionales.
- ✓ Mejorar las relaciones con su madre y hermano.

- ✓ Terminar de aprobar las asignaturas que le quedan.
- ✓ Establecer y mantener relaciones sociales más positivas.
- ✓ Conseguir una pareja estable.
- ✓ Encontrar unos objetivos en su vida personal.
- ✓ Reducir su impulsividad (abuso del Internet, teléfono, atracones de comida)
- ✓ Conseguir algún trabajo esporádico y mantenerlo.

#### 6. Objetivos en sesión CCR-2

- ✓ Hablar y expresar mejor sus emociones.
- ✓ Disminuir sus sonrisas extemporáneas, cuando se habla de algo problemático.
- ✓ Reducir los comentarios fuera de lugar.
- ✓ Reducir el hablar constantemente de las mismas historias.
- ✓ Hablar de su pasado sin que ello genere una crisis.
- ✓ Aceptar que los demás hagan y piensen de manera diferente a ella.
- ✓ Disminuir la dependencia con el terapeuta, tomar sus propias decisiones y conclusiones.
- ✓ Aumentar conductas sociales positivas, tono y forma de hablar, contacto ocular, etc.
- ✓ Describir episodios positivos y emociones positivas que le ocurren.

#### Caso 2. BERTA

Mujer de 19 años, la mayor de una familia de 3 hermanos. Estudiante universitaria. Vive en un piso de estudiantes fuera de su familia. Según el terapeuta que la trató presentaba un trastorno leve del yo (“Yo Inestable”), siguiendo los criterios expuestos por Kohlenberg y Tsai (1991).

##### 1. Problemas en la vida diaria

- ✓ Tiene miedo al ridículo y a lo que puedan pensar los demás.
- ✓ Es muy sensible a las críticas.
- ✓ Presenta miedo a las críticas.
- ✓ Evita situaciones sociales.
- ✓ Se bloquea en las situaciones sociales, no sabe qué decir, piensa que la están observando, no sabe cómo moverse.
- ✓ Tiene problemas con su pareja. Ella no se siente querida por él. Discuten por esta razón. No se atreve a romper la relación por miedo a quedarse sola. Cree que él no la quiere y ella tiene dudas sobre si lo quiere realmente o está con él por miedo a quedarse sola.
- ✓ Pregunta frecuentemente a sus amigas qué creen que le pasa a ella.
- ✓ Decir y hacer lo que digan sus amigas (lo que diga mi amiga X, va a misa).

##### 2. Historia relevante

- ✓ Va a estudiar a otra ciudad porque quiere desconectar con su ambiente y conocer a gente nueva (como una forma de resolver su problema).
- ✓ Presenta problemas de relación con los demás de forma histórica.

✓ Su madre ha sufrido varias depresiones (“mi madre se parece mucho a mí”, “le pasan cosas con los demás como a mí”).

✓ Sus padres la han comparado siempre con unas de sus primas.

✓ Sus padres nunca han reconocido lo que ella hace bien y sólo describen los errores.

### 3. Problemas en la sesión. CCR-1

✓ Quejarse sobre ella misma y su incapacidad (no sé cómo estar bien, preferiría quedarme sola, cuando escucho a mis amigas intento ser como ellas y no puedo, no encuentro ninguna inquietud).

✓ Quiere una explicación “psicológica” de lo que le pasa. “Yo lo que quiero es saber qué me pasa”.

✓ Tiene un concepto de sí misma muy deteriorado, se considera fea (es atractiva), inútil, imbécil.

✓ Aparecen frecuentes autocríticas.

✓ No puede realizar ejercicios de introspección, se resiste (no puedo), abre los ojos, etc.

✓ Siempre habla bien de su familia (pero teóricamente le han tenido que afectar en su formación del yo).

### 4. Conceptos Cognitivos

✓ Como una causa de sus problemas y de su solución, cree en:

✓ Que no tiene autoestima. Como algo necesario para poder vivir y arreglar lo que le pasa.

✓ La necesidad de darse ánimo: “Quiero darme valor”.

✓ Sentirse superior a los demás: “Me tengo que sentir superior a los demás para sentirme bien, eso lo oí en un curso”.

✓ Problemas con el autoconcepto:

✓ “No me he encontrado a mí misma”.

✓ “No sé cómo ser yo misma”.

✓ “No me reconozco a mí misma”.

### 5. Objetivos en la vida diaria

✓ Que no le afecten las críticas de los demás y no tenga miedo a éstas.

✓ No aceptar sin más las críticas que le hacen los demás.

✓ Enfrentarse a situaciones sociales y comportarse de manera natural.

✓ Ser capaz de romper la relación con su novio.

### 6. Objetivos en sesión. CCR-2

✓ Enfrentarse a las críticas del terapeuta.

✓ Incrementar las respuestas tipo YO + X. Qué siente, qué piensa, qué quiere...

✓ Reconocer cuando está mejor que lo está.

✓ No psicologizar sus problemas.

✓ Hacer los ejercicios de introspección sin evitar.

✓ Hablar de sus problemas con la relación de sus padres en referencia a ella misma.

✓ Hablar de cómo es ella.

✓ Saber qué le pasa y qué le ha pasado.

### Caso 3. JUAN

Hombre de 30 años. Es el mayor de 3 hermanos. En la actualidad vive con sus padres y no trabaja. Cumplía los criterios para un diagnóstico de “trastorno esquizotípico de la personalidad”, según el sistema DSM-IV (APA, 1994).

#### 1. Problemas en la vida diaria

- ✓ Duerme poco y mal desde hace un mes.
- ✓ Muestra aislamiento social: evita contactos sociales, evita dar explicaciones sobre él mismo, evita hablar con sus padres y apenas responde ni siquiera a preguntas simples.
- ✓ Pasa todo el tiempo en casa de sus padres encerrado en su habitación sin hacer nada, gran parte del tiempo llorando.

#### 2. Historia relevante

- ✓ Tiene 30 años y su novia lo acaba de dejar.
- ✓ Actualmente no trabaja.
- ✓ Ha abandonado todos los trabajos sin dar explicaciones.
- ✓ Ha dejado tareas importantes sin hacer o sin terminar (estudios, pinturas y dibujos, gestiones bancarias, renovaciones de carnets, etc.).
- ✓ Relaciones sociales y familiares muy problemáticas con periodos de aislamiento.
- ✓ Frecuentes conductas con funciones de castigo hacia los demás, sobre todo hacia su familia (episodios de ira, de desprecio y de ignorarles, negativas a asistir a eventos familiares).

#### 3. Problemas en la sesión. CCR-1

- ✓ Acude a consulta con gafas oscuras y en la primera consulta no se las quita.
- ✓ No mantiene el contacto ocular con el terapeuta.
- ✓ Tiene excesiva seriedad y postura muy rígida.
- ✓ Muestra dispersión al comunicarse, cambia de temas y responde con evasivas a las preguntas que se le formulan.
- ✓ Usa una alta frecuencia de “no sé...”.
- ✓ No termina las frases y cuando se le fuerza a ello, aparecen bloqueos y silencios.
- ✓ Se niega a cumplimentar cuestionarios o tests con evasivas y razones inexactas.
- ✓ No sigue las instrucciones del terapeuta, aunque se compromete con ellas. Cuando se le pide, y se compromete a que traiga por escrito los hechos relevantes acerca de por qué está así, no lo trae. Las razones que da para justificarlo son caóticas.
- ✓ Da explicaciones incorrectas acerca de las causas de su conducta.

#### 4. Conceptos cognitivos

- ✓ Tiene ideas sobregeneralizadas: “No le encuentro una salida práctica a mi creatividad, si en este mundo no importa el arte, ¿qué pinto yo en este mundo?”.
- ✓ Presenta ideas delirantes de grandeza: “Lo que pasa es que la gente no me entiende, yo soy muy rápido pensando y la gente no está a mi altura”.
- ✓ Culpabiliza a su padre de lo que le ocurre: “La culpa de todo lo que me pasa la tiene mi padre”.
- ✓ Muestra ideas magnificadas de lo que le va a ocurrir: “Aquí no puedo salir a la calle porque me asaltan los recuerdos y me atrapan”.

## 5. Objetivos en la vida diaria

- ✓ Reducir las conductas de evitación.
- ✓ Incrementar la tasa de conductas potencialmente reforzantes.
- ✓ Terminar las tareas que deja a medias, incluida la terapia.
- ✓ Incrementar el repertorio verbal que haga más probable establecer relaciones causales correctas.
- ✓ Incrementar las relaciones sociales positivas.

## 6. Objetivos en sesión. CCR-2

- ✓ No abandonar la terapia.
- ✓ Mantener el contacto ocular.
- ✓ Reducir los bloqueos en la comunicación (“no se”) y los silencios.
- ✓ Terminar las frases que empieza.
- ✓ Establecer relaciones funcionales correctas de lo que le ocurre.
- ✓ Aumentar en el repertorio social simple, como saludar y despedirse.
- ✓ Mantener una relación natural con el terapeuta, expresarlo que le gusta y lo que no le gusta con naturalidad.
- ✓ Terminar la terapia de manera adecuada.

## CONCLUSIONES

Se ha expuesto un análisis del proceso terapéutico según FAP, analizando las variables implicadas en el mismo. Por otro lado, se han descrito las variables y la forma de la conceptualización de un caso clínico que se ha propuesto recientemente, mediante un esquema que resume la información y sirve de orientación al profesional sobre las conductas en la que fijar su atención, la equivalencia entre los problemas fuera y dentro de la propia sesión, así como las argumentaciones de esa persona sobre su propia conducta. Además, se han presentado los esquemas de tres casos clínicos con diagnósticos diferentes, y que tienen en común el carácter difuso de esos problemas y su larga historia o cronicidad, que implican una larga historia de aprendizaje en esos repertorios cognitivos y emocionales.

Este esquema centra al clínico sobre las conductas que ocurren dentro de la propia sesión y que se consideran que deben aumentar, y sobre aquéllas que deberían disminuir, y también sobre las verbalizaciones sobre relaciones funcionales entre su conducta y los demás. Y a partir de ahí, ponerlas en relación con las conductas problemáticas en la vida cotidiana de esa persona. No se debe olvidar que la relevancia clínica de una operante observada en la sesión debe valorarse en relación con el conjunto de problemas que presenta el cliente, de ahí la importancia de la conceptualización del caso.

Como se ha descrito, la FAP es un poderoso tratamiento por sí misma y además, es una aproximación integradora que puede ser combinada con cualquier terapia (Kohlenberg, Tsai, Ferro, et al., 2005). Esta estrategia de síntesis de un caso clínico viene a ayudar al clínico a analizar la información, estructurar sus objetivos terapéuticos y atender los cambios que se van produciendo durante todo el proceso. Es una cuestión empírica demostrar su mayor

o menor utilidad, independientemente de la formación clínica del terapeuta, pero por ahora esa utilidad se ha mostrado en nuestra experiencia profesional.

En los tres casos se produjeron mejorías. En el caso 1 de María, tras el tratamiento aparecieron distintas mejorías como: ha aprobado algunas asignaturas, tiene relaciones con más amigos y parejas esporádicas, y han disminuido los episodios de crisis emocionales. Las relaciones familiares han mejorado. Un aborto en ese último año, apenas le afectó como otros acontecimientos equivalentes anteriores. Ha viajado, ha sabido negarse a algunas relaciones esporádicas con varones, y colabora algo en casa. En el caso 2 de Berta, tras el tratamiento consiguió hacer los ejercicios de introspección sin escapar o negarse, se comportaba con naturalidad con su grupo de amigos, terminó la carrera, hablaba sobre la influencia de su relación familiar con su problema, aceptaba críticas y en algunas de ellas se enfrentaba, dando su opinión. En el tercer caso, disminuyeron en gran medida las conductas de evitación y los bloqueos, tanto en el contexto clínico como en la vida cotidiana, mejorando la cantidad y la calidad de las relaciones sociales y familiares, encontró un trabajo que mantenía a los ocho meses de terminada la terapia y decía centrarse en la pintura ya sólo como afición.

En la práctica clínica diaria, nuestro equipo está aplicando esta forma de conceptualizar el caso desde esta terapia en problemas como: trastornos depresivos, problemas de personalidad, obsesiones, ansiedad generalizada, etc. También este esquema de análisis se ha aplicado a otros casos habituales de ansiedad específica, problemas de estudio, relaciones de pareja, relaciones entre padres e hijos y en lo que tradicionalmente se ha llamado habilidades sociales. En cualquiera de ellos ha sido de gran utilidad clínica. Por otro lado, también se ha aplicado a estudiantes en formación, y en terapeutas noveles mejorando su formación.

Estamos de acuerdo con Whaler y Fox (1981) cuando mantienen que el análisis de los eventos situacionales es crucial en términos de efectividad del tratamiento, tanto en el cambio inicial como en términos de la generalización y del mantenimiento del cambio de conducta. Como mantienen Martell, Addis y Jacobson (2001), es imposible comprender todas las contingencias que han ocasionado y mantenido una conducta en particular. La historia juega un papel fundamental en todo este proceso. La alternativa viene dada por la descripción y clasificación de clases de conductas organizándolas en esta conceptualización del caso.

Nuestra experiencia nos indica que la selección de CCR tanto en la conceptualización del caso como en la propia aplicación de la terapia, está en función de la historia previa y del repertorio del propio terapeuta y más específicamente, de sus creencias sobre psicopatología y bienestar psicológico e incluso, de sus valores y de ahí que aparezcan diferencias entre los terapeutas que los realizan.

## UN ANÁLISIS MICRO-PROCESO DE LOS MECANISMOS DE CAMBIO EN LA PSICOTERAPIA FUNCIONAL ANALÍTICA

Andrew M. Busch, Jonathan W. Kanter, Glenn M. Callaghan, David E. Baruch, Cristal E. Weeks y Kristoffer S. Berlin

Behavior Therapy 40 (2009) 280-290

La Psicoterapia Funcional Analítica (FAP; Kohlenberg & Tsai, 1991) emplea la teoría conductual y los principios conductuales básicos (Skinner, 1953, 1957) enfocados en el terapeuta cuando moldea la conducta del cliente conforme ocurre en la relación terapéutica durante las interacciones terapeuta-cliente momento-a-momento (Callaghan, Naugle & Follette, 1996; Kohlenberg, Yeater & Kohlenberg, 1998). Los argumentos a favor de que la FAP lleva a conseguir mejorías clínicas confiables y robustas, tiene brillantes críticas de que la FAP, por mencionar, ha generado muy poca investigación clínica que la apoye (ejem., Corrigan, 2001). Una posible razón por la escasez de datos en la FAP puede ser porque se enfoca en procesos terapéuticos funcionalmente definidos y no en técnicas de tratamiento expuestas en manuales de fácil definición. Este enfoque ha llevado a los investigadores lejos del empleo de la FAP, la mayoría de las veces, de los ensayos controlados azarosamente o de otros diseños de grupo (vea Kohlenberg, Kanter, Bolling, Parker & Tsai, 2002, para una excepción). Sin embargo, los recientes llamados para que los investigadores proporcionen apoyo empírico para los principios y mecanismos del cambio y no respecto a paquetes de tratamiento (ejem., Rosen & Davison, 2003) resaltan la necesidad de un cambio de enfoque y para el desarrollo de metodologías novedosas. Semejantes metodologías alternativas pueden ser mas apropiadas para el estudio de tratamientos tales como la FAP, que define sus mecanismos de acción a nivel de interacciones terapeuta-cliente momento-a-momento.

El presente estudio utiliza un “paradigma de eventos” o un enfoque “centrado en la tarea” a la investigación de procesos (Stiles, Shapiro & Elliott, 1986; Wiseman & Rice, 1989) en un esfuerzo inicial para explorar empíricamente las hipótesis sobre los mecanismos del cambio en la FAP. Aunque se ha empleado con alguna frecuencia en estudios de terapia familiar (ejem., Bradley & Furrow, 2004), semejante enfoque raramente ha sido usado para explorar procesos psicoterapéuticos cognitivos o conductuales, aunque es bastante adecuado para explorar las hipótesis FAP a nivel momento-a-momento (Rice & Greenberg, 1984).

El presente trabajo codifica cada aspecto del lenguaje del cliente y el terapeuta durante el curso completo de la terapia (20 sesiones) sobre un caso FAP exitoso previamente publicado, que emplea un diseño único A / A + B (Kanter et al, 2006) para evaluar si las interacciones momento-a-momento observadas son consistentes con los mecanismos de



cambio hipotetizados en la FAP. Este enfoque exhaustivo posibilita un rico análisis del caso singular, aunque, por supuesto, resulta limitado en términos de su generalidad. Este estudio también sirve como una exploración de la viabilidad de este enfoque metodológico para la investigación FAP futura.

### Terapia Funcional Analítica

La FAP se enfoca en las *conductas clínicamente relevantes* del cliente (CRB), esto es, la presencia instantánea de conductas problema dentro de la sesión (denominadas CRB1), así como conductas adaptativas alternativas (denominadas CRB2), ocurriendo también, como una definición colaborativa entre el cliente y el terapeuta. Cuando las CRBs ocurren dentro de la sesión, el terapeuta FAP intenta moldear la conducta del cliente usando contingencias naturales inmediatas (Ferster, 1967), fortaleciendo las CRB2s al hacerlas seguir de reforzamientos y reduciendo las CRB1s dándoles consecuencias de extinción, castigo o respuestas bloqueadoras. Es importante notar que la FAP se propone que los repertorios mejorados dentro de la sesión se generalicen en ambientes diferentes fuera de la sesión.

Diversos reportes sugieren que el uso de las técnicas FAP conduce a mejorías en los resultados del tratamiento (Gaynor & Lawrence, 2002; Kohlenberg et al, 2002). Sin embargo, más importante para nuestro análisis, son los reportes que demuestran específicamente los efectos de los mecanismos propuestos por la FAP (moldeamiento por el terapeuta, de la conducta del cliente dentro de la sesión). Dos estudios recientes han investigado el efecto de que el terapeuta moldee respuestas durante la FAP (vea también Truax, 1966, y Karpiak & Benjamin, 2004, para una demostración importante de moldeamiento dentro de la sesión fuera del contexto de la FAP).

Callaghan, Summers y Weidman (2003) aplicaron la FAP Rating Scale – Escala de Puntaje FAP – (FAPRS; que es un sistema para codificar cada interacción de una-en-una durante la sesión de terapia, como se describe en detalle en seguida) a cuatro segmentos de la terapia repartidos a lo largo el curso del tratamiento de un cliente, cuyo sufrimiento se manejó exitosamente, consistente en rasgos maladaptativos tanto de personalidad histriónica como narcisista. Los resultados mostraron que los codificadores pudieron identificar confiablemente conductas del cliente clínicamente relevantes, así como las respuestas moldeadoras del terapeuta y que la conducta del cliente dentro de la sesión mejoraba en el transcurso del tratamiento. Luego, Callaghan y sus colegas (2003) demostraron la viabilidad inicial del sistema FAPRS y reportaron resultados que son consistentes con la teoría FAP. No obstante, las conclusiones quedaron limitadas por la falta de independencia entre codificadores (la codificación la hicieron el terapeuta y su supervisor), lo pequeño de la muestra de interacciones cliente-terapeuta incluidas en el análisis (solo una hora en total) y la falta de control en la fase de línea base.

En un enfoque diferente para demostrar los efectos del moldeamiento dentro de la sesión de la FAP, Kanter y sus colegas (2006) trataron dos clientes con desórdenes de personalidad

con un diseño único A/A+B entre sujetos, donde la fase A consistía de terapia conductual cognitiva (CBT; Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979) y la fase A + B consistía de técnicas CBT y FAP (enfocada en la relación terapéutica y en moldeamiento *en vivo*). El momento de cambio de fase fue determinado por la estabilidad de conductas ideográficamente consideradas como objetivos, las que eran definidas colaborativamente junto con el cliente, en las primeras sesiones. Estas conductas objetivo fueron luego asesoradas a lo largo de ambas fases del tratamiento, mediante los registros diarios del cliente, que enlistaban cada una de las conductas objetivo, con instrucciones para su auto monitoreo cotidiano. Los resultados indicaron un caso exitoso y un caso no exitoso. En el caso exitoso, la frecuencia semanal de las conductas objetivo (denominadas Histriónicas y de Control Público – descritas en detalle en la sección del método, abajo) disminuyó dramáticamente luego de la introducción de la FAP y se mantuvieron bajas por el resto del tratamiento. Este estudio no identificó patrones de interacción dentro de la sesión (CRBs y respuestas del terapeuta con intensión de moldear CRBs), pero identificó conductas interpersonales importantes fuera-de-la-sesión que debían cambiar como resultado de las técnicas FAP dentro de la sesión. Luego, aunque el resultado final (conducta fuera-de-la-sesión) fue supervisado, los procesos relevantes (respuestas moldeadoras del terapeuta) y su resultado inmediato (conducta del cliente dentro de la sesión) no lo fue, limitando las conclusiones relativas a los mecanismos del cambio.

El presente estudio resuelve las limitaciones de Callaghan y colaboradores (2003) y de Kanter y colaboradores (2006) al codificar cada emisión de lenguaje en todas las 20 sesiones del caso exitoso de Kanter y colaboradores, usando el sistema de codificación FAPRS. Se exploraron las siguientes hipótesis específicas:

1. Respecto a la conducta del cliente, su comportamiento dentro de la sesión mejorará (las conductas problema -CRB1s- disminuirán y las conductas adaptativas -CRB2s- aumentarán, luego de la introducción de las técnicas FAP.
2. Respecto a la conducta del terapeuta, ocurrirá un mayor enfoque en la relación terapéutica y las respuestas moldeadoras del terapeuta dentro de la sesión ocurrirán durante las sesiones FAP, en comparación con lo sucedido en las sesiones CBT.
3. Respecto a la relación entre la conducta del cliente y del terapeuta, el análisis retrospectivo de los códigos de conductas dentro de la sesión, deberá demostrar que la conducta del terapeuta luego de las CRBs del cliente fue más efectiva durante las sesiones FAP que durante las sesiones CBT.

## Método

### CLIENTE Y TERAPEUTA

El cliente, una mujer afro-americana de 25 años, buscó tratamiento para la depresión y un malestar interpersonal crónico y fue diagnosticada con un desorden depresivo mayor y un desorden de personalidad histriónica (ambos establecidos mediante la Entrevista Clínicamente estructurada del DSM-IV; Spitzer, Williams & Gibbon, 1995). Los síntomas depresivos durante el pretratamiento incluían un talante emocional bajo y significantes sentimientos de desinterés y culpa. La cliente recibió veinte sesiones de 50 minutos con psicoterapia administrada por un psicólogo clínico, estudiante del doctorado, que había sido entrenado en CBT y FAP y que fue supervisado por un experto en FAP con considerable experiencia en CBT.

La conceptualización del caso fue desarrollada por el terapeuta y su supervisor usando información obtenida durante la asesoría y las primeras cinco sesiones de tratamiento. La cliente se quejaba de problemas interpersonales causados por una variedad de factores, incluidos el excesivo enfoque sobre lo que otros pensaban de ella, dificultades para ser monogámica, conducta de coqueteo con hombres diferentes a su novio y dificultades para decir que “no” a las solicitudes de sus amigos. Las principales metas de la cliente para su tratamiento fueron el recuperarse de su depresión y ser más eficiente interpersonalmente, en particular ser capaz de involucrarse en una relación monogámica e íntima con su novio.

La tabla 1 resume la conceptualización del caso. El proceso de asesoría determinó dos clases de conducta problema y una clase de conducta adaptativa. La conducta problema incluía comportamientos controlados por reforzamiento social positivo intermitente (ejem., obtener atención, validación o aprobación; denominado *Histrionismo*) y conductas controladas por evitación de la desaprobación social, de otras situaciones sociales aversivas, de la intimidad y de la apariencia de vulnerabilidad (denominadas *Control Público*). Los objetivos de conducta adaptativa incluían un mayor control derivado de estímulos internos (para responder más genuinamente durante interacciones interpersonales), involucrarse menos en búsqueda de atención y más comportamientos consistentes con su valor de mantener relaciones monogámicas de largo término (denominado *Respuesta Genuina*).

La frecuencia de la conducta problema (Histrionismo y Control Público) fueron rastreadas individualmente mediante el uso de tarjetas diarias, en el estudio de Kanter y colaboradores (2006). En el presente proyecto, las ocurrencias dentro de la sesión de estas clases de respuestas no fueron fácilmente distinguibles, luego, todas ellas fueron codificadas simplemente como CRB1. Las frecuencias semanales de las respuestas genuinas no fueron rastreadas por la vía de las tarjetas, sin embargo, sus ocurrencias dentro de la sesión se identificaron, fueron codificadas y se refirieron como CRB2.

La cliente fue supervisada pre y post-tratamiento usando el Inventario de depresión de Beck (BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961) y el Cuestionario de Apoyo Social (SSQ; Sarason, Sarason, Shearin & Pierce, 1987). Durante el pre tratamiento la cliente estaba moderadamente deprimida (BDI = 17) y reportaba relativamente pocos individuos a quienes podía recurrir por apoyo social (puntaje SSQ = 2.7), pero consideraba su nivel de apoyo como apenas satisfactorio (satisfacción SSQ = 5.3). En el post tratamiento, su BDI fue de 0 y ambas escalas SSQ fueron de 6, indicando mejoría en su depresión y en el apoyo social percibido.

Tabla 1  
Conceptualización abreviada del caso

	Ejemplos fuera de sesión	Ejemplos dentro de sesión CRB1s	Respuestas efectivas TCRB1s
Histrionismo	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Involucrarse en conductas de coqueteo con hombres diferentes al novio en situaciones de riesgo</li> <li>. Conductas en busca de Atención o aprobación (usualmente con hombres)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Coqueteo en la sesión</li> <li>. Sobredramatización y búsqueda de atención en la sesión</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Ignorar explícitamente los coqueteos</li> <li>. Promover formas más efectivas de expresión</li> <li>. Castigo moderado de Rs (dramatizar distrae)</li> </ul>
Control Público	<ul style="list-style-type: none"> <li>. “contenerse” y “enmascararse” en situaciones sociales para evitar críticas y sentirse vulnerable</li> <li>. Maltratar a otras mujeres al sentirse herida (por los actos negativos de otros)</li> <li>. Acciones que evitan o reducen la intimidad con el novio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Evitar la intimidad o las expresiones emocionales en la sesión</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Discutir cómo la evitación del cliente distancia la relación con el terapeuta y negativamente afecta a este</li> <li>. Bloquear claramente la evitación del cliente al tocar temas difíciles</li> </ul>
	Ejemplos fuera de sesión	Ejemplos dentro de sesión CRB2s	Respuestas efectivas TCRB2s
Respuestas Genuinas	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Revelar dificultades a las amistades de manera genuina</li> <li>. Solicitar la reacción de las amistades fuera de sesión (sin evitar posibles juicios)</li> <li>. Expresar sentimientos a las amistades de manera genuina</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Compartir la vulnerabilidad en la sesión</li> <li>. Solicitar en la sesión la reacción del terapeuta (buscando su opinión)</li> <li>. Respuestas genuinas o bajo apropiado control</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Dejar saber al cliente que ser genuino le afecta positivamente</li> <li>. Ser recíprocamente genuino con Rs que construyen intimidad</li> </ul>

## DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO

Las primeras cinco sesiones se dedicaron a la supervisión y el desarrollo de la conceptualización del caso. Se emplearon tarjetas diarias de auto monitoreo que promovían en la cliente a mantener una cuenta de sus conductas Histriónicas y de Control Público. Estas tarjetas proporcionaban una medida del cambio conductual en la vida diaria de la cliente y eran revisadas semanalmente por el terapeuta.

Las sesiones de la 6 a la 11 fueron de CBT (Beck et al, 1979; Beck, 1995). Los pensamientos disfuncionales más relevantes para esta cliente fueron “No le importo a nadie” y otras variantes de su limitado valor. Estos pensamientos automáticos eran precedidos frecuentemente por desaires interpersonales reales o percibidos y seguidos de sentimientos de tristeza o ira y conductas inefectivas (coquetear con otro hombre, buscar atención). Los registros de los pensamientos fueron completados por la cliente fuera de la sesión y revisados por el terapeuta en la sesión. A la cliente se le enseñó a identificar pensamientos depresogénicos relevantes y a desarrollar un pensamiento más balanceado mediante la evaluación de la evidencia y la evaluación de la realidad.

Las nueve sesiones finales consistieron de CBT enriquecidas con un mayor enfoque sobre la relación terapéutica y respuestas diferenciales del terapeuta ante las CRBs (como en la FAP). Durante la fase CBT, al terapeuta se le pidió abstenerse de moldear la conducta de la cliente durante la sesión y llevar la conversación lejos del tema de la relación terapéutica, si este se presentaba durante la sesión. El momento para cambiar de la fase CBT a la CBT+FAP fue determinado por el logro de estabilidad en las conductas objetivo, conforme se registraban en las tarjetas diarias de la cliente.

## ESCALA DE PUNTAJE FAP (FAPRS)

En el sistema FAPRS (Callaghan, Ruckstuhl & Busch, 2005), hay un código que se aplica a cada emisión de lenguaje del cliente y del terapeuta. En seguida se proporciona una breve descripción de cada código FAPRS. El manual está disponible si se le solicita al primer autor.

*Códigos de los clientes.* Aquí se reportan cuatro códigos de los clientes: CRB1, CRB2, cliente enfocado en la relación terapéutica (CTR), y Otros Dichos del Cliente. Para ser codificado como CRB1 o como CRB2 la conducta del cliente tiene que ocurrir en el contexto de la relación terapéutica y ser un problema funcional o una mejoría, según la conceptualización de cada codificador. CTR se usa para reflejar cuando el cliente se enfoca en la relación terapéutica, pero solo cuando lo que dice no configura conducta clínicamente relevante. Cualquier otra cosa que diga el cliente fue designada como Otros Dichos del Cliente.

*Códigos del Terapeuta.* Aquí se reportan seis códigos del terapeuta: cuando el terapeuta Evoca Conducta Clínicamente Relevante (ECRB), cuando el Terapeuta Moldea una CRB1 (TCRB1), cuando el Terapeuta Moldea una CRB2 (TCRB2), la Respuesta Inefectiva ante Conducta Clínicamente Relevante (INF), cuando el Terapeuta se Enfoca en la Relación terapéutica (TTR), y Otros Dichos del Terapeuta.

## DESCRIPCIÓN DE LOS CODIFICADORES Y DE SU ENTRENAMIENTO

Los codificadores fueron tres estudiantes graduados (Codificadores 1-3) y un asistente (Codificador 4). Todos tenían un entendimiento básico del análisis conductual, leyeron el texto FAP original (Kohlenberg & Tsai, 1991) y habían conducido investigaciones en FAP por al menos un año. También leyeron el Manual de entrenamiento FAPRS y tuvieron aproximadamente 100 horas de entrenamiento. Usar codificadores no ciegos fue inevitable, pues para poder entrenarlos para codificar respuestas funcionales, tenían que entender la temporalidad y la dirección de los cambios que tenían lugar en las manipulaciones operantes.

### Resultados

#### CONFIABILIDAD

Para la comparación de Equipo 1+3 con Equipo 2+4, el acuerdo para los códigos del terapeuta fue  $k = .67$  (porcentaje de acuerdo = 90.85) y el acuerdo para los códigos del cliente fue  $k = .67$  (porcentaje de acuerdo = 89.57).

Para la comparación de Equipo 1+4 con Equipo 2+3, el acuerdo para los códigos del terapeuta fue  $k = .75$  (porcentaje de acuerdo = 88.65) y el acuerdo para los códigos del cliente fue  $k = .66$  (porcentaje de acuerdo = 83.80). Todos los valores kapa fueron superiores a .65, indicando buenos acuerdos (Fleiss, 1981).

#### FRECUENCIA DE CÓDIGOS

El panel inferior de la Figura 1 gráficamente despliega tasas de respuestas del terapeuta moldeando efectivamente (TCRB1s y TCRB2s combinadas) y tasas de otros códigos enfocados en la relación terapéutica (ECRBs y TTRs) a lo largo de las sesiones para demostrar diferencias en la conducta del terapeuta entre las fases. Las tasas del terapeuta haciendo moldeamiento fueron muy bajas durante la asesoría y la CBT y claramente más altas durante la FAP. El enfoque sobre la relación (cuando el terapeuta no moldeaba) fue casi inexistente durante la asesoría, baja durante la CBT y alta durante la FAP. Aunque ambos conjuntos de códigos son claramente más altos durante las sesiones FAP, hubo mucha variabilidad sesión-a-sesión durante la fase FAP.

Para establecer que las técnicas FAP ocurrieron más frecuentemente durante la fase FAP que durante la fase CBT, se condujo una prueba de Chi cuadrada de Pearson comparando tasas de códigos enfocados en la relación (ECRB+TTR) durante CBT con su tasa durante FAP. Esta diferencia en las tasas fue significativa,  $\chi^2(1, N = 1644) = 120.46, p < .0001$ . Además, las respuestas moldeadoras del terapeuta (TCRB1s y TCRB2s) ocurrieron en una tasa más alta durante la FAP (84 de 1062) que durante CBT (5 de 582),  $\chi^2(1, N = 1644) = 36.50, p < .0001$ .

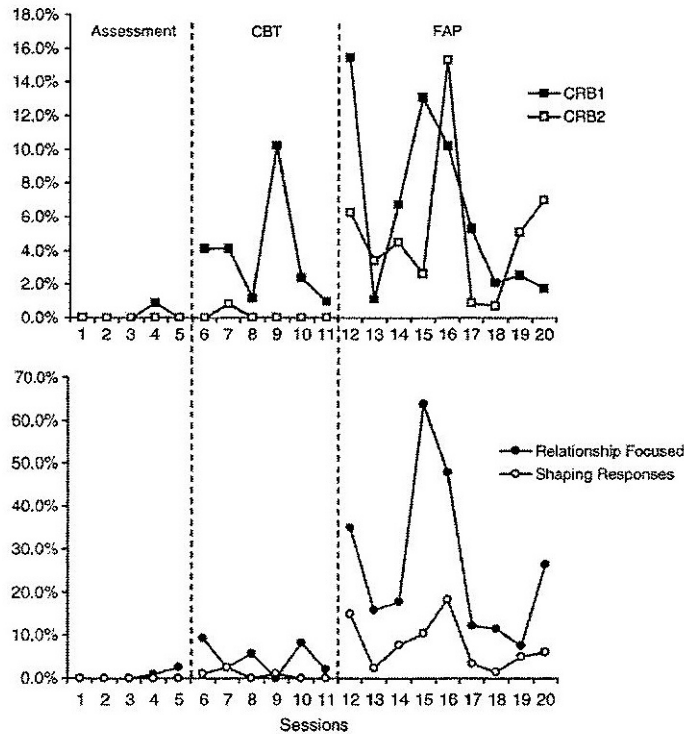


Figura 1

## Discusión

El presente estudio codificó todas las conductas del cliente y el terapeuta a lo largo de todo el curso de la terapia de un cliente exitosamente tratado con CBT (Fase A) seguido de CBT + FAP (Fase A + B). El propósito fue hacer un seguimiento del análisis de un solo sujeto presentado por Kanter y colaboradores (2006) que sugiere que la introducción de la FAP en la Fase B llevó a mejoras significativas en variables objetivo ideográficamente definidas, fuera de la sesión. El presente estudio exploró hipótesis sobre los mecanismos de cambio en la FAP a un nivel momento-a-momento, específicamente buscando demostrar que la conducta del cliente en la sesión también mejoró y que el terapeuta moldeó esta conducta del cliente dentro de la sesión, solo durante la fase FAP.

Los hallazgos dan soporte a las hipótesis respecto al mejoramiento del comportamiento del cliente en la sesión. Primero, el cambio de fase de CBT a FAP claramente tuvo un efecto en la frecuencia de la conducta adaptativa del cliente (CRB2). Sin embargo, el cambio en las conductas problema del cliente (CRB1) fue un tanto más difícil de interpretar. Las CRB1s ocurrieron a niveles bajos durante la fase de asesoría, aumentaron durante CBT, repuntaron durante la primera sesión FAP y luego fueron variando por el resto de la FAP con un claro decremento en las sesiones finales.

Los hallazgos también apoyan la hipótesis relativa a la conducta del terapeuta. Los cambios enfocados en la relación terapéutica (ECRBs y TTRs) y las respuestas moldeadoras (TCRB1s y TCRB2s) ocurrieron a una tasa alta durante las sesiones de la FAP y a una tasa baja durante las sesiones CBT.

En total, estos resultados replican previos hallazgos de que la respuesta del terapeuta dentro de la sesión puede moldear la conducta del cliente en la sesión de manera predecible (Busch et al, enviado para publicación; Callaghan et al, 2003; Karpiak & Benjamin, 2004; Truax, 1966), y visto esto en comparación con los resultados de Kanter y colaboradores (2006), sugiere que el moldeamiento en vivo puede afectar significativamente la conducta del cliente fuera de la sesión.



## EL SISTEMA DE PLANTILLA PARA LA ASESORÍA FUNCIONAL IDIOGRÁFICA (FIAT)

Glenn M. Callaghan

The Behavior Analyst Today (2006) Vol 7, No. 3, 357-398

Las relaciones y las habilidades interpersonales se consideran conductas objetivo importantes para diversas psicoterapias. La terapia conductual y las intervenciones de terapia cognitivo conductual continúan siendo utilizadas para los problemas interpersonales y los desórdenes de personalidad. Las terapias conductuales contemporáneas, incluyendo la Psicoterapia Funcional Analítica, se proponen disminuir las deficiencias en habilidades sociales complejas e interpersonales, así como desarrollar comportamientos más efectivos que produzcan relaciones significativas para los clientes. Aunque existen taxonomías tradicionales, pocas son capaces de capturar ya sea la naturaleza funcional o los aspectos individuales únicos de este tipo de problemas conductuales. El manual de Plantilla para la Supervisión Funcional Idiográfica (FIAT) permite a los clínicos asesorar la fuerza y debilidades respecto a las relaciones interpersonales en el contexto tanto de la relación terapéutica, como en aquellas relaciones que el cliente tiene fuera de la terapia. La combinación de un marco conductual y de un enfoque idiográfico para el análisis, hace de esto un enfoque de supervisión único, en el área de las relaciones interpersonales. El sistema FIAT se organiza sobre cinco áreas principales (llamadas clases) de funcionamiento interpersonal: (1) habilidades para identificar necesidades y valores en las relaciones, (2) sensibilidad y responsividad para recibir y proporcionar retroalimentación a otros, (3) problemas para especificar expresar experiencias emocionales y cognitivas, (4) dificultades con la cercanía interpersonal, incluyendo el poder hacer revelaciones, y (5) problemas con conflictos interpersonales. El manual FIAT incluye un resumen de cómo usarlo, una descripción de cómo conducir el proceso de asesoría, preguntas del terapeuta en la asesoría y una asesoría para el cliente en papel-y-lápiz denominada Cuestionario-FIAT (FIAT-Q). Se proporcionan ejemplos, creados por los clínicos, de medidas de asesoría idiográfica, tanto para los clientes como para el terapeuta. La mayor parte del manual se dedica a proporcionar definiciones de cada clase de conducta y especificar tipos de problemas en las áreas de señales contextuales, discriminación y repertorios de respuestas. Para cada área, se denotan instancias de problemas conductuales y se proporcionan ejemplos para el clínico. El sistema FIAT captura fortalezas y deficiencias interpersonales específicas, de manera que el clínico pueda diseñar mejor el tratamiento para cada cliente, posibilitándole una disminución eficiente y efectiva de los problemas del cliente.

## Instrucciones del manual FIAT e información para el usuario

### Visión general

Este manual se diseñó para usarse junto a la Psicoterapia Funcional Analítica (FAP; Kohlenberg & Tsai, 1991) o los tratamientos FAP enriquecidos como la terapia Cognitiva Enriquecida con FAP (FECT; Kohlenberg, Kanter, Bolling, Parker & Tsai, 2002) y la FACT (Callaghan, Gregg, Marx, Kohlenberg & Gifford, 2004). El manual FIAT especifica clases de conductas vistas en intervenciones enfocadas interpersonalmente. Estos problemas se basan en la función de las conductas conforme impactan al cliente en su habilidad para formar relaciones interpersonales efectivas. Algunas de estas conductas tienen un enfoque experiencial o intrapersonal, sin embargo, el impacto de ellas reside finalmente en un contexto interpersonal.

El aspecto de “plantilla” en este manual reside en su empleo para producir materiales de asesoría para cada cliente individual. Ejemplos de estos asesoramientos se incluyen en los apéndices de este manual. No hay una forma única y correcta de producir estos recursos idiográficos de asesoría, cada uno debe diseñarse en base a las necesidades del cliente, el terapeuta y de la intervención en curso.

La principal idea con FIAT es crear un lenguaje común para las conductas objetivas del cliente para mejorar la comunicación, la asesoría y la investigación en la comunidad.

### Requerimientos mínimos

El uso de este manual asume que el terapeuta posee conocimiento de los principios FAP y de la administración de recursos para la asesoría, de acuerdo con principios éticos de la administración de pruebas.

### Criterio para la Inclusión de Clases como Problemas Conductuales

Esencial es que el usuario entienda que estas clases de conductas definen diferentes repertorios que pueden ser fuente de atención clínica. Para ser supervisadas como área problema, las conductas en cada clase necesitan ser problemáticas para ese individuo. El cliente con problemas conductuales se involucra en estas estrategias inflexiblemente y no puede ajustar o adaptar nuevos repertorios en contextos como se requiere. Los problemas de conducta son definidos como inefectivos o inapropiados en relación con metas de largo plazo que tiene el cliente, particularmente con respecto a las relaciones interpersonales.

## Organización del Manual FIAT

Cada una de las clases abajo descritas empieza con una definición y luego explica cada una de las instancias en la clase que pueden ser el foco de atención clínica. Estos descriptores de clases e instancias son luego seguidos de preguntas específicas para la asesoría que debe contestar el cliente y luego, por el terapeuta.

El Manual está organizado para cada clase de manera que los problemas con *Señales Contextuales/Funciones Discriminativas de Estímulos* preceden las áreas problema de *Repertorios de Respuesta*.

*Señales Contextuales/Funciones Discriminativas de Estímulos* incluyen *Problemas con la Identificación o Especificación*, que son definidos como dificultades para identificar, rotular (hacer tactos; Skinner, 1957) o especificar elementos de la clase definida. Resulta **esencial** determinar cuándo o no, el cliente tiene la habilidad para identificar las características requeridas de la clase objetivo, antes de asesorar el repertorio de respuesta del cliente. Por ejemplo, si el cliente demuestra falta de habilidad para responder a la retroalimentación dada por otros, el terapeuta **debe** asesorar si el cliente tiene la habilidad para discriminar que ha recibido retroalimentación y cuando ésta es exacta o inexacta. Si el terapeuta intenta alterar el Repertorio de Respuestas consistente en *Falta de Respuesta a la Retroalimentación*, es probable que el cliente aún se mantenga incapaz de responder efectivamente en situaciones novedosas. En su lugar, el terapeuta debe enseñar la discriminación de que se ha recibido retroalimentación, cuando ésta se ofrezca, antes de proceder a un repertorio complejo para responder a la retroalimentación.

Los *Problemas con un Control Contextual Apropiado* existen para cada clase y definen otros problemas de señales contextuales que pueden tener los clientes. Estas conductas se caracterizan por la falta de discriminación de situaciones, momentos u otras personas con quienes involucrarse en la respuesta. Por ejemplo, para clientes con *Problemas con la Experiencia Emocional*, el cliente puede ser incapaz de especificar las condiciones bajo las cuales esta expresión sería más efectiva. Estas condiciones incluyen, con quién involucrarse en la respuesta, el tiempo u otros factores disposicionales a considerar y las situaciones donde esto sería más efectivo de hacer. En este caso, el cliente puede rotular que ha experimentado una emoción y puede incluso nombrar la experiencia, aunque él o ella no sabe con quién o cuándo el compartir esta experiencia pudiera ser más efectivo.

La sección del *Repertorio de Respuesta* incluye instancias de la expresión de cada respuesta en la que el cliente pueda involucrarse, de las clases objetivo. Esta sección incluye escape, evitación, exceso y déficits de conductas relevantes para la clase.

Aunque cada clase intenta repetir esta estructura a lo largo del manual, algunas clases tendrán diferentes detalles para cada título principal. Por ejemplo, los tipos de *Repertorios de Respuesta* enlistados para la Clase A no son los mismos que aquellos enlistados para la Clase B.

#### Una Nota sobre Función, Forma y FIAT

En tanto que el sistema FIAT intenta describir conductas en términos de su función, no es un análisis funcional preciso, definido por una detallada especificación de estímulo, respuesta y consecuencia. Más bien, FIAT intenta detallar y proporcionar un lenguaje consistente para aquellos comportamientos que tengan la función general para el cliente de dificultar sus relaciones interpersonales. De esta manera, existe realmente una gigante y muy ancha clase de respuesta para FIAT, relacionarse interpersonalmente de manera problemática.

El propósito de FIAT es el identificar conductas del cliente que sirvan para impedirle tratar efectivamente con tanto sus experiencias emocionalmente privadas, como sus relaciones con otros. Si el cliente hace una solicitud, ocurre que se la niegan y esto ocasiona que sus necesidades no queden satisfechas, entonces ese cliente experimentará probablemente problemas en sus relaciones, al menos con respecto a su asertividad.

La meta última al usar FIAT debe recordarse, se trata de ayudar con la asesoría y la intervención en la conducta problema del cliente y el desarrollo de respuestas más efectivas.

#### Uso del Manual FIAT en la Supervisión o Asesoría

##### Interrogantes para la Supervisión

La sesión de asesoría o supervisión debe ser precedida para cada cliente, con una explicación de (1) el propósito de la supervisión, (2) la diferencia entre asesoría y terapia, y (3) la naturaleza idiográfica de esta estrategia de supervisión.

El terapeuta debe recompensar ampliamente al cliente por involucrarse en las tareas de la asesoría, particularmente cuando este tiene dificultad en relacionarse afectivamente. Hay que informarle que el periodo de asesoría es una oportunidad para que el terapeuta conozca al cliente y entienda suficientemente sus problemas, para empezar el curso de la terapia. La terapia típicamente consiste en algunas preguntas que hace el terapeuta (como en la fase de asesoría) y de discusiones más enfocadas en lo que le ocurre al cliente.

## Preguntas para Asesorar al Cliente: FIAT-Q

El Cuestionario-FIAT (FIAT-Q) proporciona preguntas de asesoría para los clientes que el terapeuta debe tener sobre diversos problemas del cliente en formato de papel-y-lápiz. El FIAT-Q fue diseñado para darse al cliente y ser llenado desde de la primera o segunda sesión de asesoría.

Las respuestas del cliente a estas preguntas informarán de sus problemas fuera de la sesión y de las clases de respuesta mejoradas que podrían ser el foco del tratamiento. La escala está diseñada para supervisar la dimensión de las conductas problema del cliente (4,5,6) y las mejorías o respuestas más prosociales (1,2,3). Algunos reactivos se califican al revés como lo indica el orden de los números en la secuencia. Una copia del FIAT-Q se incluye como Apéndice. En general, altos puntajes en el FIAT-Q para cada pregunta y cada clase sugieren que hay más problemas con ese reactivo o clase.

Resulta esencial reconocer que el FIAT-Q se usa para ayudar con el proceso de supervisión FIAT. El usuario debe estar advertido de que el empleo del FIAT-Q se debe dar en conjunto con la propia supervisión del terapeuta, particularmente al definir objetivos de tratamiento. Esto es especialmente cierto con clientes que responden que un reactivo o una clase no es problema, cuando de hecho, una asesoría más profunda revela que sí lo es y que el cliente pudo estar escapando o evitando conflictos con esto que le crea problemas.

El terapeuta que conduce la supervisión o asesoría debe hacer seguimiento de cada pregunta con interrogantes adicionales para determinar (1) la manera en que el problema se manifiesta para cada cliente en particular y (2) de qué tamaño es el problema que le causa. Las interrogantes deben enfocarse en obtener ejemplos. El terapeuta debe ayudar a los clientes a una mayor elaboración de sus respuestas al preguntarles cosas como “¿Cómo en qué ocasiones?” o “¿Tales como ...?” o “¿Qué tan frecuente?” El terapeuta puede también preguntar cosas como, “¿Siente que es un problema para usted? Para considerar si una instancia o un área es un posible problema.

### Clientes Ejemplares

Los *Cliente Ejemplares* son preguntas de asesoría dirigidas por la información que proporciona el cliente mediante el FIAT-Q y la supervisión inicial. Estas preguntas proveen al terapeuta de información sobre sus experiencias en la vida real.

Para responder efectivamente estas preguntas, el terapeuta necesita asegurarse de que el cliente entiende la idea de una escala continua. Es de utilidad proporcionar un ejemplo de una escala o un continuo al cliente para estar seguros de su comprensión.

El *FAP-rap*. Existen diversos rasgos esenciales a ser proporcionados al discutir sobre FAP con los clientes.

- (1) Primero, el terapeuta debe preguntar (o haber preguntado) al cliente cuáles son sus expectativas con la terapia y cómo entiende que debe ser el papel del terapeuta en un tratamiento psicológico. El terapeuta debe explicar cualquier mala comprensión que tenga el cliente acerca de la terapia en general y como se relacionan al proporcionar FAP o alguna intervención de FAP enriquecida.
- (2) El terapeuta debe reconocer las diferencias entre la relación terapéutica (y el contexto de la terapia) y otras relaciones que el cliente tenga fuera del tratamiento. Esta relación es profesional y tiene límites particulares e importantes, pero sigue siendo una relación interpersonal.
- (3) El cliente debe estar informado sobre las suposiciones mantenidas por el terapeuta, de que los problemas que ocurren fuera de la terapia entre el cliente y otros, también se espera que ocurran dentro de la sesión con el terapeuta, como resultado de tener una relación terapéutica con el clínico.
- (4) El cliente entonces debe estar informado sobre la utilidad de reconocer problemas y mejoras conforme ocurran en la sesión y no solo hablar sobre eventos que sucedan fuera de la terapia. El cliente debe informarse que la discusión de eventos externos ocurrirá, por supuesto, pero que esto servirá para aclarar problemas y mejoras que ocurran en la sesión. La razón para esto reside en el acceso inmediato que tienen tanto el terapeuta como el cliente a los eventos que dan surgimiento a esas conductas. Esto tiene la ventaja de estar disponible para notar el impacto de la conducta conforme se presenta y para intentar nuevos comportamientos en un esfuerzo de resultar más efectivo.
- (5) El terapeuta entonces puede hablar sobre las características únicas de la relación terapéutica y las ventajas de reconocer problemas y mejoras conforme se presenten en la sesión (ejem., intentar y fallar, etc.)
- (6) Finalmente, el cliente debe ser interrogado por si tiene preguntas sobre este conjunto de ideas o estrategia terapéutica y cualquier malentendido debe despejarse de inmediato.

Repaso de las Clases de respuestas en este Manual

CLASE A: Esclarecer necesidades (incluido el apoyo social)

CLASE B: Comunicación bidireccional

CLASE C: Conflictos

CLASE D: Revelaciones y cercanía Interpersonal (tener confianza y buscar intimidad)

CLASE E: Experiencia Emocional y su Expresión

## CLASE A

### Esclarecer necesidades

#### Señales Contextuales/Funciones discriminativas de estímulo

##### Problemas de Identificación o Especificación

*Incapaz de identificar o especificar necesidades o valores conforme ocurren o  
No identificar que puede solicitar satisfacer su necesidad*

##### Problemas con el Control Contextual Apropiado

*Infra-generalizar rasgos de relaciones  
Sobre-generalizar rasgos de relaciones*

#### Repertorio de Respuestas

##### Repertorio de Escape o Evitación

*Escape  
Evitación  
Rechazar la presencia de una necesidad*

##### Aserción de Necesidades Inefectiva o No Clara

*Solicitud disimulada*

## CLASE B

### Comunicación Bidireccional

#### Señales Contextuales/Funciones Discriminativas de Estímulo

##### Problemas de Identificación o especificación

*Identificar o describir su impacto en otros  
Identificar que se ha dado retroalimentación por otra persona  
Discriminar cuando la retroalimentación es adecuada  
Discriminar que puede darse retroalimentación*

##### Problemas con el Control Contextual Adecuado

#### Repertorio de Respuestas

##### Repertorio de escape o Evitación

*Escape: Hipersensibilidad al impacto observado de la retroalimentación de otros  
Evitación: Falla en la solicitud de retroalimentación por parte de otros*

##### Falta de Respuesta al Impacto Observado o la Retroalimentación de Otros

##### Insensibilidad a la Retroalimentación

*Rechazo de la retroalimentación de otros*

Proporcionar Retroalimentación a Otros

*Falla en proporcionar retroalimentación*

*Retroalimentación Inefectiva/Sobre-Elaborada/Vaga*

*Retroalimentación negativista*

*Retroalimentación a otros Abiertamente Detallada*

*Retroalimentación perseverante*

CLASE C

Conflicto

Señales Contextuales/Funciones Discriminativas de Estímulo

Problemas de Identificación o Especificación

Problemas de Control Contextual Apropiado

Repertorio de Respuestas

Repertorio de Escape o Evitación

*Excesivo consentimiento*

*Retraimiento social*

*Excesivas respuestas conciliatorias*

Intentos Indirectos/Inefectivos de Resolver conflictos

Sin Deseo de Comprometerse en Conflictos

Facilitación de Conflictos o Repertorio de escalamiento

CLASE D

Revelaciones y Cercanía Interpersonal

Señales Contextuales/Funciones Discriminativas de estímulo

Problemas de Identificación o especificación

Problemas de Control contextual Apropiado

*Exceso de revelaciones*

*Falta de revelaciones*

Repertorio de Respuestas

Escape o Evitación: Búsqueda infrecuente de Interacción Interpersonal Cercana

*Bajo Deseo de cercanía*



Falla en Solicitar revelaciones de Otros  
Problemas de Repertorio Pro-social General  
Auto-revelaciones no Claras  
Auto-revelaciones Inexactas  
Auto-revelaciones Excesivas o Búsqueda de Cercanía  
Falla en Responder a Revelaciones o Solicitudes de Otros y/o dar Apoyo Social Recíproco

#### CLASE E

Experiencia y Expresión Emocional  
Señales Contextuales/Funciones Discriminativas de Estímulo

Problemas de identificación o especificación

Problemas de control contextual Apropiado

*Inhabilidad para reconocer que se esperaría una respuesta emocional en ese contexto*

*No poder discriminar cuando reportar o expresar una emoción*

#### Repertorio de Respuestas

Repertorio de Escape o Evitación

*Repertorio de escape*

*Repertorio de evitación*

Rótulo Inapropiado de Experiencia Emocional/Rango Restringido de Expresión

Descripción de Experiencia Emocional Inefectiva o no Clara

Expresión Afectiva Excesiva

---

#### PREGUNTAS DE ASESORÍA PARA LA CLASE A: ESCLARECER NECESIDADES

Para las preguntas sobre la identificación y reconocimiento de necesidades, “necesidades” se definen como cualquier cosa que el cliente desee. Las necesidades relacionadas con otros pueden incluir solicitudes de cercanía interpersonal, apoyo social o necesidades pragmáticas o logísticas. Estas necesidades pueden o no, parecerles razonables a los otros.

#### Cientes Ejemplares para la CLASE A

Las siguientes son preguntas acerca de cómo maneja usted y trabaja con las necesidades que tiene.

1. Piense en un momento reciente cuando usted necesitó algo de alguien más. ¿Qué hizo usted?
  - a. ¿Cómo decidió hacer su solicitud?
  - b. ¿A quién le solicitó?
  - c. ¿Cómo solicitó lo que necesitaba?
2. Brevemente describa la vez que solicitó algo de alguien y salió bien. Llamaremos a esto Situación A.
  - a. ¿Fue consistente con la forma usual para usted cuando solicita algo?
  - b. ¿Por qué piensa que salió bien?
3. Ahora diga una ocasión en que solicitó algo, pero no salió bien. Llamemos a esta Situación B.
  - a. ¿Fue consistente con la forma en que usualmente sucede?
  - b. ¿Por qué piensa que no salió bien?
4. Si ponemos las veces que las cosas salieron bien en un punto de una escala (como la situación A de arriba) y ponemos las veces que las cosas no salieron bien en la otra punta de la escala (como la situación B de arriba), ¿dónde típicamente se ubicaría en la escala con respecto a solicitar cosas que necesita de los demás?

A-----B

5. ¿Justo ahora, está teniendo retos o problemas para satisfacer sus necesidades de otros?
6. ¿Piensa usted que este tema se manifestará en la terapia entre usted y yo?
  - a. ¿Cómo sería si sucediera?
  - b. ¿Qué haría si obtuviera retroalimentación de mí sobre algo que a usted le importara?

#### Interrogantes de Asesoría del Terapeuta para la CLASE A

1. ¿Es que el cliente tiene problemas para satisfacer sus necesidades?
2. ¿El cliente tiene problemas para satisfacer sus necesidades dentro de la sesión?
3. ¿Se da cuenta el cliente que tiene necesidades y cuales son estas mientras se presentan dentro de la sesión con el terapeuta?
4. ¿Es capaz el cliente de hacer su solicitud al terapeuta?
5. ¿Qué tipo de solicitudes hace el cliente?
6. ¿Se da cuenta el cliente que la terapia es el lugar indicado para hacer su solicitud?
7. ¿Son las solicitudes del cliente apropiadas para el terapeuta y la terapia?
8. ¿Es que el cliente empieza a solicitar algo del terapeuta y luego termina su solicitud o pide ayuda debido a su nivel percibido de malestar?
9. ¿Es que el cliente falla en hacer solicitudes aun cuando estas son razonables?

10. ¿Es capaz el cliente de hacer solicitudes al terapeuta en la sesión o es que lo hace indirectamente, haciendo difícil saber qué es lo que solicita?
11. ¿Es que el cliente pide algo mediante una frase u observación, en lugar de solicitarlo directamente?
12. ¿Es que el cliente hace un número excesivo de solicitudes para el terapeuta en la sesión?
13. ¿Es que el cliente hace una solicitud de tal manera que ésta la experimenta el terapeuta como algo aversivo?

#### PREGUNTAS DE ASESORÍA PARA LA CLASE B: COMUNICACIÓN BIDIRECCIONAL

Las definiciones de *impacto* y *retroalimentación* son importantes para estas preguntas de asesoría. Para ellas, el terapeuta necesita informar al cliente que *impacto* simplemente se refiere a cómo afecta a otros cuando interactúa con ellos. El terapeuta puede usar ejemplos para ilustrar tipos de impacto (ejem., “un comediante impacta con humor a la audiencia”).

Respecto al término *retroalimentación*, el terapeuta le dice al cliente que estas preguntas se refieren a todos los diferentes tipos de retroalimentación o información que obtenemos de otras personas sobre nuestra interacción. Esta retroalimentación puede ser sutil o expresada más directamente.

#### Cientes Ejemplares para la CLASE B

Le voy a hacer algunas preguntas sobre su impacto en otros, bajo situaciones sociales.

1. Piense en un momento reciente cuando interactuó con alguien y usted recibió algún tipo de retroalimentación de quien estaba con usted. ¿Usted qué hizo?
  - a. ¿Cómo supo que le daban retroalimentación?
  - b. ¿Cómo decidió si esta retroalimentación era exacta?
2. Dígame de una vez que usted recibió retroalimentación de otros y las cosas con esa persona mejoraron luego que usted cambió su conducta como resultado de la retroalimentación. Llamémosle Situación A.
  - a. ¿Fue consistente con la forma en que usualmente le sucede a usted cuando le piden algo?
  - b. ¿Por qué cree que las cosas salieron bien?
3. Ahora dígame de una vez que recibió retroalimentación de otros y las cosas con esa persona no mejoraron. Llamémosle Situación B.
  - a. ¿Fue consistente con la forma en que usualmente suceden las cosas?
  - b. ¿Por qué cree que las cosas no salieron bien?
4. Si ponemos el momento en que las cosas salieron bien en un punto de una escala (Situación A) y ponemos el momento en que las cosas no salieron bien en el otro

extremo de la escala (Situación B), ¿dónde cree que está usted típicamente en esta escala, con respecto a obtener retroalimentación de otros?

A-----B

5. ¿Está teniendo retos o problemas, justo ahora, al recibir retroalimentación de otros o notar su impacto en ellos?
6. ¿usted que este tema se presentará en terapia entre usted y yo?
  - a. ¿Cómo sería si sucediera?
  - b. ¿Qué haría si obtiene retroalimentación de mí sobre algo que a usted le importe?

#### Interrogantes de Asesoría del Terapeuta para la CLASE B

1. ¿Es que el cliente tiene problemas identificando el impacto interpersonal que le causa al terapeuta?
2. ¿Es capaz el cliente de reconocer cuando le da retroalimentación al terapeuta?
3. ¿Puede el cliente discriminar cuando afecta al terapeuta durante la sesión?
4. ¿Es que el cliente valora la retroalimentación del terapeuta?
5. ¿La importancia que el cliente pone en el terapeuta es consistente con la naturaleza o el desarrollo de la relación terapéutica?
6. ¿Es que el cliente responde al terapeuta cuando le da retroalimentación sobre su comportamiento?
7. ¿Es que el cliente hace evidente una falta de repertorio de respuestas para responder efectivamente al terapeuta cuando le proporciona retroalimentación?
8. ¿Es que el cliente ajusta su comportamiento consistentemente con la retroalimentación que le da el terapeuta?
9. ¿Es que el cliente diferencialmente rechaza la retroalimentación que le crítica, pero acepta la que es positiva?
10. ¿Es que el cliente continúa involucrándose o aumenta su respuesta, aun cuando se le ha dado retroalimentación directa sobre su respuesta?
11. ¿Es que el cliente se torna antagonista cuando se le da retroalimentación?
12. ¿Es el cliente abiertamente sensible con respecto a su impacto sobre el terapeuta?
13. ¿Es el cliente abiertamente sensible cuando se le ha dado retroalimentación por el terapeuta?

#### PREGUNTAS DE ASESORÍA PARA LA CLASE C: CONFLICTOS

Para las preguntas sobre Conflicto Interpersonal, el cliente debe ser informado que en todas las relaciones se incluyen conflictos y que esto es una parte normal de la interacción humana. El terapeuta tiene que diferenciar entre conflicto y violencia (física) para el cliente

y no normalizar la violencia. Escapar y evitar la violencia es muy importante, mientras que escapar y evitar el conflicto a veces es exitoso. Aquí, el terapeuta intenta entender cómo el cliente se involucra o no en conflicto interpersonal, cuando éste surge en las relaciones interpersonales.

### Cientes Ejemplares para la CLASE C

Le voy a preguntar cómo es usted cuando surgen conflictos en las relaciones interpersonales en que usted participa.

1. ¿Qué hace si esta disgustado con alguien con quien tiene una relación?
2. ¿Cómo trata de resolver el conflicto con otros?
3. Piense en una ocasión en que tuvo conflicto con alguien. ¿Qué hizo usted?
  - a. ¿Cómo supo que había un conflicto?
  - b. ¿Qué hizo usted en esa situación?
  - c. ¿Intentó resolver el conflicto?
  - d. ¿Cree que su opinión fue escuchada?
  - e. ¿Intentó entender las razones del otro?
4. Dígame de una ocasión donde tuvo conflicto con alguien y se mantuvo bien la relación. Llamemos a esto Situación A.
  - a. ¿Trató usted de resolver el conflicto?
  - b. ¿Esto fue consistente con lo que usualmente le sucede cuando usted se envuelve en un conflicto?
  - c. ¿Por qué piensa que salió bien?
5. Ahora dígame de una ocasión que tuvo conflicto con alguien y la interacción no quedó bien. Llamemos a esto Situación B.
  - a. ¿Trató usted de resolver el conflicto?
  - b. ¿Esto fue consistente con lo que usualmente le sucede cuando usted se envuelve en un conflicto?
  - c. ¿Por qué piensa que no fue una buena experiencia?
6. Si ponemos el momento en que las cosas salieron bien en un punto de una escala (Situación A) y ponemos el momento en que las cosas no salieron bien en el otro extremo de la escala (Situación B), ¿dónde cree que está usted típicamente en esta escala, con respecto a tener conflictos con otros?

A-----B

7. ¿Está teniendo, justo ahora, retos o problemas para resolver conflictos con otros?
8. ¿Usted cree que esto nos podría pasar en terapia entre usted y yo?
  - a. ¿Cómo sería si así sucediera?
  - b. ¿Qué haría usted si sintiera que hubiera un conflicto entre nosotros?

## Interrogantes de Asesoría del Terapeuta para la CLASE C

1. ¿Es que el cliente se involucra en interacciones conflictivas con el terapeuta dentro de la sesión?
2. ¿Está el cliente consciente de que ocurre un conflicto cuando esto pasa en la sesión?
3. ¿Es que el cliente reconoce que puede ocurrir un conflicto con el terapeuta?
4. ¿Es que el cliente intenta detener cualquier conflicto, una vez que empieza a ocurrir este dentro de la sesión?
5. ¿Es que el cliente acepta al terapeuta, sin dejar conocer su propia opinión o necesidades?
6. ¿Es que el cliente se retrae si ocurre conflicto o puede ocurrir con el terapeuta?
7. ¿Es que el cliente se muestra abiertamente conciliador, escapa o evade el conflicto al apaciguar al terapeuta innecesariamente?
8. Cuando el cliente intenta resolver un conflicto con el terapeuta ¿son claras sus estrategias de resolución?
9. ¿Es que el cliente está deseoso de comprometerse en un conflicto?
10. ¿Es que el cliente se involucra en estrategias de resolución de conflictos que inadvertidamente facilitan o escalan el conflicto?
11. ¿Es que el cliente deliberadamente intenta escalar el conflicto?

## PREGUNTAS DE ASESORÍA PARA LA CLASE D: REVELACIONES Y CERCANÍA INTERPERSONAL

Para las preguntas sobre Proximidad Interpersonal, el cliente debe ser informado que esto significa sentirse “conectado con”, “cerca de” o “ser buenos amigos con” otra persona. La cercanía personal no se caracteriza por condescendencia u otras relaciones superficiales que son parte normal del trabajo o de la vida social. Las relaciones Interpersonales Cercanas son aquellas que involucran decirles a otros como nos sentimos, ser comprendidos y el apreciar a otros y a sus necesidades. Hablar sobre uno mismo o de nuestras propias experiencias, simplemente significa que el cliente se involucra en un discurso focalizado en lo que le ocurre o le ha ocurrido.

### Cientes Ejemplares para la CLASE D

Le voy a hacer algunas preguntas sobre la forma en que usted se relaciona con la gente y como son sus relaciones con ellos.

1. ¿Cómo sabe que alguien se preocupa por usted o que es alguien cercano?
2. ¿Cómo cree que alguien sabe que usted se preocupa por ellos o que se siente cercano a ellos?
3. ¿Habla con otros sobre cómo se siente usted o sobre sus experiencias?

4. Piense en una ocasión donde sintió ganas de decirle a alguien cómo se sentía. ¿Qué hizo usted?
  - a. ¿Decidió decirle a la otra persona cómo se sentía?
  - b. ¿Cómo decidió hablar (o no hablar) de lo que sentía?
  - c. ¿Cómo hizo que la otra persona entendiera su experiencia?
5. Dígame de una ocasión donde le dijo a alguien sus experiencias y la discusión salió bien. ¿Qué hizo usted?
  - a. ¿Habló usted de lo que sentía o describió una experiencia personal? Llamemos a esto Situación A.
  - b. ¿Es esto consistente con la forma usual en que le pasan las cosas cuando usted habla de sus experiencias?
  - c. ¿Por qué cree que salió bien?
6. Ahora dígame de una ocasión donde habló con alguien sobre sus experiencias, pero las cosas no salieron bien. Llamemos a esto Situación B.
  - a. ¿Habló usted de cómo se sentía o describió una experiencia personal?
  - b. ¿Esto es consistente con la forma usual en que le pasan las cosas cuando usted habla de sus experiencias?
  - c. ¿Por qué piensa que no fue una buena experiencia para usted?
7. Si ponemos el momento en que las cosas salieron bien en un punto de una escala (Situación A) y ponemos el momento en que las cosas no salieron bien en el otro extremo de la escala (Situación B), ¿dónde cree que está usted típicamente en esta escala, con respecto a hablar sobre sus propias experiencias con otros?

A-----B

8. ¿Está teniendo algún reto o problema justo ahora en esta área?
9. ¿Usted cree que este tema puede aparecer en la terapia entre usted y yo?
  - a. ¿Cómo sería si así sucediera?
  - b. ¿Qué haría si quisiera hablar sobre sus experiencias mientras está en la sesión conmigo?

#### Interrogantes de Asesoría del Terapeuta para la CLASE D

1. ¿Es que el cliente hace evidente su deseo o necesidad de una relación terapéutica cercana?
2. ¿Es que el cliente se auto revela ante el terapeuta durante la sesión de terapia?
3. ¿Es que el cliente reconoce que el terapeuta es un miembro participante en la interacción? (Nota: el cliente no está en terapia para satisfacer las necesidades del terapeuta o para proporcionarle apoyo social. Esta pregunta es para valorar la sensibilidad del cliente para considerar que el terapeuta es otra persona con sentimientos en la relación terapéutica).

4. ¿Es que el cliente hace auto revelaciones con el terapeuta en momentos apropiados de la sesión o dado el desarrollo de la relación terapéutica?
5. ¿Es que el cliente reconoce al terapeuta como persona ante el cual el cliente puede hacerle revelaciones?
6. ¿Es que el cliente se involucra en auto revelaciones u otras conductas interpersonalmente cercanas?
7. ¿es que el cliente falla en auto revelarse en el contexto de la terapia, aun cuando podría ser benéfico para él hacerlo?
8. ¿Es que no resulta claro cuando el cliente hace revelaciones o se involucra en estas acciones con el terapeuta?
9. ¿Es que el cliente hace muchos comentarios auto despreciativos que no son consistentes con la percepción del terapeuta o con las experiencias del cliente?
10. ¿Es que el cliente se involucra en un discurso grandilocuente o exagerado con el terapeuta?
11. ¿Es que el cliente se involucra en hablar de sus propias experiencias con mucha frecuencia, de manera que el resultado es abrumador para el terapeuta?

#### PREGUNTAS DE ASESORÍA PARA LA CLASE E: EXPERIENCIA EMOCIONAL Y SU EXPRESIÓN

Para las preguntas sobre la Experiencia Emocional, el cliente necesita comprender que experiencia emocional significa todo tipo de emociones, no justamente las “negativas” como tristeza, ansiedad, soledad, etc. Estas emociones también incluyen al amor, el orgullo, la alegría, el humor, etc. El cliente debe también entender que las respuestas ante estas emociones pueden ocurrir en “tiempo real” mientras la emoción sucede o que las respuestas y la expresión emocional pueden ocurrir después, al recordar los eventos. Todas ellas son consideradas como respuestas emocionales.

#### Clientes Ejemplares para la CLASE E

Le voy a preguntar sobre su disposición para tener experiencias y expresar emociones cuando las tiene.

1. ¿Tiene usted emociones que le son más fácil de experimentar, que otras?
2. ¿Tiene usted emociones que le son más fáciles de expresar a otras personas, que otras?
3. Piense en una ocasión reciente cuando tuvo una (fuerte) emoción. ¿Qué hizo?
  - a. ¿Cómo supo qué era lo que sentía?
  - b. ¿Cómo lo expresó?
  - c. ¿Le expresó lo que sentía a otros?
4. Dígame de una ocasión donde sintió algo fuertemente y la experiencia fue buena para usted. Llamémosle a esto Situación A.



- a. ¿Le dijo a alguien más lo que sentía?
  - b. ¿Esto fue consistente con la forma en que generalmente le sucede cuando tiene (fuertes) emociones?
  - c. ¿Por qué piensa que salieron bien las cosas?
5. Ahora dígame de una ocasión donde usted tuvo una emoción, pero la experiencia no fue buena. Llamémosle a esta situación B.
- a. ¿Expresó sus sentimientos a alguien más?
  - b. ¿Esto fue consistente con la forma en que generalmente le sucede cuando tiene (fuertes) emociones?
  - c. ¿Por qué piensa que no salieron bien las cosas?
6. Si ponemos el momento en que las cosas salieron bien en un punto de una escala (Situación A) y ponemos el momento en que las cosas no salieron bien en el otro extremo de la escala (Situación B), ¿dónde cree que está usted típicamente en esta escala, con respecto a experimentar emociones o sentimientos?

A-----B

- 7. ¿Está teniendo algún reto o problema para experimentar emociones o sentimientos, justo ahora?
- 8. ¿Piensa usted que este tema puede aparecer en la terapia entre usted y yo?
  - a. ¿Cómo se vería si así sucediera?
  - b. ¿Qué haría si experimentara una fuerte emoción mientras estuviera en sesión conmigo?

#### Interrogantes de Asesoría del Terapeuta para la CLASE E

- 1. ¿El cliente tiene problemas para expresar sus emociones?
- 2. ¿Es capaz el cliente de identificar cuando tiene experiencias emocionales?
- 3. ¿El cliente hace esta discriminación en vivo (durante su experiencia emocional)?
- 4. ¿El cliente capaz de discriminar las diferentes experiencias emocionales que tiene?
- 5. ¿Identifica el cliente al terapeuta como alguien con quien compartir sus emociones?
- 6. ¿Muestra emociones infrecuentemente, en relación a los tópicos de la terapia?
- 7. ¿Evidencia reglas para no experimentar emociones, conforme estas ocurren?
- 8. ¿El cliente escapa o termina una respuesta emocional, luego que ésta inicia?
- 9. ¿El cliente usa estrategias de evitación para no sentir emociones?
- 10. ¿Nombra con precisión sus emociones cuando estas ocurren?
- 11. ¿Comunica sus emociones claramente, facilitando responder a ellas?
- 12. El cliente ¿insinúa sus emociones o las expresa directamente?
- 13. ¿Se involucra excesivamente en una expresión intensa de experiencias emotivas?

# ANEXO

# FIAT - Q

## Cuestionario de Relaciones Interpersonales

Glenn M. Callaghan

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Género: M ( ) F ( )

**Instrucciones:** Este cuestionario le pide que responda a diversas afirmaciones. Usted debe leer cuidadosamente y luego pensar si lo dicho se aplica a Usted o no. Luego, encierre en un círculo el número que mejor describa qué tanto está usted de acuerdo con cada reactivo.

### Clase A: Necesidades (identificación y expresión)

	m m e p u d o ch i c o o o			m p e m o d u c i ch o o o		
	Desacuerdo			Acuerdo		
1. Tengo problemas para satisfacer mis necesidades	1	2	3	4	5	6
2. Mi necesidad se satisface tan pronto lo pido	6	5	4	3	2	1
3. Yo sé cuándo necesito que alguien me ayude	6	5	4	3	2	1
4. Me doy cuenta que necesitaba ayuda después del hecho	1	2	3	4	5	6
5. No sé cómo expresar lo que necesito	1	2	3	4	5	6
6. Sé muy bien qué tipo de ayuda necesito de otros	6	5	4	3	2	1
7. Con trabajo reconozco cuando pedir ayuda a alguien	1	2	3	4	5	6
8. Cuando necesito algo, lo pido luego en seguida	6	5	4	3	2	1
9. Identifico quien me puede ayudar con lo que necesito	6	5	4	3	2	1
10. Si necesito ayuda, la pido a un familiar o a una amistad	6	5	4	3	2	1
11. Pediría a un extraño su opinión sobre lo que me sucede	1	2	3	4	5	6
12. Evito pedir ayuda cuando necesito algo	1	2	3	4	5	6
13. A veces pido ayuda a alguien y luego le digo que ya no	1	2	3	4	5	6
14. Con gusto acepto ayuda de alguien cuando quiere dárme la	6	5	4	3	2	1
15. Si alguien nota que necesito ayuda, niego mi necesidad	1	2	3	4	5	6
16. La gente no me responde cuando le pido ayuda	1	2	3	4	5	6
17. Expreso mis necesidades sutilmente, con insinuaciones	1	2	3	4	5	6
18. Si pido asistencia, la gente entiende mi necesidad	6	5	4	3	2	1
19. En una relación doy todo mi apoyo y este no es recíproco	1	2	3	4	5	6

20. La gente me dice que yo les pido muchas cosas	1	2	3	4	5	6
21. A los demás no les gusta la forma en que les pido cosas	1	2	3	4	5	6

**Clase B: Comunicación bidireccional (impacto y retroalimentación)**

	m m e p u d o ch i c o o o			m p e m o d u c i ch o o o		
	Desacuerdo			Acuerdo		
1. Tengo problemas recibiendo retroalimentación de otros	1	2	3	4	5	6
2. Tengo problemas dando retroalimentación a otros	1	2	3	4	5	6
3. No identifico bien cuando alguien comenta sobre lo que hago	1	2	3	4	5	6
4. Cuando interactúo con alguien, no sé bien cómo lo afecto	1	2	3	4	5	6
5. Sé cuándo impacto negativamente a otros	6	5	4	3	2	1
6. La retroalimentación que recibo de otros es verídica	6	4	2	2	4	6
7. Evalúo quién me retroalimenta antes de cambiar mi conducta	6	5	4	3	2	1
8. Identifico situaciones donde mi comentario sería útil	6	5	4	3	2	1
9. Evito situaciones donde comentan lo que hago	1	2	3	4	5	6
10. Si dudo de mi impacto sobre otro, le pido su opinión	6	5	4	3	2	1
11. Cuando alguien me critica, me vengo abajo	1	2	3	4	5	6
12. Abiertamente observo el impacto que causo sobre otros	1	2	3	4	5	6
13. Fácilmente me hieren o incomodan las críticas	1	2	3	4	5	6
14. Si hablan de mí bien o mal, no se como responder	1	2	3	4	5	6
15. Cambio mi conducta ante lo que otros comentan de mí	6	4	2	2	4	6
16. Los comentarios sobre mí, son problema del otro no mío	1	2	3	4	5	6
17. Si le caigo mal a otro, ignoro su malestar	1	2	3	4	5	6
18. Si no me gusta lo que dicen de mí, hago todo lo contrario	1	2	3	4	5	6
19. Si alguien me critica, discuto con esa persona	1	2	3	4	5	6
20. No digo lo que pienso de ella, si una persona me cae mal	1	2	3	4	5	6
21. Si le digo a alguien que me molesta, no cambia lo que hace	1	2	3	4	5	6
22. Me dicen que mis comentarios sobre otros son excesivos	1	2	3	4	5	6
23. Al dar retroalimentación a otros, soy breve y específico	6	5	4	3	2	1

24. Me dicen que mis comentarios sobre otros son muy críticos	1	2	3	4	5	6
25. Cuando doy retroalimentación, repito mi opinión varias veces	1	2	3	4	5	6

### Clase C: Conflicto

	m m e p u d o ch i c o o o			m p e m o d u c i ch o o o		
	Desacuerdo			Acuerdo		
1. Tengo problemas por conflictos en mis relaciones	1	2	3	4	5	6
2. Me es incómodo estar en desacuerdo con otra persona	1	2	3	4	5	6
3. Estoy pendiente de que surja un conflicto con alguien más	6	5	4	3	2	1
4. Si alguien se enoja conmigo, no entiendo por qué	1	2	3	4	5	6
5. A veces es bueno expresar desacuerdos en las relaciones	6	5	4	3	2	1
6. Entro en conflicto con otros por temas que no les interesan	1	2	3	4	5	6
7. Me dicen que me gusta discutir en momentos inapropiados	1	2	3	4	5	6
8. Entro en conflicto con otros sin considerar quienes son	1	2	3	4	5	6
9. Yo evito los conflictos a toda costa	1	2	3	4	5	6
10. Para evitar conflictos, anticipo lo que otros quieren que haga	1	2	3	4	5	6
11. Rehúyo al enfrentar conflictos, en toda circunstancia	1	2	3	4	5	6
12. Si he tenido problema con alguien, no vuelvo a tocar el tema	1	2	3	4	5	6
13. En conflicto con alguien, pregunto cómo mejorar las cosas	6	4	2	2	4	6
14. Tengo éxito resolviendo mis conflictos con otros	6	5	4	3	2	1
15. En desacuerdo con otro, explico y repito mi argumento	1	2	3	4	5	6
16. En una discusión, procuro no herir sentimientos de otro	6	5	4	3	2	1
17. Enfrento los conflictos directo diciendo claramente que hacer	6	5	4	3	2	1
18. Expreso mi coraje directamente dejando de hablarle al otro	1	2	3	4	5	6
19. Dicen que no me comprometo cuando hay conflicto	1	2	3	4	5	6
20. Si discuto con alguien, la discusión se alarga en el tiempo	1	2	3	4	5	6
21. Si discuto con alguien, me siento más conectado con este	1	2	3	4	5	6
22. Al discutir con otro, cada vez se pone más intenso	1	2	3	4	5	6
23. Deliberadamente molesto al otro cuando estoy discutiendo	1	2	3	4	5	6

## Clase D: Revelaciones y Cercanía Interpersonal

	m m e p u d o ch i c o o o			m p e m o d u c i ch o o o		
	Desacuerdo			Acuerdo		
1. Tengo problemas para acercarme a otros	1	2	3	4	5	6
2. He tenido una o más relaciones cercanas	6	5	4	3	2	1
3. No identifico bien cuando compartir mis experiencias con otro	1	2	3	4	5	6
4. Se cuando es apropiado preguntar a otro por sus experiencias	6	5	4	3	2	1
5. Compartiré información personal con un extraño incidental	1	2	3	4	5	6
6. Hablaré sobre mis experiencias solo con un grupo selecto	1	2	3	4	5	6
7. Cuando me preguntan cómo estoy, elijo no decirles	1	2	3	4	5	6
8. Mantengo secretos lejos de quienes me son cercanos	1	2	3	4	5	6
9. Hablo sobre mí y mis experiencias con otras personas	6	5	4	3	2	1
10. Es mejor no hablar de mí y mis experiencias con nadie	1	2	3	4	5	6
11. Empiezo a hablar de lo que me pasa y luego decido callarme	1	2	3	4	5	6
12. Le he dicho mis problemas a otro y luego me arrepiento	1	2	3	4	5	6
13. Las relaciones cercanas son importantes para mí	6	5	4	3	2	1
14. No quiero compartir cosas sobre mí con otros	1	2	3	4	5	6
15. Pregunto a otros sobre sus sentimientos y experiencias	6	5	4	3	2	1
16. Me cuesta trabajo hacerle conversación a otros	1	2	3	4	5	6
17. Si hablo sobre mis experiencias, la gente me entiende bien	6	5	4	3	2	1
18. Si digo algo sobre mí, luego le quito importancia	1	2	3	4	5	6
19. Exagero mis rasgos positivos y presumo mis habilidades	1	2	3	4	5	6
20. Me dicen que cuando hablo de mí disimulo mis cualidades	1	2	3	4	5	6
21. Me dicen que hablo demasiado sobre mí mismo	1	2	3	4	5	6
22. Me dicen que cuando hablo de mí comparto más de la cuenta	1	2	3	4	5	6
23. Escucho a los otros y les ofrezco mi apoyo	6	5	4	3	2	1
24. Me dicen que en mis relaciones pido mucho apoyo y doy poco	1	2	3	4	5	6

## Clase E: Experiencia y expresión emocional

	m m e p u d o ch i c o o o			m p e m o d u c i ch o o o		
	Desacuerdo			Acuerdo		
1. He tenido problemas con mis emociones	1	2	3	4	5	6
2. Me cuesta trabajo identificar lo que siento	1	2	3	4	5	6
3. Reconozco mis sentimientos y emociones cuando suceden	6	5	4	3	2	1
4. No noto mis emociones, luego analizo y me doy cuenta	1	2	3	4	5	6
5. Puedo reconocer en qué se diferencia una emoción de otra	6	5	4	3	2	1
6. Mi respuesta emocional es congruente a las circunstancias	6	5	4	3	2	1
7. Expreso mis emociones en momentos y lugares apropiados	6	5	4	3	2	1
8. Puedo hablar de mis sentimientos en cualquier ocasión	1	2	3	4	5	6
9. Intencionalmente escondo mis sentimientos	1	2	3	4	5	6
10. Trato de no sentir ciertas emociones	1	2	3	4	5	6
11. Evito situaciones que me pueden producir fuertes emociones	1	2	3	4	5	6
12. Me permito sentir todas las emociones, aún las fuertes	6	5	4	3	2	1
13. Las emociones feas, trato de no sentirlas	1	2	3	4	5	6
14. Puedo nombrar lo que estoy sintiendo	6	5	4	3	2	1
15. Digo que siento una cosa, cuando siento lo contrario	1	2	3	4	5	6
16. Me dicen que mi expresión emocional es fría	1	2	3	4	5	6
17. Al decir lo que siento, uso las mismas palabras siempre	1	2	3	4	5	6
18. Me dicen que exprese mis emociones más abiertamente	1	2	3	4	5	6
19. Si comparto mis emociones, otros no reaccionan como espero	1	2	3	4	5	6
20. Comunico claramente mi emoción, para que no quede duda	6	5	4	3	2	1
21. Hablo de mis emociones demasiado	1	2	3	4	5	6
22. Expreso mis emociones abierta e intensamente	1	2	3	4	5	6
23. A los demás no les gusta que hable de mis emociones	1	2	3	4	5	6
24. Irrita a los demás mi forma de expresar emociones	1	2	3	4	5	6

## ASESORIA FUNCIONAL DE HABILIDADES PARA TERAPEUTAS INTERPERSONALES: EL SISTEMA FASIT

Glenn M. Callaghan

The Behavior Analyst Today (2006) Vol.7, No.3, 399-433

Existen diversas terapias conductuales contemporáneas que exponen la importancia de la relación terapéutica incluyendo la Psicoterapia Funcional Analítica (FAP), la Terapia Dialéctica Conductual (DBT) y la terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Cada una de estas terapias ha descrito la importancia de enfocarse en los procesos de los que ocurre en la sesión entre el cliente y el terapeuta, en un esfuerzo por cambiar el comportamiento del cliente. Este aspecto interpersonal es compartido no solo por las terapias conductuales, sino por numerosas intervenciones paradigmáticamente dirigidas. La Psicoterapia Funcional Analítica sostiene que el mecanismo del cambio clínico está en la respuesta contingente del terapeuta ante las conductas problema y las mejorías del cliente dentro de la sesión. Esto sugiere que los terapeutas que conducen este tipo de psicoterapias interpersonalmente orientadas poseen un conjunto correspondiente de habilidades interpersonales para ser efectivos. El manual de Supervisión Funcional de Habilidades para Terapeutas Interpersonales (FASIT) presenta una aproximación a la asesoría y clasificación de problemas de repertorio conductual que pueden prevenir el otorgamiento efectivo de psicoterapias orientadas interpersonalmente como es la FAP. El manual empieza con una discusión de su propósito, la selección de conductas objetivo del terapeuta para su mejoría, preguntas para la auto asesoría del terapeuta, preguntas usadas por el supervisor para asesorar al terapeuta y una discusión de recursos basados ideográficamente, que pueden desarrollarse usando el sistema FASIT. El grueso del manual FASIT presenta definiciones y ejemplos de problemas particulares del terapeuta en cinco dominios o clases de funcionamiento interpersonal. Estas clases incluyen: Reconocimiento de necesidades, comunicación bidireccional (proporcionando y recibiendo retroalimentación), problemas con la solución de conflictos, habilidades para hacer revelaciones relacionadas con el desarrollo de relaciones interpersonales cercanas y dificultades con la experimentación y expresión de emociones. Hay un énfasis repetido a lo largo del manual sobre el propósito de identificar y tomar como objetivo las habilidades del terapeuta para el cambio. Se resalta para el lector que las habilidades del terapeuta que impactan directamente su habilidad para conducir psicoterapias orientadas interpersonalmente, pueden razonablemente consideradas como objetivos de cambio por un supervisor. El manual FASIT proporciona una aproximación conductual básica para asesorar estas respuestas del terapeuta con objeto de asistirle con la identificación, documentación y reducción de tales problemas en el contexto de la supervisión y el entrenamiento. El desarrollo de habilidades terapéuticas mas efectivas en la psicoterapia orientada interpersonalmente debe continuar en ser

dirigido por su impacto directo para aliviar el malestar del cliente con estas intervenciones clínicas.

Existen diversas habilidades esenciales para que los terapeutas puedan ser efectivos en la FAP y otras psicoterapias basadas interpersonalmente. Estas habilidades incluyen el discriminar el impacto tanto de las conductas del cliente sobre ellos, como su impacto en el cliente. El responder efectivamente ante los clientes se mantiene como un imperativo, incluyendo el hacer solicitudes para diferentes conductas del cliente y revelar el impacto que el cliente tiene sobre el terapeuta en el momento. Otra habilidad fundamental requerida en los terapeutas que conducen FAP y otras terapias conductuales contemporáneas, es la habilidad del terapeuta para identificar, experimentar y luego responder ante su propia experiencia emocional. Los terapeutas en entrenamiento pueden mostrar dificultades en cualquiera de estas áreas. Todas estas habilidades se abordan en el manual FASIT.

El manual FASIT especifica clases de conductas problema del terapeuta vistas en intervenciones enfocadas interpersonalmente. Estas descripciones se basan en la función de los comportamientos conforme afectan la habilidad del terapeuta para conducir FAP y otras intervenciones interpersonales. Algunas de estas conductas están enfocadas experiencial o intrapersonalmente, sin embargo, el impacto de tales conductas últimamente reside en un contexto interpersonal.

### Requerimientos Mínimos

El uso de este manual asume que el terapeuta tiene experiencia con los principios de la FAP. Los usuarios también se espera que tengan comprensión del análisis conductual, particularmente de clases de respuestas funcionales. Brevemente, una *clase de respuestas* es un grupo de conductas operantes que tienen un efecto particular independientemente de la forma que la respuesta pueda tener (es decir, sus propiedades topográficas). La diferencia entre forma o topografía versus su función, requiere que terapeutas y supervisores diferencien el efecto o impacto que la conducta del terapeuta está teniendo, en lugar de simplemente mirar lo que hace el terapeuta en el momento.

Las clases funcionales se entienden ideográficamente y se basan en el análisis de las conductas particulares del terapeuta, ya sean problemáticas o efectivas. Las clases de respuestas en este manual están agrupadas en cinco categorías principales. Las clases descritas abajo resultan no ortogonales. Cada una de estas clases puede sobreponerse con otros déficits o problemas conductuales que exhiba el terapeuta. Si el terapeuta muestra problemas en una clase, no deberá asumirse que el terapeuta no mostrará problemas en alguna otra clase.



## REPASO DE LAS CLASES DE RESPUESTAS EN ESTE MANUAL

### CLASE A: Esclarecer necesidades

#### Señales Contextuales/Funciones Discriminativas de Estímulo

##### Problemas de Identificación o Especificación

*Incapaz de identificar o especificar necesidades del supervisor*

*Incapaz de especificar lo que el cliente necesita (ser puntual, hacer tareas, evocar C2s y C3s)*

*Incapaz de identificar que se puede solicitar para satisfacer necesidades del terapeuta por el cliente o el supervisor*

##### Problemas con un Control Contextual Apropiado

*Problemas con infra-generalizar rasgos de las relaciones*

*Problemas con sobre-generalizar rasgos de las relaciones*

#### Repertorio de Respuestas

##### Repertorio de Escape o Evitación

*Escape*

*Evitación*

##### Reconocimiento de Necesidades Inefectivo o no Claro

*Solicitud confusa*

Rechazar que está presente una necesidad (tacto distorsionado)

Solicitudes o demandas excesivas de necesidades para satisfacer

Estilo de Respuesta Aversiva

### CLASE B: Comunicación Bidireccional

#### Señales Contextuales/Funciones Discriminativas de Estímulo

##### Problemas de Identificación o Especificación

*Identificar o describir el impacto en otros, bajo una relación interpersonal*

*Identificar que se da retroalimentación por otra persona sobre el impacto del terapeuta en otros*

*Discriminar cuando la retroalimentación de otros es exacta*

*Identificar oportunidades para proporcionarle retroalimentación a otros*  
*Identificar que la retroalimentación dada a otros es exacta*

Problemas con un Control Contextual Apropriado

*Identificar situaciones donde resulta útil recibir retroalimentación*  
*Identificar situaciones donde resulta útil proporcionar retroalimentación*

Repertorio de Respuestas

Recibiendo retroalimentación/observando el impacto

Falta de respuesta ante al impacto observado o la retroalimentación de otros

*Repertorio no modificado*  
*Falla en reconocer que se ha dado retroalimentación*

Insensibilidad a la Retroalimentación

*Rechazo de la retroalimentación de otros*

Repertorio de Escape o Evitación

*Escape: Hipersensibilidad al impacto observado en otros y de la retroalimentación de otros*  
*Evitación: Falla en solicitar retroalimentación de otros*

Proporcionando Retroalimentación a Otros

*Falla en proporcionar retroalimentación*  
*Retroalimentación no clara/inefectiva sobre elaborada*  
*Retroalimentación negativista*  
*Retroalimentación abiertamente detallada a otros*  
*Perseveración de la retroalimentación*

CLASE C: Conflicto

Señales Contextuales/Funciones Discriminativas de Estímulo

Problemas de Identificación o Especificación

Problemas con un Control Contextual Apropriado

Repertorio de Respuestas

Repertorio de Escape o Evitación

*Consentimiento excesivo*  
*Retraimiento social*  
*Respuestas conciliatorias excesivas*

Intentos por resolver conflictos indirectos/inefectivos

Indisposición para comprometerse en un conflicto

Facilitación del Conflicto o Repertorio de Escalamiento

#### CLASE D: Revelaciones y Cercanía Interpersonal

##### Señales Contextuales/Funciones Discriminativas de Estímulo

Problemas de Identificación o especificación

*Identificar que la supervisión o el cliente tienen rasgos de relación cercana*

*Identificar que la supervisión es el lugar para solicitar apoyo*

*Identificar que la terapia no es lugar para buscar apoyo*

Problemas con un Control Contextual Apropriado

Exceso de revelaciones

Escasez de revelaciones

##### Repertorio de Respuestas

Repertorio de Escape o Evitación: Búsqueda infrecuente de interacción cercana

*Bajo deseo de cercanía*

Auto revelaciones a otros no claras

Auto revelaciones no claras

Auto revelaciones no exactas

Auto revelaciones excesivas

El terapeuta busca apoyo del cliente/dependencia forzada

Falla en solicitar revelaciones de otros

Problemas con repertorio pro social general

Falla en responder a las revelaciones o solicitudes de otros y/o dar apoyo social recíproco

## CLASE E: Experimentación y Expresión Emocional

### Señales Contextuales/Funciones Discriminativas de Estímulo

Problemas de Identificación o Especificación

Problemas con un Control Contextual Apropriado

### Repertorio de Respuestas

Repertorio de Escape o Evitación (experiencia infrecuente)

*Escape*

*Evitación*

Identificación inexacta de experiencia emocional

Descripción inefectiva o no clara de experiencia emocional

Excesiva expresión afectiva

---

## PREGUNTAS DE ASESORIA PARA LA CLASE A

Para las preguntas sobre el reconocimiento de necesidades de otros, “necesidad” se define como cualquier cosa que el terapeuta desee. Las necesidades relacionadas con otros pueden incluir solicitud de cercanía interpersonal, apoyo o necesidades pragmáticas o logísticas. Estas necesidades pueden o no parecer razonables a otros.

### Preguntas de Auto Asesoría del Terapeuta para la Clase A

1. ¿Siente que otras personas están dispuestas a satisfacer sus necesidades?
2. ¿Satisface sus necesidades cuando las tiene o las satisface después?
3. ¿Qué tipo de necesidades tiene de otras personas?
4. ¿Es capaz de solicitarle a otros que satisfagan sus necesidades?
5. ¿Qué tipo de solicitudes hace usted?
6. ¿Es capaz de reconocer cuando necesita algo de alguien más?
7. ¿Puede identificar momentos o situaciones cuando es mejor pedir lo que necesita?

8. ¿Puede identificar gente que es más probable que satisfaga sus necesidades?
9. ¿Es que frecuentemente pide algo y luego dice que mejor no? (escape)
10. ¿Con frecuencia decide no pedir algo a alguien, aun cuando fuera razonable solicitarlo? (evitación)
11. ¿Puede expresar estas necesidades directamente a otros o mejor las esconde? (respuesta inefectiva)
12. ¿Les queda claro a otros lo que usted necesita cuando pide algo? (respuesta inefectiva)
13. ¿Es que pide algo diciendo u observando algo, en lugar de solicitarlo directamente? (repertorio inefectivo)
14. ¿Es que alguien le ha dicho que usted solicita mucho o lo hace muy frecuentemente? (respuesta excesiva)
15. ¿Alguien le ha dicho que la forma en que pide algo hace difícil que lo complazcan? (respuesta aversiva)

#### Preguntas de Asesoría para el Supervisor para la Clase A

1. ¿Es que el terapeuta tiene problemas para satisfacer sus necesidades?
2. ¿Hay veces que el terapeuta tiene problemas para satisfacer sus necesidades en la sesión o por el supervisor?
3. ¿Puede el terapeuta discriminar cuando tiene necesidades y cuales son conforme ocurren en la sesión con el cliente o el supervisor?
4. ¿Es capaz el terapeuta de hacer solicitudes al supervisor o al cliente?
5. ¿Qué tipo de solicitudes hace el terapeuta?
6. ¿Puede el terapeuta discriminar que el escenario de supervisión es un lugar apropiado para hacer una solicitud?
7. ¿Son las solicitudes del terapeuta apropiadas para el supervisor o el cliente?
8. ¿Es que el terapeuta empieza a pedir algo del supervisor o del cliente y luego se arrepiente al notar cierto nivel de incomodidad? (escape)
9. ¿Es que el terapeuta falla en hacer peticiones aun cuando estas fueran razonables? (evitación)
10. ¿Es capaz el terapeuta de hacer solicitudes al supervisor o al cliente o lo hace indirectamente, dificultando darse cuenta qué es lo que solicita? (respuesta inefectiva)
11. ¿Es que el terapeuta pide algo diciendo algo o haciendo una observación, en lugar de hacerlo directamente? (repertorio indirecto)
12. ¿Es que el terapeuta hace un número excesivo de solicitudes al supervisor o al cliente en la sesión? (respuesta excesiva)
13. ¿Es que el terapeuta pide de tal manera que su solicitud es experimentada por el supervisor o el cliente aversivamente? (respuesta aversiva)

## PREGUNTAS DE ASESORIA PARA LA CLASE B

La definición de la comunicación bidireccional es importante para las preguntas de asesoría. Para estas cuestiones, el supervisor debe informar al terapeuta que *impacto* simplemente se refiere a la forma en que afectamos a otros cuando interactuamos con ellos. El supervisor puede emplear ejemplos para ilustrar tipos de impacto (ejem., “Un comediante tiene un impacto humorístico sobre su audiencia”; etc.).

Con respecto al término *retroalimentación*, el supervisor le dice al terapeuta que las preguntas pertenecen a diferentes tipos de retroalimentación o información que obtenemos de otras personas acerca de nuestra interacción. Esta retroalimentación puede ser sutil o hablada más directamente, pero incluye todo tipo de input de otros. El terapeuta debe estar claro que retroalimentación no es justo esa información proporcionada en evaluaciones más formales (ejem., en un ambiente laboral). Estas son las “señales” que cada uno recibe de otros durante nuestra interacción.

### Preguntas de Auto Asesoría del Terapeuta para la Clase B

1. ¿Es usted capaz de notar el impacto que usted tiene sobre otros, esto es, cómo otros lo perciben o sienten a usted cuando usted esta interactuando? (discriminación)
2. ¿Cómo describiría ese impacto? (discriminación)
3. ¿Es que usted a veces dice cosas que pueden interpretarse ofensivamente para otros? (discriminación)
4. ¿Se da cuenta o nota cuando otros le dan retroalimentación de lo que usted hace? (discriminación)
5. ¿Siente que usted cambia lo que hace de una manera consistente con la retroalimentación que le han dado? (discriminación)
6. ¿Hay veces o situaciones donde necesita estar más consciente de su impacto sobre otros? (control contextual)
7. ¿Hay veces o situaciones donde sería mejor para usted responder a la retroalimentación que le proporcionan? (control contextual)
8. ¿Es usted capaz de responder cuando la gente le da retroalimentación? (repertorio general)
9. ¿Cuándo otros le dan retroalimentación, hay veces que usted no sabe cómo responder a ello? (falta de respuesta)
10. ¿Ha tenido problemas para cambiar lo que está haciendo cuando nota o le dicen que usted no está teniendo el impacto que quisiera tener? (falta de respuesta)
11. ¿Frecuentemente ignora o decide no responder a la retroalimentación que otros le dan? (respuesta insensible)

12. ¿Cuándo se da cuenta de que su impacto es menos efectivo o le han dado retroalimentación sobre esto, continúa haciendo lo mismo, quizá en un esfuerzo para que lo entiendan mejor? (insensibilidad: respuesta aumentada)
13. ¿Ha peleado con alguien que le da retroalimentación que le cuesta trabajo aceptar? (supervisión: clase c)
14. ¿Es usted muy sensible de la forma en que afecta a otros? (respuesta hipersensible)
15. ¿Son estas situaciones, cuando es usted muy sensible a la retroalimentación que le han dado? (respuesta hipersensible)

#### Preguntas de Asesoría para el Supervisor para la Clase B

1. ¿Es que el terapeuta tiene problemas para identificar que tiene un impacto interpersonal sobre el supervisor o el cliente?
2. ¿Es el terapeuta capaz de reconocer cuando le han dado retroalimentación por el supervisor o por el cliente?
3. ¿Puede el terapeuta discriminar cuando afecta al supervisor o al cliente durante la sesión?
4. ¿El terapeuta valora la retroalimentación del supervisor o del cliente?
5. ¿Es que la importancia que el terapeuta le da al supervisor o al cliente consistente con la naturaleza o el desarrollo de la relación que tiene con ellos?
6. ¿Es que el terapeuta responde al supervisor o al cliente cuando le dan retroalimentación sobre su comportamiento?
7. ¿Es que el terapeuta evidencia falta de repertorio de respuesta para efectivamente responder ante el supervisor o el cliente cuando le dan retroalimentación?
8. ¿Es que el terapeuta ajusta su comportamiento consistentemente con lo que el supervisor o el cliente le han dado como retroalimentación?
9. ¿Es que el terapeuta diferencialmente rechaza la retroalimentación que es crítica, pero acepta la que es positiva?
10. ¿Es que el terapeuta continúa o aumenta su respuesta, aun cuando le han dado retroalimentación directa sobre lo que está haciendo?
11. ¿Es que el terapeuta se torna antagonista cuando le dan retroalimentación?
12. ¿Es el terapeuta abiertamente sensible con respecto a su impacto sobre el supervisor o sobre el cliente?
13. ¿Es el terapeuta abiertamente sensible cuando le dan retroalimentación por parte del supervisor o el cliente?

## PREGUNTAS DE ASESORIA PARA LA CLASE C

Para las preguntas sobre el Conflicto, el terapeuta debe estar informado que todas las relaciones incluyen conflictos y que esta es una parte normal de la interacción humana. El supervisor tiene que distinguir entre conflicto y violencia (física) con el terapeuta y no normalizar la violencia. Escapar y evitar la violencia es muy importante y escapar o evitar el conflicto a veces es exitoso. Aquí, el supervisor intenta entender cómo se involucra el terapeuta en conflictos interpersonales cuando estos surgen en las relaciones.

### Preguntas de Auto Asesoría del Terapeuta para la Clase C

1. ¿Es normal que el conflicto ocurra entre usted y otras personas en sus relaciones?
2. ¿Está usted consciente cuando surge el conflicto entre usted y otra persona?
3. ¿Hay ciertas ocasiones en que es mejor involucrarse en el conflicto? (contexto)
4. ¿Existen ciertos individuos con quienes es más aceptable conflictuarse que con otros? (contexto)
5. ¿Intenta usted detener el conflicto en el que está, aun cuando éste no se resuelva o usted no ha expresado su opinión? (escape)
6. ¿Le da por su lado a otros si hay conflicto, aceptando sus opiniones, aun cuando usted no esté de acuerdo? (escape)
7. ¿Tiende usted a retraerse si empieza el conflicto o puede iniciar entre usted y alguien más? (escape/evitación)
8. ¿Es que usted tiende a evitar el conflicto a casi cualquier costo? (evitación)
9. ¿Trata usted de ser “pacífico” o reducir la probabilidad de cualquier conflicto entre usted y otros, quizá asegurándose que la otra persona esté contenta? (evitación/exceso conciliatorio)
10. ¿Cuándo trata de resolver un conflicto, son sus intentos exitosos? (inefectivo)
11. ¿Los otros son claros sobre lo que usted está haciendo, cuando usted intenta reducir el conflicto? (indirecto)
12. ¿Encuentra (o le han dicho) que usted tiende a no involucrarse en el conflicto con otros, aun cuando la otra persona pueda tener razón? (indispuesto a comprometerse)
13. ¿Cuándo tiene un conflicto con alguien, encuentra que usted continúa peleando o que el pleito se pone peor? (escalamiento)
14. ¿Cuándo usted está teniendo un conflicto con otros, deliberadamente intenta aumentar el nivel o intensidad de este? (escalamiento)
15. ¿Se siente más conectado o próximo con alguien durante un conflicto intenso? (escalamiento)



### Preguntas de Asesoría para el Supervisor para la Clase C

1. ¿Es que el terapeuta se involucra en todo tipo de interacciones conflictivas con el supervisor o el cliente en la sesión?
2. ¿Es consciente el terapeuta que ocurre un conflicto cuando sucede con el supervisor o con el cliente durante la sesión?
3. ¿Es que el terapeuta reconoce que puede ocurrir conflicto entre él y el supervisor o el cliente? (contexto)
4. ¿Es que el terapeuta intenta detener el conflicto una vez que empieza con el supervisor o con el cliente dentro de la sesión? (evitación)
5. ¿Es que el terapeuta consciente al supervisor o al cliente, sin dar a conocer sus necesidades u opinión? (escape)
6. ¿Es que el terapeuta se retrae si ocurre o puede ocurrir conflicto con el supervisor o el cliente? (escape/evitación)
7. ¿Es que el terapeuta parece conciliar, escapar o evitar del conflicto, apaciguando al supervisor o al cliente innecesariamente (evitación)
8. ¿Cuándo el terapeuta intenta resolver el conflicto con el supervisor o el cliente, son claras sus estrategias de solución? (indirecto)
9. ¿Está dispuesto el terapeuta a comprometerse con el conflicto?
10. ¿Es que el terapeuta se involucra en estrategias de solución de conflictos que inadvertidamente facilitan o escalan el conflicto?
11. ¿Es que el terapeuta deliberadamente intenta escalar el conflicto?

### PREGUNTAS DE ASESORIA PARA LA CLASE D

Para las preguntas sobre Revelaciones y Cercanía Interpersonal, el terapeuta debe estar informado que esto significa sentirse “conectado con”, “próximo a” o tener “buena amistad con” otra persona. Las relaciones interpersonales cercanas no se caracterizan por la condescendencia u otras relaciones más superficiales que son una parte normal de nuestro trabajo y vida social. Las relaciones Interpersonales cercanas son aquellas que involucran el decirles a otros como nos sentimos, el ser comprendido, así como el apreciar a otros y sus necesidades. Hablar sobre uno mismo o de nuestras experiencias simplemente significa que el terapeuta se involucra en platicar sobre lo que sucede con él conforme suceden los hechos. Buscar apoyo se refiere a hacer solicitudes a otros para lograr nuestro confort, comprensión o solución de problemas.

### Preguntas de Auto Asesoría del Terapeuta para la Clase D

1. ¿Ha tenido un mejor amigo o alguien con quien haya sido cercano?
2. ¿Actualmente tiene alguna relación cercana, alguien que sea su amistad, con quien puede hablar sobre cómo le va?

3. ¿Usted valora o cree que una relación cercana es importante para usted?
4. ¿Hay veces que siente que es importante compartir cosas sobre usted con otros?
5. ¿Hay veces que es usted más sensible a lo que alguien dice de cómo le va?
6. ¿Alguna vez le han dicho que usted habla demasiado sobre sí mismo?
7. ¿No está seguro de a quién expresarle lo que usted siente o a quien pedirle apoyo?
8. ¿Es que sus amigos le preguntan cómo le va y usted decide no decirles nada?
9. ¿Le ha pasado que empieza a hablar de usted o pide apoyo y luego se arrepiente?
10. ¿Piensa que es mejor no hablar de usted para nada? (evitación)
11. ¿Piensa que es mejor para usted no pedirle apoyo a nadie, aun cuando esto podría serle útil? (evitación)
12. ¿Se impone usted reglas para ver cuando está bien hablar de sus sentimientos o pedirles ayuda a otros? (escape/evitación)
13. ¿Cuándo usted habla de cómo le va, comparte sus experiencias o pide apoyo a otros, los otros entienden lo que le sucede, consiguen lo que necesita o quiere?
14. ¿Le han dicho que la manera que usted tiene de hablar sobre sí mismo muestra que usted no se da suficiente crédito?
15. ¿Le han dicho que cuando habla usted de sí mismo exagera sus cualidades?
16. ¿Le han dicho que usted habla de sí mismo demasiado?
17. ¿Le han dicho que pide demasiado ayuda de otros y que no puede complacerlo siempre como usted quisiera?
18. ¿Escucha usted a otros y les ofrece apoyo cual lo buscan en usted?
19. ¿Le han dicho alguna vez que usted pide más de lo que ofrece en una relación?

#### Preguntas de Asesoría para el Supervisor para la Clase D

1. ¿Es que el terapeuta evidencia su deseo o necesidad de una relación cercana con el supervisor?
2. ¿Es que el terapeuta se auto revela o busca apoyo del supervisor en la supervisión?
3. ¿El terapeuta busca apoyo del cliente durante la sesión de terapia?
4. ¿Reconoce el terapeuta que el supervisor o el cliente son miembros participantes de la interacción?
5. ¿Es que el terapeuta se auto revela con el supervisor o el cliente en momentos apropiados en las sesiones?
6. ¿Reconoce el terapeuta al supervisor como persona con quien puede auto revelarse o solicitar apoyo?
7. ¿Es que el terapeuta se involucra en auto revelaciones u otras conductas interpersonales cercanas y luego deja de hacerlo bruscamente? (escape)
8. ¿Es que el terapeuta falla en auto revelarse o buscar apoyo en el contexto de la supervisión aún cuando pudiera serle benéfico hacerlo? (evitación)
9. ¿Es confuso cuando el terapeuta se auto revela o busca apoyo en el supervisor?

10. ¿Se involucra el terapeuta en un alto número de comentarios auto despreciables que no son consistentes con la percepción o la experiencia del supervisor?
11. ¿Es que el terapeuta se involucra en un discurso grandilocuente o exagerado con el supervisor o el cliente?
12. ¿Es que el terapeuta se involucra en hablar sobre sus experiencias con mucha frecuencia y abruma al supervisor o al cliente?

#### PREGUNTAS DE ASESORIA PARA LA CLASE E

Para las preguntas sobre Experiencia Emocional y su Expresión, el terapeuta necesita comprender que experiencia emocional significa todo tipo de emociones, no justamente los sentimientos “negativos” como la tristeza, la ansiedad, la soledad, etc. Estos sentimientos también incluyen al amor, el orgullo, la alegría, el humor, etc. El terapeuta también debe entender que las respuestas a estos sentimientos pueden ocurrir en “tiempo real” mientras ocurre la emoción o las respuestas y la expresión afectiva puede ocurrir después, al recordar los eventos. Todo esto se comprende como respuestas emocionales.

#### Preguntas de Auto Asesoría del Terapeuta para la Clase E

1. ¿Nota usted cuando está teniendo una experiencia emocional? (discriminación)
2. ¿Se da cuenta que ha tenido un sentimiento luego que este ocurre, pero no se da cuenta de él mientras está sucediendo? (discriminación)
3. ¿Puede distinguir entre diferentes tipos de experiencias emocionales? (discriminación)
4. ¿Identifica situaciones cuando resulta apropiado expresar sus emociones conforme le suceden? (contexto)
5. ¿Siente que hay momentos cuando usted decide no mostrar la experiencia emocional que está teniendo? (contexto)
6. ¿Alguien le ha hecho saber que siente que usted debería ser más expresivo sobre sus sentimientos? (escape o evitación/respuesta infrecuente)
7. ¿Tiene usted reglas propias sobre emociones que no quiere tener o expresar? (escape/evitación)
8. ¿Es que frecuentemente tiene (fuerte) experiencia emocional y luego se involucra en actividades para librarse de la emoción una vez que esta empieza? (escape)
9. ¿Es que frecuentemente hace cosas que evitan que tenga cualquier emoción? (evitación) (¿qué cosas?)
10. ¿Cuándo le dice a alguien como se siente, este responde congruentemente? (respuesta inexacta o respuesta inefectiva)
11. ¿Es usted capaz de nombrar con exactitud sus emociones conforme las experimenta, de manera que otros entienden lo que está sintiendo? (respuesta inexacta)

12. ¿Es usted capaz de comunicar sus experiencias emocionales claramente de manera que otros entiendan lo que usted siente? (respuesta inefectiva)
13. ¿Esconde usted lo que siente cuando experimenta una emoción? (respuesta inefectiva)
14. ¿Le ha dicho alguien que está abrumado por la manera en que usted expresa sus sentimientos? (respuesta excesiva)

#### Preguntas de Asesoría para el Supervisor para la Clase E

1. ¿Es que el terapeuta tiene problemas expresando sus emociones?
2. ¿Es capaz el terapeuta de identificar cuando tiene experiencias emocionales?
3. ¿Es que el terapeuta hace esta discriminación en vivo (durante la experiencia emocional)?
4. ¿Es capaz el terapeuta de discriminar entre diferentes experiencias emocionales que tiene?
5. ¿Es que el terapeuta identifica al supervisor o al cliente como alguien con quien puede compartir sus emociones? (contexto)
6. ¿Es que el terapeuta muestra emociones infrecuentemente en relación a los tópicos de la terapia, el entrenamiento o la supervisión?
7. ¿Es que el terapeuta evidencia reglas para no experimentar emociones cuando estas le ocurren?
8. ¿Es que el terapeuta escapa o termina una respuesta emocional luego que esta ha iniciado?
9. ¿Es que el terapeuta se involucra en estrategias de evitación para prevenir el encendido de una respuesta emocional?
10. ¿Es que el terapeuta nombra con exactitud sus experiencias emocionales conforme le ocurren?
11. ¿Es que el terapeuta comunica sus experiencias emocionales de manera que es claro y relativamente sencillo responder a ellas?
12. ¿Es que el terapeuta oculta sus sentimientos o los expresa directamente?
13. ¿Es que el terapeuta se involucra en expresar excesiva o abierta e intensamente sus experiencias emocionales?

## REPASO DE LAS CLASES DE RESPUESTAS EN LOS SISTEMAS FIAT Y FASIT

CLASE A: Esclarecer necesidades (incluido el apoyo social)

CLASE B: Comunicación bidireccional

CLASE C: Conflictos

CLASE D: Revelaciones y cercanía Interpersonal (tener confianza y buscar intimidad)

CLASE E: Experiencia Emocional y su Expresión

