



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional
Programa de profundización en: Psicología Clínica

Nombre del trabajo:

Dependencia emocional y duelo por ruptura
sentimental

Tipo de Investigación: Reporte de práctica de servicio

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

Enrique Jesús García García

Director: Dr. David Javier Enríquez Negrete

Vocal: Lic. Blanca Delia Arias García



Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México.
26 de Noviembre del 2019.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM - Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en este manuscrito está protegido por la Ley Federal de Derechos de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos. El uso de imágenes, fragmentos de texto o video, y demás material que es objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá ser citada la fuente donde se obtuvo esta información mencionando el o los autores.

Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación del texto original, será perseguido y sancionado con el respaldo de la (LDFA) por el respectivo titular de los derechos de autor.

A G R A D E C I M I E N T O S

A mi mentor, director de manuscrito y amigo **Dr. David Javier Enríquez Negrete**, quien con tanta paciencia y buena voluntad dirigió paso por paso mi rumbo, primero de la práctica supervisada, y posteriormente en la conformación de este modesto manuscrito, que en definitiva no hubiera sido posible concluir sin su valioso apoyo.

Mil Gracias Dr. David.

Agradezco también a mis tutores de la licenciatura, algunos de ellos fuente viva de inspiración, a quienes debo mi respeto y reconocimiento como verdaderos educadores. Hoy al final del camino, entiendo que su disposición y ejemplo contribuyeron a originar en mí, paciencia, voluntad, templanza y anhelos suficientes para concluir el viaje.

Por último y con gran emoción, agradezco infinitamente a mi querida escuela **UNAM** en la que honradamente obtuve una formación cargada de valores imperecederos, competencias indispensables y experiencias inolvidables, estímulos esenciales que implican a cumplir celosamente con los deberes profesionales.

*Cómo no amarte querida escuela si eres la madre de quien he bebido
la leche del conocimiento.*

Enrique J. García G.

Índice

2.- Resumen	4
Abstract.....	4
3.- Introducción	5
4.- Marco Teórico.....	6
5.- Justificación	11
6.- Informe de práctica	12
Identificación del usuario.....	12
Análisis del motivo de consulta	13
Historia del problema	15
Análisis y descripción de las conductas problema.....	16
Conductas objetivo seleccionadas	16
Operacionalización de las conductas seleccionadas.....	17
Inicio de la línea base de auto-registros.....	17
Establecimiento de las metas de tratamiento	18
Estudio de los objetivos terapéuticos	19
Selección del tratamiento más adecuado.....	20
Modelo Secuencial Integrativo	21
Análisis Funcional de la Conducta	24
Esquema de Tratamiento.....	25
Selección y aplicación de las técnicas de tratamiento	31
Resultados.....	31
Aplicación del tratamiento	40
Forma de aplicación de las técnicas	41
Dificultades durante la intervención.....	41
Evaluación de la eficacia y/o efectividad del tratamiento	41
Metas terapéuticas alcanzadas y no alcanzadas.....	43
Cronograma de trabajo	43
Seguimiento.....	44
Observaciones.....	44
7.- Conclusiones	45
8.- Bibliografía.....	46
9.- Apéndice.....	49

Resumen

El presente reporte es un estudio de caso de un usuario con **dependencia emocional**, surgida a partir de la historia de reforzamiento y socialización según las prácticas de crianza con las que fue educado y la influencia de los roles parentales, sujeto que entrado en la edad adulta enfrenta **duelo por ruptura sentimental**, estudio de caso único (n=1) desarrollado en dos fases: 1) Evaluación y 2) Tratamiento, con duración de seis semanas cada una. En la fase 1 se estableció el motivo de consulta y se operacionalizaron conductas, a posteriori se diseñó el auto registro, se efectuó la evaluación a través de la entrevista conductual y se estableció la línea base. En la fase 2 se llevó a cabo el Análisis Funcional, producto del Modelo Secuencial Integrativo, se estableció el protocolo de tratamiento que constó de siete técnicas conductuales aplicadas durante las seis semanas de la fase 2. Los resultados muestran una creciente mejoría con base en la disminución de la incidencia de las conductas objetivo, así como una buena adherencia al tratamiento. Se concluye que si bien las técnicas del esquema de tratamiento no consiguieron extinguir por completo los componentes del motivo de consulta, si lograron mermar las conductas objetivo y modificar las contingencias que mantenían el problema, que para fines prácticos se traduce en el aumento significativo de bienestar y tranquilidad para el paciente.

Indicadores: Dependencia emocional; Duelo. Ruptura sentimental; Conductas desadaptativas; Intervención psicológica.

Abstract

This report is a case study of a user with emotional dependence, arising from the history of reinforcement and socialization according to the parenting practices with which he was educated, and the influences of parental roles, subject that entered the age adult faces grief over a breakup. Single case study (n = 1) developed in two phases: 1) Evaluation and 2) Treatment. Lasting six weeks each. In phase 1 the reason for consultation was established and behaviors were operationalized. Afterwards the self-registration was designed. the evaluation was carried out through the behavioral interview and the baseline was established. In Phase 2 the Functional Analysis was carried out product of the Integrative Sequential Model. the treatment protocol was established that consisted of seven behavioral techniques applied during the six weeks of phase 2. The results show a growing improvement based on the decrease in the incidence of objective behaviors as well as good adherence to treatment. It is concluded that although the techniques of the treatment scheme failed to completely extinguish the components of the reason for consultation if they managed to reduce the objective behaviors and modify the contingencies that maintained the problem which for practical purposes translates into a significant increase in well-being and tranquility for the patient.

Keywords: Emotional dependence; Grief; Emotional breakdown; Maladaptive behaviors; Psychological Intervention.

Introducción

Este exordio tiene como objeto interiorizar al lector en la temática principal del trabajo y de manera descriptiva informarle los pasos subsecuentes de su contenido insertándolo de primera mano en su ambiente. Trata sobre un estudio de caso único que centra a la **dependencia emocional** como una situación de vida compleja que se observa con frecuencia en toda clase de personas, al grado de llevarla a ser un tema de creciente relevancia en el ámbito de la psicoterapia. Al respecto existe suficiente acervo teórico donde varios autores versados en la materia coinciden en afirmar que se trata de una problemática en la que gran parte de la perturbación y sufrimiento de quienes la padecen gira en torno al tema del amor y desamor en el vínculo de pareja.

Se describe en orden ascendente el proceso de desarrollo de un protocolo de intervención con un usuario cuyo historial de vida familiar es muy peculiar, donde los aprendizajes provenientes de este seno marcan rotundamente la lógica de su comportamiento, implicando inevitablemente sus desajustes psicosociales con los ámbitos de su vida familiar, social, laboral, y particularmente con sus relaciones sentimentales que acusan necesidades emocionales insatisfechas en la niñez y permiten identificar un estilo de apego inseguro.

El protocolo fue diseñado para desarrollarse en un lapso de doce semanas con el agregado de dos semanas más para efectuar su reporte respectivo, lo que en su totalidad comprende un semestre escolar. Su estructura se subdivide en dos fases principales: de **evaluación conductual** y de **intervención o tratamiento** de seis semanas cada una, aplicándose una sesión por semana de sesenta minutos aproximadamente en ambas fases.

Las **dos primeras sesiones** de la fase uno permitieron recopilar la suficiente información para establecer el motivo de consulta. Para la **tercera sesión** usuario y terapeuta convinieron en seleccionar las conductas objetivo de intervención eligiendo las nueve conductas más perniciosas y/o desadaptativas, mismas que de inmediato fueron operacionalizadas bajo los indicadores de frecuencia e intensidad según sus peculiaridades y/o atributos y simultáneamente comenzaron a ser monitorizadas en base a sistema de registros, estableciéndose la línea base a partir de la misma tercera semana. En la **sesión cuatro** quedó conformado el Modelo Secuencial Integrativo, como producto de la entrevista conductual en conjunto con el grueso de los datos obtenidos en anteriores sesiones. Entre la **quinta y sexta** sesión de la fase uno es construido el Análisis funcional de las conductas problema.

A partir de la **séptima semana** y en plena fase dos, queda establecido el tratamiento que consta de siete técnicas conductuales que comenzaron a ser aplicadas a partir de esta misma semana. En la misma **sesión siete** son instruidas y aplicadas las técnicas: Detención de pensamiento, Entrenamiento en auto-instrucciones, y Desensibilización sistemática. En la **octava sesión** es instruida y aplicada la técnica: Control de estímulos. En la **sesión nueve** la técnica: Terapia racional emotiva. En la **décima sesión** es instruida y aplicada la técnica: Relajación progresiva. En la **onceava sesión** es instruida y aplicada la técnica: Atención plena o *mindfulness*. Finalmente en la **doceava y última sesión** es efectuada una recapitulación de las técnicas implementadas con el usuario con la finalidad de aclarar dudas y evitar en la medida de lo posible sesgos que pudieran generarse como resultado de la inducción y aplicación de las técnicas.

Una vez concluida en su totalidad la práctica, las dos semanas siguientes sirvieron para efectuar el tratado de los datos cuyos resultados dieron paso a la elaboración del reporte de práctica. Representados en tablas y gráficos, los resultados fueron sujetos a comparación con los registros realizados por el paciente, arrojando una evidente mejoría en base a la disminución de la incidencia de las conductas objetivo así como una buena adherencia al tratamiento. Finalmente se concluyó que el grupo de técnicas conductuales implementadas no fue suficientemente eficaz para extinguir en su totalidad el cuadro psicológico del usuario, sin embargo consiguieron aminorar sustancialmente las conductas objetivo y con ello debilitar sus contingencias.

Marco Teórico

De acuerdo con Félix (2006) se entiende por Conductas disruptivas a los cambios comportamentales que se manifiestan en determinados ambientes, bajo ciertas condiciones, y en diferentes circunstancias. Para Gil-Iñiguez (2014) el comportamiento disruptivo es común en la infancia, en algunos casos, debido a su frecuencia y persistencia con el tiempo se convierte en un problema desadaptativo tanto para el adolescente como para el adulto. Mientras que para Trianes (1996) las conductas disruptivas implican una limitación o alteración en el curso saludable del desarrollo emocional, y su frecuencia y persistencia en la adolescencia favorece la aparición y el desarrollo de psicopatologías en edades posteriores. Para Moreno (2006) las principales y más prevalentes conductas disruptivas en la infancia y adolescencia son los trastornos de conducta, seguidos de los trastornos de ansiedad y los trastornos por déficit de atención, mismos que de no ser atendidos trascienden y se complejizan durante el transcurso de la edad adulta.

Las Conductas disruptivas pueden ser expresión o consecuencia de situaciones complejas que la persona está viviendo, como por ejemplo **Dependencia emocional**. Según Villa y Sirvent (2008) los rasgos o formas de las conductas inapropiadas de las adicciones amorosas, dependen tanto de los aprendizajes de vida de los involucrados, como de lo intrincado del contexto.

Para ello Papalia, Olds y Feldman (2001) indican que toda conducta es en gran medida obtenida del aprendizaje social, la familia es el primer agente social y el de mayor influencia, aunque no es el único con el que interactuamos a lo largo de la vida, están los amigos, la escuela, la religión, los medios de comunicación, la literatura, la política, etc. Entonces es válido afirmar que las conductas disruptivas por dependencia emocional también son producto de aprendizaje social.

A manera de reforzar lo anterior, Mayor (2000) destaca tres conductas disruptivas de la dependencia emocional que muestran características de aprendizaje previo, a) necesidad cada vez mayor de la pareja, aprendida en primera instancia de la relación materna, b) síndrome de abstinencia, este grupo de síntomas se deriva de la carencia de algo que antes se disfrutó abundantemente, c) pérdida del control, aprendido de diferentes personas, contextos y variadas circunstancias.

Castelló (2005) considera a la dependencia emocional como un estado que se manifiesta principalmente por la deformación de las buenas relaciones interpersonales, ya sean familiares, sociales, de pareja o de cualquier entorno de interacción humana, entre sus características principales se destaca inestabilidad, destructividad y desequilibrio.

Autores como Nezu, Maguth y Llombardo (2006) señalan que a diferencia de lo que sugiere el modelo médico de salud-enfermedad, los problemas psicológicos en raras ocasiones son consecuencia de una sola variable, esto permite validar diferentes teorías acerca de un trastorno en particular, que por lo regular expresan indefectiblemente la naturaleza multifactorial de la conducta humana.

Para Bornstein (2011) el constructo de dependencia emocional, permite entrever distintos estados de afectación psicológica los cuales tienen en común la adhesión anormal de una persona hacia otra, es decir, la incesante necesidad del otro.

Nezu, Maguth y Lombardo (2006) indican que en toda clase de dependencias los síntomas intrusivos y de aumento de la activación fisiológica se producen por condicionamiento clásico, en donde se asocian estímulos aversivos propios de el/los eventos generadores con respuestas inicialmente neutras que posteriormente adquieren propiedades aversivas condicionadas. En este sentido Villa y Sirvent (2009) observan que entre las respuestas conductuales más frecuentes de la dependencia emocional, se hayan los trastornos del sueño, cambios de apetito, pérdida o aumento de peso, sensación de irritabilidad, frustración y desasosiego, disminución de la energía, cansancio extremo, antes y luego de las actividades diarias, procrastinación de actividades y deberes entre otras.

Goleman (2006) enfatiza que la dicotomía emocional/racional se aproxima a la distinción popular entre cabeza/corazón, pues reconocer lo que verdaderamente está bien en la mente es una clase de convicción y certidumbre concreta, pero creer lo mismo de los sentimientos del corazón es un error, pues generalmente lo que proviene de ahí es obsesividad ansiosa y distorsión cognitiva.

Con relación a lo anterior Bornstein (2011) señala que en las relaciones sentimentales o de pareja, el dependiente sufre de gran confusión que lo arrastra a un intenso miedo primero de perder la relación, una vez sucedido se desata el síndrome de abstinencia acompañado de intensos deseos de retomar la relación pese a lo dolorosa que haya sido, pensamientos obsesivos, ansiedad y depresión son frecuentes, distorsiones cognitivas como el autoengaño y la negación de lo obvio se hacen presentes.

“Existe un declive constante en el índice de control racional a diferencia del emocional en la mente, cuanto más intenso es el sentimiento, más dominante se vuelve la mente emocional y más ineficaz la racional”, (Goleman, 1996 - p. 27).

Para Castelló (2005) la dependencia emocional y afectiva puede hacerse presente en los primeros años de vida por consecuencia de abandono, falta de atenciones y la inseguridad que se genera, estos son factores primordiales en su aparición y cumplen un papel fundamental en la evolución cognitiva óptima o distorsionada de las relaciones futuras. De acuerdo con lo anterior Satir (1991) señala que es inobjetable que toda manifestación de dependencia hacia o por alguien, acusa la falta de una habilidad personal que muy probablemente es ausente del repertorio de aprendizajes provenientes del seno familiar.

Sin embargo, aun percatándose de las propias carencias es preciso reconocer que *“De todos los juicios que entablamos en nuestra vida, ninguno es tan importante como el juicio que hacemos sobre nosotros mismos, ya que este afecta directamente el núcleo de directrices de nuestra existencia”, (Branden, 1983, p. 3).*

Del conocimiento de nuestros alcances y limitaciones pende la abundancia o carencia de habilidades personales para navegar el océano de nuestras diversas relaciones. A manera de reforzar lo anterior, Villa y Sirvent (2009) advierten que la carencia de la habilidad del auto-sustento emocional es un conductor directo a la dependencia cualquiera que sea, emocional, sentimental o física, el sujeto consigue asirse desesperadamente cual náufrago a una tabla en alta mar.

Así Castelló (2005) advierte que la dependencia emocional es un grupo de necesidades emocionales insatisfechas que se busca complacer de forma vehemente a través de relaciones interpersonales muy estrechas y sofocantes mismas que instigan a un sin número de ligaduras de apego ilógico hacia y por la/s persona/s.

En esta línea de pensamiento Bowlby (1973) señala al apego como una forma de dependencia emocional de los seres humanos para crear fuertes lazos afectivos con determinadas personas, cuya particularidad por defecto desencadena en una amplia variedad de formas de dolor emocional y trastornos de personalidad, como la ansiedad, la ira, la depresión, el alejamiento físico o la pérdida afectiva.

Para Villa y Sirvent (2009) toda dependencia afectiva supone un comportamiento desadaptativo contingente a una interrelación afectivo-dependiente. En esta línea, autores como Lemos y Lodroño (2006) enfatizan en que cualquier conducta interpersonal dirigida a sostener una excesiva cercanía con alguien, que lleve implícito el patrón característico de la descarga imperiosa del deseo de satisfacción emocional o afectiva, suele ser una manifestación de apego que indubitadamente guarda el doble sentido oculto de la dependencia emocional.

Otros autores como Salas y García (2012) argumentan que la génesis de la dependencia o codependencia emocional es de carácter multicasual, pero necesariamente desencadena en un trastorno adictivo, es una condición necesaria que el trastorno ante el cual surge la dependencia sea crónico, pues aquí estriba uno empalme recurrente de la conducta dependiente, la cronicidad asociada a la esperanza de la curación.

En relación con lo anteriormente expresado, Castelló (2005) ha creado en definitiva una categoría propia para la dependencia emocional, a la que ha denominado Trastorno de la Personalidad por Necesidades Emocionales, y la define como la tendencia persistente a las relaciones complicadas u obsoletas caracterizadas por el desequilibrio de poder en la pareja, la necesidad excesiva de afecto de una de las partes, y su sometimiento inapropiado ante la otra.

La **dependencia emocional o afectiva** con sus implicaciones luego de una **ruptura sentimental** puede ser la antesala de un **duelo por abstinencia** demasiado complicado. Para afirmar lo anterior, autores como Echeburua y Del Corral (1999) señalan a la dependencia afectiva emocional como un trastorno de la personalidad caracterizado por un patrón crónico de síntomas variados como depresión reactiva, trastornos obsesivos y síndromes desadaptativos.

Pero en el caso de duelo por abstinencia luego de una ruptura sentimental ¿Cómo explicar el desarrollo de conductas erráticas? Según Shaffer (2002 como se citó en Izquierdo y Gómez-Acosta 2013) la teoría del aprendizaje social fue fundamentada en los principios generales de aprendizaje del condicionamiento clásico y operante, la cual explica los procesos del desarrollo en términos de cómo la

maduración física, emocional y comportamental del niño tiene un efecto directo e indirecto en su comportamiento posterior, dando a las formas de socialización, a la maduración y al contexto, un papel preponderante. Bien puede argumentarse entonces que las conductas derivadas del duelo por abstinencia también son interiorizadas tras de su aprendizaje, en diferentes momentos, con distintas personas, en diversos contextos, y bajo múltiples circunstancias a lo largo del aprendizaje social.

La sentencia **duelo por abstinencia en ruptura sentimental** conlleva a implicar de inmediato privaciones, pérdidas y tribulaciones de carácter emocional. Ramos (2016) señala que la palabra duelo literalmente significa sentir dolor, es un penoso proceso que necesariamente conlleva sufrimiento y que generalmente sucede por pérdidas físicas, morales, sentimentales, alejamientos, u otras situaciones dolorosas o aflitivas de diversas índoles. *“Aunque el uso de la palabra duelo es más extendido en las pérdidas por muerte, se aplica también a otras pérdidas, como rupturas de pareja e incluso para pérdidas laborales, de la juventud, o de la salud”, (Ramos, 2016, p. 2).*

“Durante la adolescencia y la juventud atravesamos por varios cambios a nivel físico, biológico, psicológico y social, iniciamos relaciones interpersonales que marcan de manera importante dicho proceso, entre éstas se encuentra el noviazgo, que generalmente es motivo de felicidad y satisfacción”, (Becerril, 2001, p. 49).

Para algunos autores como Caruso (2003) es tan importante el inicio de una relación sentimental como su disolución, pues ésta última puede ser una fuente importante de estrés, dolor, tristeza, duelo y malestar general que puede complicarse. En este sentido Kimble et al. (2002) han enfatizado concurrentemente que existe evidencia teórica y empírica suficiente que permiten afirmar que la disolución del vínculo sentimental no sólo está ligada a la estructura genética, física y mental del individuo, sino al contexto en el que se desenvuelve, el cual contiene las experiencias del pasado y su aprendizaje, e influye en los patrones presentes del pensamiento y la conducta.

Para Ramos (2016) el orden de las fases subsecuentes más comunes tras una ruptura sentimental, de principio a término serían: 1) Incredulidad/negación - 2) Insensibilidad - 3) Tristeza y dolor - 4) Miedo, angustia, culpa - 5) Ira o deseo de venganza - 6) Sensación de total descontrol - 7) Nostalgia - 8) Serenidad o necesidad de estar mejor y 9) Aceptación. También advierte que depende de muchos factores pasar por unas u otras fases, incluso el tiempo de duración y conclusión del proceso está sujeta a variables como el carácter y temperamento de los involucrados, el grado de implicación en la relación o la complejidad con la que ha finalizado.

Otros autores coinciden en indicar que existen muchos y complejos síntomas y señales que acusan un inminente duelo por la ruptura de una relación, tal es el caso de Castellero (2015) que afirma por ejemplo, que uno de los trastornos mentales más frecuentes se caracteriza por la presencia de un estado de ánimo triste y/o la falta de capacidad de percibir gratificación o placer, incluso de aquellas actividades que anteriormente entusiasmaban. Reynauld et al. (2010) coinciden en señalar que de la misma forma que ocurre con los adictos a sustancias, los adictos al amor o a las relaciones conflictivas sufren anhedonia, pérdida de interés en otras actividades gratificantes y síndrome de abstinencia ante la ausencia de la pareja, así como la presencia del síntoma de embotamiento afectivo y el incremento de la activación fisiológica.

Complementando lo anteriormente expresado Martell, et al. (2010) indican que entre los trastornos más comunes de un rompimiento sentimental se encuentran la ansiedad, fuerte desesperanza con relación al futuro, pensamientos obsesivo por el/la ex pareja, arrepentimiento, sensación de culpa e inutilidad, pasividad extrema, tendencia al aislamiento, problemas de sueño, pérdida de apetito y peso, pérdida de energía y fatiga, enlentecimiento físico y mental, problemas de concentración, agitación psicomotora, insomnio e inquietud permanente, así como la relación constante de la ruptura con pensamientos negativos, obsesivos, depresivos, fatalistas y/o suicidas.

La Terapia Cognitivo-Conductual como alternativa para los problemas de dependencia emocional.

Watson (1951 como se citó en Bernstein & Nietzel, 1991) señalan que la Psicología Clínica se constituye de principios y postulados ortodoxos pues el cuerpo doctrinal de la especialidad proviene de un crisol entre la teoría de la personalidad, la Psiquiatría, el Psicoanálisis y la Antropología.

Ahora bien, la Terapia Cognitivo-Conductual es el movimiento más sólido de la Psicología Clínica en las últimas décadas. Autores como González (2016) apoyan lo anterior al argumentar firmemente que implementar un plan de tratamiento para un problema de dependencia emocional que derive de un diagnóstico hecho con herramientas conductuales, integrando técnicas de la terapia de modificación de conducta, es siempre una opción apropiada pues hay una numerosa gama de procedimientos y técnicas de intervención disponibles que permiten diseñar esquemas de trabajo óptimos para encarar correctamente los trastornos conductuales.

Así también Caballo (1998) afirma que las técnicas denominadas genéricamente como modificación de conducta, comienzan a desarrollarse a partir del análisis experimental de la conducta hecho por Skinner en 1938 utilizando como método básico el operante.

“Los procedimientos más heterogéneos que conforman las llamadas terapias conductuales se han originado de muy diversas fuentes, pero casi todas ellas de enfoques teóricos surgidos de la Teoría del aprendizaje neo-Hulliana de Wolpe 1958, o de la Teoría del Aprendizaje social de Bandura 1961”, (Ribes, 1972, p. 8).

Según Silva (2001 como se citó en Labrador 2008) la evaluación conductual corresponde a la identificación y medición de las conductas objetivo y de las variables que la controlan, la finalidad de este procedimiento es utilizar esta información en la modificación del comportamiento problema.

Por su parte, Muñoz (2001 como se citó en Labrador 2008) agrega que toda evaluación conductual tiene un componente descriptivo con el menor nivel de interpretación posible, y lo que se denomina análisis funcional es donde se establecen hipótesis respecto al origen y mantenimiento de las conductas problema.

En concordancia con lo anterior, autores como Sidman (1960 como se citó en Ribes, 1972) y Ferster (1965 como se citó en Rives 1972) desarrollan formas alternativas y/o complementarias de diagnóstico, derivadas del análisis funcional de las variables que afectan y controlan en un momento dado la conducta de un individuo.

Es a través del tiempo de construcción de la terapia Cognitivo-Conductual, que autores como Skinner (1938; Jon Kabat - Zinn 1994; Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999; Wilson & Luciano, 2002 como se citaron en Labrador 2008) han demostrado que técnicas conductuales como el control de estímulos proveniente del condicionamiento operante, el *mindfulness* o atención plena de la tercera ola, o la terapia de aceptación y compromiso, vienen cumpliendo de forma consistente con el robustecimiento de los enfoques terapéuticos que buscan reducir la vulnerabilidad cognitiva al estrés y las respuestas emocionales negativas, aumentar la tolerancia del paciente ante el malestar y el miedo, fomentar el aumento de la autoestima, e incrementar la asertividad en la solución de problemas cotidianos y la capacidad de afrontamiento y resolución ante dilemas estresores.

Otros autores como Cía (2001) señala a la técnica de Detención de pensamiento como la apropiada ante la aparición de pensamientos obsesivos o intrusivos, en la que el usuario debe utilizar una clave previamente verbalizada, dirigida a detener dicho pensamiento. Sin embargo, Wolpe (1958 como se citó en Cía 2001) opina que esta técnica resulta útil sólo en aquellos momentos en que al usuario le resulte imposible exponerse al pensamiento traumático.

En estudios más recientes McClintock y Anderson (2015) han dejado demostrada la efectividad de la práctica de *Mindfulness* o (TAP) para reducir los síntomas afectivos de la dependencia emocional, consiguiendo reducir el nivel de ansiedad y el estado de ánimo negativo del usuario, lo cual contribuye directamente a mitigar el duelo. De forma igualmente exitosa Báguena (2001) ha utilizado técnicas de exposición ante estímulos desencadenantes de malestares que incitan a pensamientos hostigosos, o bien que disparan o amplifican el síndrome de abstinencia, consiguiendo romper la asociación entre el evento traumático y la respuesta emocional condicionada, favoreciendo la extinción de esta última.

Con la misma notoriedad Trujillo (2007) señala que la técnica de Entrenamiento en relajación permite al usuario adquirir gradualmente el dominio de respuestas incompatibles con estímulos aversivos que favorecen el control de la activación fisiológica asociada al estrés.

Por último, para Caballo (1998) una técnica conductual que ha demostrado suma efectividad es la Desensibilización sistemática, desarrollada por Wolpe en 1958, esta se enfoca en disminuir la sintomatología conductual de miedo y evitación, y consta de dos componentes principales, el primero induce al usuario a generar una respuesta contraria al estímulo aversivo, el segundo se dirige hacia la elaboración y exposición progresiva del usuario a dicho estímulo, una de sus finalidades principales es reducir las reacciones de ansiedad.

Justificación

Para la gente común es fácil hacer la recomendación que tras un rompimiento sentimental, o para dar punto final a la **dependencia emocional** hacia o por alguna persona, lo mejor es el alejamiento y el olvido. Aunque probablemente cargadas de buenas intenciones, dichas opiniones o consejos son expresados casi siempre sin fundamento alguno por quienes no conocen la complejidad de los trastornos que pueden generarse, ya sea por carecer del conocimiento, o porque no se encuentra sufriendo en carne propia la situación, o simplemente porque nunca la han vivido y por ende desconocen la verdadera magnitud de sus alcances.

La atención psicoterapéutica en casos de **dependencia emocional** cobra entonces una relevancia preponderante por sus consecuencias que pueden variar de simples a complicadas en muy poco tiempo, y en casos extremos tornarse funestas debido al intenso sufrimiento y desolación que generan, por la forma como trastorna a quien la padece, y el modo como trastoca sus entornos más próximos de interacción. No es de sorprender entonces que el común de la gente adolezca de estar preparada para enfrentar por sí sola la complejidad de la dependencia emocional, por esta razón es que su incidencia es mucho mayor de lo que pudiera preverse. En esta clase de situaciones, ni origen, ni raza, ni género, ni clase social o credo alguno se escapan de sufrir con igual o mayor intensidad sus consecuencias.

Bien vale enfatizar entonces que la atención experta para esta clase de padecimiento la brinda el Psicólogo, pues es el profesional más indicado ya que su formación lo capacita para prestar ayuda al usuario en su ajuste psicosocial, o en cualquier demanda que implique modificar situaciones de esta naturaleza.

Informe de práctica

A continuación se presenta el informe de un estudio de caso (n=1) en el que fue diseñado un protocolo de intervención de corte Cognitivo-Conductual, durante el 9º. Semestre, módulo - 0908 - PRÁCTICA SUPERVISADA III TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL: APLICACIONES. De la licenciatura en Psicología, modalidad SUAYED - FES-Iztacala. UNAM.

El informe describe el caso de un usuario con **dependencia emocional** surgida a partir de su historia familiar, prácticas de crianza y roles parentales bajo los que fue educado, que entrado en la edad adulta enfrenta **duelo por abstinencia** derivado de la **ruptura de una relación sentimental**, donde visiblemente se implica la complejidad de sus emociones en relación con sus carencias socio-afectivas, inseguridad e inexperiencia, y se muestra la evidente correlación que guardan estas problemáticas.

Identificación del usuario

Sujeto caucásico masculino de 33 años de edad, nacido de San Juan Bautista Tuxtepec estado de Oaxaca, soltero, de profesión licenciado en Pedagogía, de ocupación profesor en una Universidad privada de la región, segundo de dos hijos, actualmente vive con sus padres con quienes ha vivido toda su vida en el domicilio paterno ubicado en una unidad habitacional FOVISSSTE de esta ciudad. Hogar típico de clase media regular, donde el núcleo familiar del sujeto se compone de padre, madre, hermana, cuñado y sobrino, los padres ambos vivos de 72 y 69 años respectivamente, la hermana mayor de 37 años de edad, el cuñado de 41 años, y el sobrino de 5 años, todos habitando la misma casa.

El usuario refiere que sus padres han sido demasiado flexibles o blandos con ambos hermanos, refiere también sostener una gran confianza con su madre, al grado de permitirle intervenir abiertamente en sus decisiones, donde en muchas ocasiones a lo largo de su vida ha confiado en el criterio de ella para la resolución de conflictos y situaciones de su vida personal; su infancia y educación primaria transcurren sin sobresaltos, en la adolescencia específicamente en secundaria sufre de *bullying* durante el segundo año, situación que le hace abandonar el ciclo escolar por algunas semanas, causándole depresión y por consecuencia inseguridad. Tras un correctivo por parte de las autoridades escolares al grupo de compañeros que lo acosaba,

regresa a concluir el ciclo escolar; en el bachillerato la situación mejora pues se dan buenos momentos y buenas experiencias tanto académicas como personales culminando su instrucción media superior sin sobresaltos; de igual forma el tiempo de sus estudios de licenciatura transcurren sin eventualidades y/o vicisitudes que mencionar, etapas todas vividas bajo la mirada revisora de su madre.

De los datos obtenidos a través de las sesiones de la fase de evaluación se elaboran hipótesis de trabajo que fueron confirmadas, al ir recabando datos más precisos que fueron creando una visión concreta de la estructura socio-familiar del usuario. Una revelación de importancia crucial se da con respecto de la afirmación que el individuo hace al decir que su madre ha sido demasiado (blanda), buscando dar a entender de forma oculta algo totalmente contrario: blanda es similar a consentidora, sin embargo, lo que el sujeto trata de decir en realidad es que su madre ha sido demasiado displicente, entrometida e intransigente, en el sentido de querer ser ella siempre la protagonista que le arregla sus problemas y asuntos personales, ya sea por gusto del usuario o por la fuerza de la imposición, situación que en sus años mozos se vio forzado que aceptar sin objetar, pero que ahora ya en la edad madura no encuentra la manera de revertir.

Para cumplir sus cometidos, la madre lo ha venido desplazando y relegando de forma constante sin miramientos en repetidas ocasiones durante su vida: gritos, regaños, amenaza, injurias, chantaje sentimental, golpes, humillaciones, vejaciones, e intimidación con base en el poder jerárquico materno, han sido situaciones comunes en el hogar y vida del sujeto, que por su naturaleza pasiva ha tenido que resignarse a aceptar, e inclusive llegar a creer que es algo de lo más lógico o natural en todo contexto de la vida familiar.

Análisis del motivo de consulta

El usuario refiere que posee poca experiencia en el noviazgo y las relaciones sentimentales, esto se lo atribuye a que se considera poco atractivo y tímido con las mujeres. Cuatro meses y veinte días atrás termina una de las dos únicas relaciones sentimentales que ha vivido, de poco más de un año y dos meses de duración, caracterizada como tormentosa, llena de engaños y chantajes por parte de la ex pareja, donde al final ella misma termina la relación. Actualmente y como resultado, el usuario sufre de depresión por abstinencia (duelo) en el que se involucran fuerte enamoramiento y fuerte deseo carnal (sensualismo), y en el que visiblemente el placer que aún le genera dicha relación conlleva también sufrimiento; el usuario sobrevalora, idealiza y victimiza a su ex pareja, cargándose por completo con la culpa por el rompimiento.

Durante sus relatos en diferentes sesiones el usuario ha señalado repetidamente con lágrimas y tristeza que se dio cuenta de un intento de chantaje sentimental por parte de la ex pareja, con un supuesto embarazo en el que ella lo acusa de descuido, tras una fuerte discusión llena de reproches, le exige dinero para someterse a análisis clínicos y a un posible legrado, situación a la cual él se niega pues por principio de cuentas es exorbitante la cantidad de efectivo que ella exige, además de que las creencias religiosas del usuario no le permiten acceder a la idea de que un supuesto hijo suyo sea removido del vientre materno. Señala también que como pareja nunca vivieron juntos, pero que hubo un par de incidentes donde ya sospechaba engaño, finalmente él mismo la descubre con otra persona accidentalmente en un viaje al puerto de Veracruz, además de que ya en varias

ocasiones ciertas personas le habían hablado mal de ella, tachándola de inmoral, contándole incluso detalles de supuestos episodios deshonestos de su vida sexual sentimental.

A los escasos seis días del rompimiento el sujeto entra en depresión por abstinencia, duelo acompañado de un estado obsesivo y ansioso que va en aumento y complejizándose, y que no le permite llevar a cabo correctamente sus actividades cotidianas.

El usuario señala que ha sido tanta la necesidad de estar con ella, que en tres ocasiones la ha buscado para suplicarle llorando continuar con la relación, también intentó el acercamiento vía telefónica, enviándole regalos tales como: un reloj, un teléfono celular, un perfume, e incluso dinero en efectivo con una carta declarándole el amor que por ella siente y pidiéndole perdón, actos para lo que solo obtuvo por respuesta: negativas, reproches, ofensas y burlas.

La situación se complica más a los 47 días, tras un último episodio en el que el usuario relata que después de mucho llanto y forcejeo por teléfono, finalmente acepta cederle la cantidad de \$60,000.00 pesos que ella exige. Es ahí justamente donde su madre y hermana mayor interviene quitándole su tarjeta de débito y escondiéndola, evitando que él retire esa cantidad de su cuenta personal; la ex pareja estalla en cólera y ofende de forma soez a sus padres y hermana por teléfono, y amenaza con demandar. A los cuatro días de esta situación recibe citatorio de un juzgado de lo familiar para comparecer, pero por consejo de un abogado amigo de la familia no asiste a la cita, pues la notificación carece de carácter legal y no es obligatoria según el jurista. A los pocos días la ex pareja decide hablar por teléfono nuevamente para ofenderlo, exigiéndole que no se acerque a ella nunca más sobre amenaza de muerte.

Se describen con claridad las primeras características sintomatológicas: obsesión, ansiedad, tristeza, miedo, escalofrío, llanto, frustración, confusión, angustia, insomnio, culpabilidad, dolor de estómago, sensación de asco, neuralgia de sienes y nuca, taquicardia, sudoración nerviosa, sensación de aturdimiento, sensación de adormecimiento y hormigueo en las palmas de las manos, temor a la oscuridad, fotofobia o sensibilidad a la luz.

Con la información obtenida en las tres primeras sesiones de evaluación se procede a hacer la identificación de las **tres dimensiones conductuales** del comportamiento problema.

(Motor): llora mucho, hace corajes, no puede estar en un solo lugar, come en abundancia, toma café y refrescos en exceso, se desvela mucho, se masturba continuamente, presenta el tic nervioso de mover constantemente la pierna hacia arriba y hacia abajo, emite inconscientemente un sonido gutural semejante al del mugido de una vaca, no puede dar clases pues no logra concentrarse y abandona el aula para ocultarse en el baño, se auto-provoca tos hasta alcanzar el asco y ganas de vomitar sin conseguir hacerlo, procrastina actividades importantes, se aísla de su familia encerrándose en su habitación, evade responsabilidades y deberes del hogar, falta a trabajar constantemente.

(Cognitivo): angustia, enojo, miedo, frustración, sufrimiento, inseguridad, confusión, tristeza, culpabilidad, desesperación, temor a la oscuridad, pánico a morir trágicamente, leve ideación suicida, obsesión por regresar a la relación, baja autoestima, baja tolerancia a la frustración, visión de imágenes religiosas, visión de

imágenes violentas, pensamientos obsesivos intrusivos como: soy una persona mala, te voy a matar, te vas a ir al infierno, no vales nada, te voy a cortar la cabeza, Dios te va a castigar, no soporta la idea de que la gente critique su forma de sufrir, sugestión de estar siendo observado por ella.

(Fisiológico): suspiros constantes, sensación de temblor, sudoración copiosa, sensación de sofocación, sensación de adormecimiento y hormigueo en las palmas de las manos, tensión muscular, sensación de escalofrío, fotofobia o sensibilidad a la luz, sensación de asco, dolor de cabeza, dolor de estómago, taquicardia, insomnio, sensación de aturdimiento, calentura ocasional, dolor de ojos y ojos irritados, sensación de orejas calientes, diarrea ocasional, cistitis nerviosa, dolor en el plexo solar, neuralgia de sienes y nuca.

Historia del problema

El usuario ha vivido desde siempre bajo un yugo materno sofocante, mezcla de un amor materno filial enfermizo, sobreprotección exagerada, e imposición irredarguible de ideas y formas de actuar. Imposibilitado para desarrollar sus propios conceptos y estilos de obrar, alcanza la mayoría de edad en el entendido que debe actuar conforme a las maneras y formas de su madre, so pena de posibles regaños, amenazas, gritos, o el clásico chantaje sentimental en caso de no obedecer; es así como vive su primera relación sentimental bajo el ojo revisor de su madre, compromiso que a los pocos meses se ve obligado a terminar en contra de su voluntad.

El usuario expresa haber llorado varias semanas por esta situación, pues no sabía cómo explicarse el por qué. Hoy sabe que fue obligado a hacerlo por un simple capricho de su madre, principalmente porque comenzó a sentir que perdía su atención, además de que las ideas de la chica estaban interfiriendo el control que ella ejercía sobre él.

La segunda relación (en cuestión) se da con una mujer madura, cinco años mayor, madre de una menor de 6 años, mujer de aspecto sumamente femenino y sensualista, de la cual él queda prendado de inmediato. Durante sesiones y extra sesiones se dieron pláticas entre usuario y terapeuta donde fueron siendo develados pasajes y situaciones de la relación que arrojaron suficientes pruebas para entender la forma como jugó su papel la ex pareja.

La información obtenida es suficiente para afirmar que existe una consolidada **codependencia** entre ambos: **él es dependiente** de sus favores sexo-sentimentales, y **ella es dependiente** de su apoyo económico.

El problema se torna **desadaptativo** a partir del rompimiento de esta segunda relación, pues el usuario se niega a aceptar que sus sentimientos están íntimamente ligados a sus deseos pasionales, y que la relación se sustenta únicamente en el intercambio de favores sexuales por apoyo económico. Una prueba fehaciente de ello es que durante la relación el paciente pasaba una cuota semanal de varios miles de pesos a la ex pareja, además de abastecer sus necesidades de vestido, sustento y distracción de forma por demás espléndida y sobrada, siete meses atrás, él la había sacado de trabajar y se hacía cargo de todas sus necesidades. Al parecer no es necesario ahondar más en detalles para entender por qué estalló en ira la ex pareja al verse sin este vital apoyo.

El usuario se negaba a sí mismo que el único interés de su ex pareja por él, era lo económico, que no hubo sentimiento de alguna otra naturaleza, y que las necesidades básicas que él sufragaba le eran pagadas con atenciones sexuales.

A los escasos seis días del rompimiento de la relación el usuario entra en estado de depresión por abstinencia, un fuerte duelo que trae consigo: obsesión, ansiedad, tristeza, miedo, escalofrío, llanto, frustración, confusión, angustia, insomnio, culpabilidad, dolor de estómago, sensación de asco, neuralgia de sienes y nuca, taquicardia, sudoración nerviosa, sensación de aturdimiento, sensación de adormecimiento y hormigueo en las palmas de las manos, temor a la oscuridad, fofobia o sensibilidad a la luz, misma que se generaliza y complica en los meses subsecuentes.

Análisis y descripción de las conductas problema

Definición operacional de las conductas problema/objetivo seleccionadas para intervención

¿Qué hace?

1) llorar muy seguido durante en día por lo que 2) no puede dar clases pues no logra concentrarse correctamente, esto le provoca, 3) que falte al trabajo o que se ausente constantemente del salón de clases - **(motor)**.

¿Qué piensa?

4) hay ansiedad por no poder reparar la situación, 5) hay una gran obsesión por regresar a la relación a pesar de conocer y/o saber las condiciones violentas en las que concluyó, 6) hay una profunda tristeza por la forma en que todo terminó - **(cognitivo)**.

¿Qué sucede en su cuerpo?

7) Sensación de sofocación acompañada de 8) dolor de estómago constante a veces ligero y en otras ocasiones fuerte, 9) se siente aturdido en ocasiones de forma leve pero en otras ocasiones de forma pesada - **(fisiológico)**.

Conductas problema (objetivo) seleccionadas

En la tabla 1. Se observan las conductas problema/objetivo una vez seleccionadas y ordenadas para ser intervenidas de acuerdo con las tres grandes dimensiones conductuales.

Tabla 1. Conductas problema/objetivo seleccionadas para el tratamiento.

Dimensión	Conducta
Motor	1) Falta a trabajar muy seguido. 2) llora mucho. 3) no puede dar clases por falta de concentración.
Cognitivo	4) Obsesión por regresar a la relación (ir a buscarla). 5) Ansiedad. 6) Tristeza.
Fisiológico	7) Sensación de sofocación. 8) Sensación de aturdimiento. 9) Dolor de estómago.

Operacionalización de las conductas problema (objetivo) seleccionadas e Inicio de la línea base de auto-registros

En la tabla 2. Se observan los indicadores del motivo de consulta organizados por dimensión, los cuales permitieron diseñar los **auto-registros** (ver Apéndice: A - B) para la evaluación continua del problema.

Tabla 2. Operacionalización del motivo de consulta a través de la definición de indicadores motores, cognitivos y fisiológicos.

Dimensión	Conducta Objetivo	Método Seleccionado	Indicador
Motor	1) falta a trabajar muy seguido.	- Registro de frecuencias	- frecuencia
	2) llora mucho.	- Registro de frecuencias	- frecuencia
	3) no puede concentrarse para dar clases.	- Registro de intensidad	- intensidad
Cognitivo	4) obsesión por regresar a la relación o (ir a buscarla).	- Registro de frecuencias	- frecuencia
	5) ansiedad.	- Registro de intensidad	- Por intensidad
	6) tristeza.	- Registro de frecuencias	- Por intensidad
Fisiológico	7) sensación de sofocación.	- Registro de intensidad	- Por intensidad
	8) sensación de aturdimiento.	- Registro de intensidad	- Por intensidad
	9) dolor de estómago.	- Registro de intensidad	- Por intensidad

Inicio de la línea base de auto-registros

Con base en los indicadores de la tabla 2 fueron diseñados y elaborados los formatos de Auto-Observación/Auto-registro de **frecuencias e intensidad** de las conductas objetivo de intervención (ver apéndice: A - B), fueron entregados al usuario simultáneamente con el **inicio de la línea base de registro** a partir de la tercera semana de la fase uno o de evaluación. *“El registro de **frecuencias** es un procedimiento adecuado cuando la conducta es discreta”, (Herbert, J. & Nelson-Gray, R. 1997, p. 5).* Para registrar la **intensidad** o magnitud con la que percibe el paciente la conducta se utiliza una sencilla escala del 1 al 10, donde uno es la mínima intensidad y diez la máxima. En los registros elaborados para utilizar el indicador de **frecuencia** se pidió al usuario registrar las veces que sucedió la conducta objetivo al día, y al final de la semana se procedió a hacer la suma total de las veces sucedidas. De igual forma, en los registros elaborados para utilizar el indicador de **intensidad** se pidió al usuario registrar la conducta objetivo en una escala del 1 al 10, donde uno es la mínima intensidad, y diez es la máxima.

Otras variables o conductas del caso de menor importancia pero relacionadas con las conductas problema que no fueron seleccionadas como conductas de interés

Motor: Irritabilidad, Agresividad, dejar de comer, torpeza en la motricidad fina, distracción en actividades, propensión a accidentes, precipitación al actuar.

Fisiológico: Sudoración, escalofríos, pérdida del apetito, resequedad de boca, estómago revuelto, tensión muscular, insomnio, somnolencia, cuello contracturado, cansancio físico, dolor de cabeza, sensación de nudo en la garganta.

Cognitivo: Enojo, coraje, negativista con el futuro, agotamiento mental, incapacidad para tomar decisiones, dificultad de atención, olvidos.

Establecimiento de las metas de tratamiento

Metas de tratamiento o conductas meta

De la necesidad primordial de entender su situación y sus respuestas ante ello, nace la intención de modificar sus entornos más próximos, entendido de que varias de las situaciones que vive y ha vivido, vienen siendo producto del arrastre de inconsistencias en su sistema de valores, creencias, criterios y/o formas de interactuar en los diferentes escenarios de su vida cotidiana, por lo que usuario y terapeuta acuerdan las siguientes metas:

1.- Dejar atrás el sufrimiento y las consecuencias generadas a partir de la relación y de la ruptura.

El usuario entiende que en definitiva no es posible olvidar lo sucedido como si nunca se hubiera dado. La meta es: a) comprender a cabalidad cada una de las situaciones suscitadas en la relación y la ruptura, b) aceptar los propios errores y responsabilizarse por ellos, c) darle un verdadero valor a lo vivido en la escala de los sucesos importantes de su vida, reduciendo o aumentando su importancia trascendental, de tal manera que en un tiempo no muy lejano por carecer de verdadera importancia, sea solo un recuerdo que ya no genere sufrimiento.

2.- Modificar y/o cambiar las formas o maneras como viene gestándose el trato personal con su madre, en los aspectos básicos de respeto a sus derechos individuales.

El usuario desea el reconocimiento de su madre a las aptitudes y/o virtudes que posee, desea el respeto a su individualidad, y a ser tratado como adulto que merece su privacidad y derecho a decidir la mejor forma de dar resolución a sus asuntos personales. Sabe que ciertamente es improbable que esto se dé sin sostener discusiones con su madre, pues aceptar implicaría para ella renunciar al poder que cree ejercer sobre él, lo cual por su edad, enfermedad (diabetes con complicaciones renales) y carácter, complican la situación; el usuario no está dispuesto a sostener dichas discusiones con su madre que se anticipan problemáticas. Las metas se circunscribe entonces: a) evitar a toda costa dichas discusiones y encausarse sin miramientos a hacer lo que tenga que hacer por alcanzar sus metas y objetivos, b) de ninguna manera es necesario dar u ofrecer explicaciones a nadie por actos y proceder cuando a juicio propio están bien justificados, c) no hay posibles discusiones cuando no se está dispuesto a sostenerlas.

3.- Modificar, cambiar o recomponer su entorno laboral favorablemente, mismo que se vio comprometido desde la ruptura sentimental y sus consecuencias.

Las metas principales para este cometido son: a) en el trato personal con compañeros y directivos de la escuela, el respeto y la seriedad no están peleadas con la cordialidad, la tarea aquí es establecer nuevamente las líneas de trato personal, solicitando si es necesario respeto, y mostrando una actitud cauta y reservada que revele una visible mejoría en su situación emocional (mientras se trabaja incesantemente con las técnicas conductuales), b) las personas sufrimos altibajos emocionales que dejan al descubierto nuestra indefensión, debilidades y defectos de carácter en nuestros entornos de interacción; trabajar en nuestros miedos e inseguridades es tarea primordial, aplicarse incesantemente en adquirir confianza y aplomo para conducir nuestros actos de forma asertiva, es de lo más digno, esto habrá de redundar en relaciones sanas y respetuosas en todos nuestros campos de acción.

Estudio de los objetivos terapéuticos

Selección y descripción de las conductas objeto de Intervención

En consenso usuario y terapeuta procedieron a hacer la selección de **tres conductas objetivo por dimensión**.

Se explicó al usuario que debía seleccionar tres conductas por dimensión para ser intervenidas, por lo que se le pidió escoger aquellas que son más representativas del problema, las que más le parecen molestas, o las que más incomodidad y sufrimiento le causan.

De primera mano se buscó disminuir las conductas problema seleccionadas acometiéndolas con las técnicas conductuales apropiadas para finalmente extinguirlas incidiendo en las relaciones funcionales entre variables.

De trascendental importancia para este estudio es diferenciar claramente los siguientes tres grupos de conceptos:

Conductas objeto de intervención

Motor: 1) Falta a trabajar, 2) Lloro mucho, 3) No puede dar clases por falta de concentración.

Cognitivo: 4) Obsesión por retomar la relación, 5) Ansiedad, 6) Tristeza.

Fisiológico: 7) Sensación de sofocación, 8) Sensación de aturdimiento, 9) Dolor de estómago.

Conductas meta

1.- Dejar atrás el sufrimiento y las consecuencias generadas a partir de la relación y la ruptura.

2.- Modificar y/o cambiar las formas o maneras como viene gestándose el trato personal con su madre, en los aspectos básicos de respeto a sus derechos individuales.

3.- Modificar, cambiar o recomponer su entorno laboral favorablemente, mismo que se vio comprometido desde la ruptura sentimental y sus consecuencias.

Demandas del usuario

1.- En lo (Motor)

-dejar de llorar, dejar de falta al trabajo, lograr concentrarse para dar sus clases.

2.- En lo (cognitivo)

-reducir la obsesión por regresar a la relación en especial por ir a buscarla, reducir la ansiedad hasta salir de ella, superar la tristeza.

3.- En lo (fisiológico)

-dejar de sentirse sofocado, dejar de sentirse aturdido, dejar de padecer dolor de estómago.

Diferencias entre los tres grupos de conceptos

Las conductas objeto de Intervención: son previamente seleccionadas por usuario y terapeuta como las más representativas del caso, las que más causan molestias, incomodidad y/o sufrimiento, estas serán tratadas con las técnicas conductuales apropiadas para buscar la disminución o reducción de su incidencia, y por consecuencia el debilitamiento de sus contingencias, para si es posible extinguirlas por completo.

Las conductas meta: son aquellas que se pretende cambiar, eliminar, implantar o sustituir, expresadas básicamente por la necesidad del usuario, en el sentido de que son parte de su idealización sobre cómo quisiera que fueran o se dieran estas realidades en términos de verdaderas posibilidades.

Las demandas del usuario: son básicamente las necesidades más apremiantes en términos de variables o conductas más disruptivas o perniciosas detectadas, que necesariamente deben ser tratadas, previamente seleccionadas por usuario y terapeuta, son propiamente lo mismo que el motivo de consulta o conductas objetivo seleccionadas.

Selección del tratamiento más adecuado

Inicio del tratamiento de los datos reunidos

Es a través de la entrevista conductual en conjunto con los demás datos obtenidos durante las seis sesiones de evaluación que finalmente se consigue obtener la información suficiente y necesaria para conformar el Modelo Secuencial Integrativo de acuerdo con sus categorías o dimensiones.

Breve introducción al Modelo

El modelo parte del supuesto de que la (variable dependiente) o (R) respuestas conductas de interés situada en la columna 1 o central, depende de cuatro grandes dimensiones: (A) antecedentes funcionales, (O) organismo, (K) contingencias, (C) consecuencias, las cuales a su vez se extienden en sub-dimensiones. La columna 1 define el problema en tres niveles: (**motor**) lo que la persona hace físicamente, (**cognitivo**) lo que la persona piensa, cree, idea, imagina en su diálogo interno, (**fisiológico**) la forma cómo el cuerpo reacciona, sudando, temblando, sofocándose etc. Dichas respuestas se vuelven susceptibles de medición al operacionalizarlas, siempre y cuando sean utilizados indicadores observables y que permitan ser registrados mediante la unidad de medición, la finalidad es poder contabilizar la incidencia de las respuestas para obtener un parámetro claro sobre la evolución del problema.

“La metodología del análisis funcional enfatiza la importancia de la investigación aplicada a contribuir en el entendimiento de los determinantes de la conducta como la base para identificar tratamientos efectivos que producen resultados generalizables”, Hanley, Iwata & McCord (2003 como se citó en González 2016). De la elaboración de **a) Modelo Secuencial Integrativo** parte la construcción de **b) Análisis Funcional de la conducta** cuya relación funcional de variables es el fruto principal que da origen a **c) planeación y puesta en marcha del Esquema de tratamiento.**

A continuación se presentan en este orden

MODELO SECUENCIAL INTEGRATIVO

(Fernández y Carboles)

Tabla 3. Modelo Secuencial Integrativo.

<p>A ANTECEDENTES FUNCIONALES</p>	<p>O ORGANISMO</p>	<p>R RESPUESTAS (CONDUCTAS DE INTERÉS)</p>	<p>K CONTINGENCIAS</p>	<p>C CONSECUENCIAS</p>
<p>EXTERNOS DÓNDE En el salón de clases. En el baño de la escuela. Encerrado en su habitación. En los lugares donde ha tenido que interactuar socialmente como: el hogar, la escuela, el cine, la cafetería, la calle, la iglesia.</p> <p>CUÁNDO Por las mañanas cuando tiene que presentarse a laborar. Cada que le han llegado recuerdos sentimentales o de la intimidad. Cuando ha recibido información sobre las actividades o la vida social o sentimental de ella. Cuando ha platicado con personas sobre su experiencia en la relación. Cuando por las noches se ha encontrado solo en su habitación.</p> <p>CON QUIÉN Con sus padres, con sus compañeros maestros, delante de los alumnos, con su hermana, con amigos, incluso delante de la ex pareja, con el psicólogo, con la demás gente a la que alguna vez ha acudido, sacerdotes, pastores, hechiceros.</p> <p>CÓMO Recordando episodios de la relación ya sean sentimentales o sexuales. Al sentirse solo y evocar situaciones de la vida marital que pudieran haber sucedido de continuar la relación. Tras masturbarse con fotografías de ella. Dando clases. Al sentirse asaltado por el recuerdo. Al encerrarse en su habitación. Cuando ha recibido agresiones de su ex pareja. Al sentir que la gente se burla de su situación emocional. Al recibir amonestaciones por parte de su madre. Al sentir ansiedad por volver a vivir la intimidad.</p>	<p>BIOLÓGICO/FISIOLOGICO Caucásico de género masculino en plena etapa de adultez, (33 años de edad), sin defectos físicos que señalar, de talla y peso acorde con su estatura, coordinación viso-espacial normal, no padece enfermedades crónico-degenerativas, no fuma tabaco, no bebe alcohol, no consume enervantes, actualmente no está consumiendo ningún fármaco prescrito.</p> <p>HABILIDADES PRESENCIA El sujeto por su profesión cuenta con habilidades pedagógicas tales como: enseñar, diseñar e implementar contenidos curriculares, actividades instruccionales, habilidad para la coordinación y control de grupos, habilidades sociales intra e intergrupales, estrategias de enseñanza-aprendizaje, dinámicas grupales, técnicas didácticas y recursos lúdicos, para promover el aprendizaje del educando.</p> <p>CARENCIA El sujeto acusa carencia o mal desempeño de las habilidades para la resolución a sus conflictos personales, en lo sentimental principalmente. En lo social al parecer le está costando relacionarse con amistades y compañeros de trabajo a partir de su rompimiento amoroso. También es preciso decir que adolece de la malicia o suspicacia propia de un hombre que ya tiene cierta experiencia con los asuntos sentimentales. Y es importante señalar que parece estar conscientemente condicionado a ceder terreno (permitir intervenir abiertamente a su madre) en la resolución de conflictos y situaciones de su vida personal, es decir: (que no sabe cómo decirle “no” a su madre).</p>	<p>MOTORAS Llora mucho durante en día por lo que no puede dar clases por falta de concentración, por esto falta al trabajo o se ausente constantemente en la semana.</p> <p>FISIOLOGICAS Hay sofocación parecida a una sensación de taquicardia, acompañada de dolor de estómago constante que a veces es ligero y en otras ocasiones fuerte, también hay sensación de aturdimiento en ocasiones de forma leve, pero en otras de forma más pesada.</p> <p>COGNITIVAS Hay una gran obsesión por regresar a la relación a pesar de conocer y/o saber las condiciones violentas en las que se encuentra. De igual modo hay ansiedad por no poder reparar la situación y por no saber cómo va a terminar el asunto, también hay una profunda tristeza por la forma en que terminó la relación.</p>	<p>EVENTOS QUE DESPUÉS DE LA OCURRENCIA DE LA CONDUCTA DE INTERÉS LA:</p> <p>INCREMENTAN - Siente miedo y se siente inseguro para asistir a la escuela a dar clases, ahí comienzan a hostigarlo los pensamientos intrusivos (cognitivo). - Se siente sumamente agotado y sin ganas de hacer nada (fisiológico). - Llora mucho a veces de coraje, de impotencia, otras de sentimiento (motor). - Se bloquea y no puede concentrarse para dar clases, por lo que se escapa al baño de la escuela para llorar. - Lo asalta la obsesión y la ansiedad, acompañada de dolor de estómago y sensación de aturdimiento. - Recibe amonestaciones de la dirección de la escuela por faltar y/o ausentarse.</p> <p>DECREMENTAN - ciertas personas han logrado conseguir con sus palabras de apoyo reducir su ansiedad y tristeza. - Las tareas de tomar té de manzanilla y los conceptos tratados en las anteriores sesiones, han conseguido mitigar o relajar ligeramente su carga de tensiones. - Hasta antes de las sesiones psicológicas no llevaba rumbo alguno su situación, hoy y como producto de las sesiones terapéuticas, siente la esperanza de lograr dejar atrás su sufrimiento.</p>	<p>LO QUE OCURRE COMO RESULTADO DIRECTO DE LA CONDUCTA DE INTERÉS:</p> <p>A CORTO - Se seguirá tornando negativista y consecuentemente lo asaltan los pensamientos fatalistas (cognitivo). - Se seguirán presentando escalofríos, pérdida de apetito, resequedad de boca, estómago revuelto, y tensión muscular (fisiológico). - continuará tornándose irritable, presentando cierta torpeza en su motricidad fina, precipitándose impulsivamente en sus actos, seguirá malpasándose o dejando de comer (motor).</p> <p>MEDIANO - Seguirá recibiendo amonestaciones por parte de la dirección escolar por sus comportamientos erráticos, incluso ya le hicieron breve mención sobre un posible despido sino hace algo pronto por corregir su situación.</p> <p>LARGO PLAZO - Aunque no sabe con certeza si pudiera suceder, sus padres ya lo han amenazado de que no están dispuestos a seguir soportando su situación, y en un tiempo podrían pedirle que se marche de la casa de continuar las cosas así, lo que implica la pérdida de su (red de seguridad).</p> <p>EXTERNOS - Continuar perdiendo amistades que se alejan por su problema. - No ser bien visto en los lugares donde asiste y tener que soportar la burla de gente ajena que se ha enterado de su situación.</p>

<p>TEMAS EXTERNOS Recurrentemente Tiende a victimizarse o sentirse el más afectado de los dos por la ruptura de la relación. Recurrentemente Insiste en querer regresar a la relación como si de pronto olvidara la situación violenta en la que se encuentra.</p> <p>Recurrentemente trata de proponer salidas o formas de recomponer la relación que lógicamente no son viables. Recurrentemente hace preguntas que a una persona de su edad e intelecto no debería causarle problemas responderse.</p> <p>INTERNOS COGNITIVOS Cuando le asaltan los celos y se imagina a su ex pareja con otro. Cuando los recuerdos le disparan la ansiedad y no le permite concentrarse para trabajar. Cuando está dando clases y se le presenta la imagen de ella le provoca ansiedad. Cuando se arrepiente de no haberle dado el dinero que ella exigía y esto le causa mucha tristeza. Cuando recuerda fragmentos de sus episodios sexuales y esto le causa ansiedad y sofocación. Cuando se excita con el recuerdo de ella y esto lo lleva a la obsesión. Cuando después de tantas horas de pensamientos obsesivos se siente muy triste y agotado.</p> <p>ACONTECIMIENTOS HISTÓRICOS PROBABLEMENTE DETERMINANTES Desde pequeño sus padres fueron muy consentidores en cuanto a mimos y cariños excesivos, pero a su vez intervenían demasiado en sus situaciones de vida, lo que generó que él delegara a su madre principalmente, la toma de sus decisiones más personales.</p> <p>En la adolescencia su madre decidía cuándo, cómo y con quién él tenía que vestir, salir a jugar o hacer las cosas que a él más le gustaban, y él debía subyugarse.</p>	<p>PRÁCTICAS INDIVIDUALES, SOCIALES Y CULTURALES Antes de la relación el sujeto pasaba los fines de semana en su casa, jugando videojuegos, viendo televisión, conviviendo con sus padres, hermana, cuñado y sobrinos, iba al cine y a cenar con su familia.</p> <p>Durante la relación sentimental, llevaba a su ex pareja a cenar, al cine, alguna vez la llevó de viaje, y otras de compras. Pero generalmente la pasaba ya sea en su casa, o en la casa de su ex pareja. Después de la jornada laboral y los fines de semana comúnmente la pasaba en su hogar.</p> <p>Actualmente tras la ruptura sentimental, el sujeto solo sale a trabajar cuando no se siente tan mal, salió algunas veces a buscar ayuda infructuosamente., no hace vida social, los fines de semana se los pasa encerrado en su cuarto y solo acude al psicólogo los lunes por la tarde. Ha dejado de llevar a cabo las prácticas sociales y personales más básicas tales como: salir a tomar un helado, ir a correr/caminar, o simplemente salir a distraerse a la calle.</p> <p>VALORES El sujeto afirma que le fueron inculcados valores familiares, y que para él, el ejemplo de fidelidad y devoción observada por sus padres hacia el matrimonio y hacia sus hijos es admirable. Esto es lo que él aprendió, y lo que no le permite concebir o aceptar el engaño de pareja. Lo mismo para el caso del aborto, donde la devoción a Dios, y el respeto por la vida humana no le permiten aceptarlo.</p> <p>CREENCIAS Por aprendizaje en el seno familiar, el sujeto cree que la mujer debe sujetarse o subyugarse siempre a las disposiciones o decisiones del cónyuge.</p> <p>Según él, siempre observó que su madre trataba de imponer sus ideas y formas particulares de hacer las cosas, pero cuando su padre se oponía en ciertas cosas o situaciones, ella terminaba por</p>	<p>Otras conductas del caso que no fueron seleccionadas como (conductas de interés), y que no están siendo utilizadas en el modelo secuencial integrativo, ni serán utilizadas para el análisis funcional.</p> <p>Solo quedan registrados como otros elementos del caso.</p> <p>Motoras - Llanto de coraje, o impotencia - Irritabilidad - Agresividad - Deja de comer - Torpeza en su motricidad fina - Distracción en actividades - Propensión a accidentes - Precipitación al actuar</p> <p>Fisiológicas - Sudoración - Escalofríos - Pérdida del apetito - Resequedad de boca - Estómago revuelto - Tensión muscular - Insomnio - Somnolencia - Contractura de cuello - Cansancio físico - Dolor de cabeza - Nudo en garganta sensación.</p> <p>Cognitivas - Enojo - Coraje - Negativista con el futuro - Agotamiento mental - Incapaz de tomar decisiones - Dificultad de atención - Olvidos</p>	<p>O MODIFICAN EL ENTORNO DE ÉL MISMO O DE OTROS - Sus episodios de llanto, ansiedad y tristeza afectan a su familia ya que se preocupan y sufren pues se sienten impotentes para poder ayudarlo de alguna forma con lo que le está sucediendo.</p> <p>- En su centro de trabajo sus compañeros lo evitan pues él no puede controlar sus episodios y se muestra mal.</p> <p>- Tanto sus amigos, otros familiares, y conocidos en general, lo evitan pues al victimizarse los hace sentir mal, además de que su único tema de conversación todo el tiempo es su problema.</p>	<p>INTERNOS - Continuar sintiendo una gran culpa por todo lo sucedido durante y después del término de la relación.</p> <p>- La pérdida de la auto-confianza para intentar volver a relacionarse sentimentalmente.</p> <p>- No lograr sentirse capaz de solucionar conflictos sean sentimentales o de cualquier otra naturaleza.</p> <p>- Preferir declinar por someterse o subyugarse a lo que la pareja en turno disponga, tal y como lo hace con su madre.</p>
---	--	---	--	---

<p>Su madre le resolvía asuntos escolares, problemas con las amistades de la calle, le hacía tareas escolares, y decidía los programas que él debía ver en TV, así como también le arreglaba los conflictos escolares tales como: el bullying, y peleas propias de la edad.</p> <p>Ya sobre los 17 años en adelante su madre continúa siendo muy posesiva y se toma la atribución de escogerle las chicas con las que debía salir según su criterio, por lo cual perdió algunas oportunidades de relacionarse con otras mujeres según su propio criterio y gusto.</p> <p>Una relación anterior le fue truncada pues la chica no le pareció la apropiada a su madre, y él no tuvo valor (según él fue prudente) para no oponer resistencia a las determinaciones de su madre.</p> <p>En el conflicto que llevó a término su segunda y última relación, su madre intervino varias veces aconsejándolo para hacer o no hacer cosas en beneficio de la relación.</p> <p>Entre su hermana mayor y su madre, bloquearon un par de veces sus intenciones de proponerle matrimonio a su ex pareja, y en contubernio actuaron para no pasarle llamadas telefónicas de la chica, y esconderle su celular.</p> <p>Al final la acción de esconderle su tarjeta de débito por acuerdo entre madre y hermana, fue la que desató el conflicto que terminó con la relación.</p>	<p>aceptar sumisamente las disposiciones.</p> <p>Por aprendizaje en el seno familiar, el sujeto cree que la mujer que deshonra su hogar o a su pareja simplemente es una (puta). Pero también cree que hasta a esta clase de mujeres se les puede dar otra oportunidad. (Por esto: según palabras de él, desea darle otra oportunidad).</p> <p>Por aprendizaje en el seno familiar, el sujeto cree en que la familia siempre debe estar junta bajo un mismo techo, inclusive los hijos deben llevar a sus esposas a vivir bajo el mismo techo y bajo el mando de (los patriarcas) sus padres.</p> <p>Por aprendizaje en el seno familiar, el sujeto cree que no es tan importante que llegado a cierta edad el individuo deba/tenga que independizarse y/o emanciparse, cree que mientras los hijos obedezcan a sus padres dentro del rol familiar, el control siempre debe ser de los padres.</p>			
<p style="text-align: center;">VARIABLE INDEPENDIENTE 2</p>	<p style="text-align: center;">VARIABLE INDEPENDIENTE 4</p>	<p style="text-align: center;">VARIABLE DEPENDIENTE 1</p>	<p style="text-align: center;">VARIABLE INDEPENDIENTE 5</p>	<p style="text-align: center;">VARIABLE INDEPENDIENTE 3</p>

ANALISIS FUNCIONAL: DETERMINA LA REALCIÓN EXISTENTE ENTRE LAS CONDUCTAS DE INTERÉS Y LOS FACTORES IVOLUCRADOS.

ANÁLISIS FUNCIONAL DE LA CONDUCTA

Contingencias que refuerzan la presencia de las conductas de interés.

Las conductas de interés están siendo mantenidas por **contingencias de reforzamiento negativo**; entre los **factores predisponentes** principalmente (cognitivos) hallados profundizando en la relación familiar, se logró identificar que el usuario ha mantenido desde siempre una relación conflictiva por chantaje emocional y por imposición de ideas y formas de obrar con su madre, él siente gran temor por expresarle sus necesidades y maneras de sentir; el usuario identifica a su madre sin atreverse a expresarlo directamente como una persona autoritaria, chantajista e impositiva, con disfraz de sobreprotectora; aquí se crea una influencia causal poderosa directa en la respuesta inmediata inconsciente del usuario, donde tratándose de confrontaciones o de la toma de la iniciativa y/o decisiones ante mujeres (su madre, su hermana, su ex pareja) siempre termina doblegándose y victimizándose.

Entre los **factores desencadenantes** principales, la peculiar perspectiva que su madre tiene de él, y del lazo materno filial, (el yugo que ejerce madre sobre hijo), guarda una relación funcional bidireccional con: (cognitivo) ansiedad, obsesión y tristeza; (fisiológico) sofocación, dolor de estómago, sensación de aturdimiento.

Las variables cognitivas y fisiológicas seleccionadas como **motivo de consulta** necesariamente se encuentran involucradas en una cadena causal, actuando como conductas recursivas, es decir: que se llaman a sí mismas, son antecesoras y sucesoras o precedentes y consecuentes de (R), que disparan las conductas de interés, y a su vez obran como respuestas inmediatas ante situaciones (estímulos) generalmente estresores (repertorio conductual del usuario).

Las contingencias inmediatas que disparan e incrementan el motivo de consulta se ven reflejadas en conductas (cognitivas) siente miedo y se siente inseguro para asistir a la escuela a dar clases, lo hostigan los pensamientos intrusivos; (fisiológicas) se siente sumamente agotado y sin ganas de hacer nada; (motoras) llora mucho a veces de coraje, de impotencia, otras de sentimiento. Usuario y terapeuta caen en la conclusión de que cada una de estas conductas ha sido una constante de siempre como respuestas inmediatas ante diversos dilemas estresores en todas las etapas de su vida familiar.

Las contingencias inmediatas que mitigan o decrementan el motivo de consulta. Ciertas personas han logrado conseguir con sus palabras de apoyo reducir su ansiedad y tristeza; las tareas de analizar los conceptos tratados en las diferentes sesiones han conseguido mitigar o relajar ligeramente su carga de tensiones; antes de las sesiones psicológicas no llevaba rumbo alguno la situación, pero ahora y como producto de las sesiones terapéuticas el usuario siente la esperanza de lograr dejar atrás el sufrimiento.

Las contingencias inmediatas como respuesta al motivo de consulta que son modificadoras de su propio entorno y del de otros son: sus episodios de llanto, ansiedad y tristeza afectan a su familia pues se sienten impotentes para ayudarlo; en su centro de trabajo: alumnos, compañeros y directivos notan que no puede controlarse y se muestra mal, lo cual genera burlas, críticas, discriminación y llamadas de atención de los directivos.

En resumen se concluye que existe un grupo mixto de **contingencias negativas principalmente (cognitivas)** derivadas del sistema de creencias adquirido directamente del vínculo familiar, que están reforzando y manteniendo las conductas de interés en sus tres dimensiones.

Selección del tratamiento

Derivado del Análisis Funcional de la Conducta, que a su vez es producto del Modelo Secuencial Integrativo, queda conformado el Esquema de tratamiento que consta de siete técnicas conductuales seleccionadas expreso para intervenir las conductas objetivo.

ESQUEMA DE TRATAMIENTO

Tabla 4. Protocolo de tratamiento diseñado para la intervención.

TÉCNICA DE INTERVENCIÓN	JUSTIFICACIÓN DE LA TÉCNICA	DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA	HACIA QUÉ RESULTADO INSTRUMENTAL VA DIRIGIDA
Defención de pensamiento.	<p>Basada en el auto-control, la DP, es un procedimiento ideado por Bain en (1928), y popularizada por Wolpe en (1969), la técnica se ha visto enmarcada bajo diferentes teorías. Por ejemplo Wolpe, la define como un procedimiento basado en el reforzamiento positivo. La base de este procedimiento es el establecimiento de un hábito inhibitorio mediante el reforzamiento positivo.</p> <p>Otros autores la han descrito como un procedimiento de reforzamiento negativo según el cual, al interrumpir un pensamiento generador de ansiedad se obtiene un gran alivio, y esto aumenta la probabilidad de conseguir interrumpirlo, para posteriormente en base al trabajo extinguirlo.</p>	<p>En especial para el presente caso:</p> <p>Se constituyen 5 puntos específicos.</p> <p>1.- Luego de explicar al usuario cinco pasos básicos para desarrollar la técnica, se dispone de un par de minutos para hacer respiración profunda y ganar relajación, así da comienzo la técnica.</p> <p>2.- Usuario y terapeuta hacen un recuento de los pensamientos (negativos) rumiantes, intrusivos, obsesivos etc., más frecuentes que le aquejan. Así como también de los pensamientos (positivos) que le causan, producen o provocan felicidad, seguridad y/o tranquilidad etc.</p> <p>3.- Focalizar atención en el pensamiento (negativo) que más le causa escozor, más repetitivo o que más intranquilidad le provoca. Sentirlo con todos sus detalles, (ojos cerrados el usuario se inquieta, así transcurren 2 min.).</p> <p>4.- Interrupción del pensamiento con ayuda. Transcurridos 2 min, con la ayuda de un golpe en el escritorio usuario y</p>	<p>En especial para el presente caso:</p> <p>Será implementada la DP para eliminar pensamientos obsesivos, intrusivos, rumiantes, perseverantes etc., que son improductivos, irreales y tienden a inhibir la ejecución de conductas asertivas, interponiéndose mediante una secuencia ininterrumpida de conductas desadaptadas, que generan desasosiego, hastío y/o fatiga mental entre otras.</p>

		<p>terapeuta gritan la palabra <u>¡basta!</u> el usuario hace el cambio del pensamiento negativo al positivo, ayudándose con un pellizco en la mano. Se aclara que en caso de regresar el pensamiento negativo vuelve a gritar la palabra <u>¡basta!</u></p> <p>5.- Interrupción del pensamiento sin ayuda. Con la práctica el usuario deberá aprender a controlar el pensamiento sin ayuda de nadie, poco a poco, va ir dejando de gritar la palabra “basta”, y lo va a hacer solo mentalmente, con la ayuda del pellizco</p> <p>Una vez que se logre controlar el pensamiento, se suprime el pellizco hasta controlar cualquier pensamiento negativo sólo con la orden mental <u>basta!</u>”.</p>	
Entrenamiento en auto-instrucciones.	<p>El entrenamiento en auto-instrucciones es una técnica cognitiva diseñada por Meichenbaum en 1969. Su objetivo es modificar el diálogo interno de la persona para facilitar el afrontamiento de una determinada tarea, situación o acontecimiento. En general se utiliza cuando lo que el individuo se dice a sí mismo es interferente o inapropiado para la ejecución de una tarea específica o para manejarse adecuadamente con una situación. Utilizado con éxito en tareas para evaluar la capacidad de percepción y abstracción así como para sustituir el habla irracional.</p>	<p>En especial para el presente caso:</p> <p>En un primer paso el terapeuta verbaliza la instrucción en voz alta.</p> <p>En un segundo paso el usuario verbaliza la misma instrucción en voz alta.</p> <p>En un tercer paso el usuario interioriza la instrucción.</p> <p>Las instrucciones refieren a respuestas cognitivas correctas o apropiadas a recontextualización o visualización correcta del problema.</p>	<p>En especial para el presente caso:</p> <p>El uso de la técnica va dirigido a que el usuario se da a sí mismo un conjunto de órdenes o instrucciones apropiado para la regulación autónoma de su conducta.</p> <p>El objetivo de este entrenamiento es enseñar al usuario respuestas de actuación asertivas, rápidas y eficaces para que pueda lograr el éxito en sus tareas y en sus conductas cotidianas.</p>
Desensibilización sistemática.	<p>J. Wolpe (1958). Desarrolló la DS como un método para reducir las reacciones de ansiedad. El</p>	<p>En especial para el presente caso:</p> <p>El procedimiento consta de dos componentes</p>	<p>En especial para el presente caso:</p> <p>La técnica de intervención va dirigida principalmente</p>

	<p>procedimiento se basa en los principios del Condicionamiento Operante de Pavlov (1927). La suposición básica que subyace a la DS, es que una respuesta de ansiedad ante un estímulo provocador de miedo puede debilitarse o eliminarse generando una respuesta contraria a la ansiedad. Cualquier respuesta que sea incompatible con la ansiedad puede utilizarse para inhibirla.</p>	<p>básicos.</p> <p>1.- enseñar al usuario una respuesta contraria a la ansiedad, cualquier respuesta contraria por parte del usuario como respuesta de aserción bastará, por ejemplo una respuesta asertiva inhibe la experiencia de la ansiedad, en consecuencia esto serviría adecuadamente como un agente anti-ansiedad.</p> <p>2.- el componente implica una exposición gradual al estímulo provocador de miedo.</p> <p>Para este caso en particular se procede a realizar un ejercicio simulado un diálogo con una compañera profesora (foto de la compañera), que agrade mucho de forma verbal al usuario, la simulación del diálogo se da en el ambiente del salón para maestros.</p> <p>En especial para el presente caso:</p> <p>Se instruye al usuario a que reserve un lapso, lugar y modo específicos para inquietarse.</p> <p>Las preocupaciones se retrasan hasta el lugar y la hora programada, momento en el cual se asigna al usuario la labor de estar intranquilo.</p> <p>La instrucción al usuario es que escoja el lugar, la hora y la forma diaria en que se permita explayar al máximo sus preocupaciones, miedos, tristezas, sufrimientos, ansiedades y obsesiones, en un ambiente controlado como es la sesión terapéutica, y/o la intimidad de su habitación (previas instrucciones).</p>	<p>a eliminar las conductas de miedo, ansiedad ante la evaluación social, y el síndrome de evitación, como: limitación de la movilidad social, interferencia con las relaciones interpersonales, limitación de la capacidad creativa, miedo a la confrontación, ansiedad por las actitudes contrarias de otros.</p>
--	--	---	---

<p>Control de estímulos.</p>	<p>Los fundamentos conceptuales y empíricos básicos de los métodos operantes fueron formulados por Skinner hacia (1938, 1953, 1966). El control de estímulos en particular es una estrategia operante en donde la presencia o ausencia de un estímulo particular o de un grupo de estímulos determinados influye de forma fiable sobre si una respuesta un grupo específico de respuestas tendrá lugar o no. Implica hacer que el usuario consiga controlar las circunstancias en las cuales surgen sus preocupaciones, es decir, cómo, cuándo y dónde. La demora o retraso de la preocupación en forma, lugar y tiempo, permite que el usuario se den cuenta que puede manipular como quiera, cuando quiera, y en donde quiera el afrontamiento, lo cual reduce de manera importante su intolerancia a la incertidumbre. Con el control de estímulos los usuarios a menudo reportan una necesidad menor de preocupación y una mayor capacidad para evitarla.</p>	<p>En especial para el presente caso:</p> <p>Se instruye al usuario para que deliberadamente se marque un horario, un lugar, y si es posible hasta la forma como va a enfrentar/sentir el evento preocupación, estrés, miedo, ansiedad etc., la idea es que gradualmente consiga manipular en donde sea y como sea su afrontamiento; con la constancia en este ejercicio, el paciente ira dando cuenta que puede controlar bien las circunstancias en las cuales surgen sus preocupaciones, es decir: el cómo, el cuándo y el dónde, así irá reduciendo su intolerancia a la incertidumbre.</p>	<p>En especial para el presente caso:</p> <p>La técnica será utilizada para combatir el miedo y la inseguridad para asistir a la escuela a dar clases, contingencias inmediatas productos de la obsesión y la ansiedad que es parte de las conductas de interés.</p> <p>Se busca que el paciente haga a un lado gradualmente el miedo y la inseguridad no solo para ir al trabajo, sino para efectuar sus actividades cotidianas en los diferentes contextos donde deba o tenga que incursionar.</p> <p>La práctica disciplinada de sujetar mente y voluntad a su disposición para efectuar el ejercicio de forma controlada, la habrá de dotar de la herramienta necesaria para darle su lugar y tiempo a cada actividad, en este caso particular, para no llevar a cabo las conductas erráticas que le impiden desarrollarse plenamente.</p>
<p>Terapia racional emotiva.</p>	<p>Método creado hacia (1962), por el Psicólogo Albert Ellis. La TRE es una técnica cognitivo-conductual basada fundamentalmente en la idea de que tanto las emociones como las conductas son producto de las inferencias, creencias o deducciones del individuo y de su interpretación de la realidad; su meta primordial consiste en</p>	<p>En especial para el presente caso:</p> <p>Se describen al usuario 11 creencias irracionales que a juicio del Psicólogo Albert Ellis, son las que básicamente conducen al individuo a mantener inferencias irracionales, comportamientos erráticos, y a la perturbación emocional. El propósito es buscarle</p>	<p>En especial para el presente caso:</p> <p>Se implementa la TRE dentro del esquema de tratamiento, con la finalidad de que el usuario logre darse cuenta de forma clara: como muchas de sus ideas y creencias no están sustentadas firmemente en una lógica racional apropiada, sino que son ideas irracionales que además de ser viejas</p>

	<p>aprender a identificar pensamientos irracionales, disfuncionales o erróneos y remplazarlos o sustituirlos por pensamientos racionales efectivos, que permitan alcanzar al individuo sus metas personales sin la inferencia de pensamientos influenciados generalmente por creencias personales que pueden ser absurdas e inclusive obsoletas. La premisa principal es establecer relaciones sanas con la gente. La TRE examina las inferencias sobre uno mismo, sobre la gente y sobre las situaciones de la vida diaria en general, así como la filosofía básica del individuo en la que se basan o sustentan estas inferencias, creencias, deducciones o suposiciones.</p>	<p>una relación afín con sus propias situaciones de vida, eventualidades cotidianas, y corregir las inferencias o pensamientos irracionales que se derivan de ello.</p> <p>Se pide al usuario hacer profunda reflexión sobre cada una de estas creencias irracionales todos los días.</p>	<p>están deformadas, y que le fueron transmitidas principalmente a través del vínculo familiar que a su vez fueron adquiridas a través de generaciones familiares, y que si bien en algunos momentos de su vida le fueron enseñadas para su auto-protección, hoy son obsoletas, y lejos de ayudarlo, bloquean el avance natural de su desarrollo social, por ser ideaciones irracionales y conducir a conductas erráticas.</p>
<p>Técnica de relajación progresiva de (Jacobson).</p>	<p>Las primeras publicaciones sobre la TRPJ, datan del año (1929), donde Jacobson inspira sus principios básicos fundamentados en las técnicas de meditación utilizadas por la filosofía oriental, las cuales pretendían centrar o inducir al sujeto a tres objetivos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- Contemplación 2.- Estado de conciencia. 3.- Relajación. <p>La TRPJ, favorece a una relajación profunda sin realizar un esfuerzo importante. Trabajando de forma constante con sus ejercicios gradualmente se consigue establecer un control voluntario de la tensión y distensión muscular, con lo cual se llega más allá de los logros obtenidos en una</p>	<p>En especial para el presente caso:</p> <p>Una vez en el ambiente controlado de la sesión se incorporan los elementos necesarios tales como: ambiente sin ruido libre de estímulos exteriores, temperatura adecuada, música relajante, luz tenue, ropa holgada, sentado el cómodamente en un sillón.</p> <p>La técnica consta de 3 fases:</p> <p>1ª. Fase de tensión-relajación. Se trata de tensar y relajar diferentes grupos de músculos en todo el cuerpo, con el fin de aprender a reconocer la diferencia que existe entre el estado de tensión muscular de relajación muscular.</p> <p>(El terapeuta va dictando los grupos musculares)</p>	<p>En especial para el presente caso:</p> <p>Los beneficios específicos que se busca obtener con la implementación de la técnica son:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Disminuir el estado de ansiedad. b) Relajar la tensión muscular. c) Facilitar la conciliación del sueño.

	<p>relajación sin tensión. Su principal mecanismo de aprendizaje es por discriminación perceptiva de los niveles de tensión en cada grupo muscular, a través de los ejercicios sistemáticos de tensión-distensión.</p>	<p>2ª. Fase de revisión mental de los grupos musculares. Comprobando que se han relajado al máximo.</p> <p>3ª Fase. Fase relajación mental. En la cual se induce al usuario a pensar en una escena agradable y positiva, o en un pensamiento que le genere tranquilidad, o bien puede mantener la mente en blanco. Aquí se trata de relajar la mente a la vez que se continúa relajando el cuerpo.</p>	
<p>Técnica de la Atención plena o (Mindfulness).</p>	<p>La técnica de mindfulness o Atención plena, se integra dentro del grupo de Técnicas denominadas terapias de tercera generación (TTG).</p> <p>Aunque el enfoque terapéutico basado en el mindfulness y aceptación tienen una larga historia, el interés por el papel de estos constructos en el campo de la salud mental es relativamente reciente, integrándose a la psicoterapia a través la inclusión de técnicas que obedecen a la necesidad de ampliar y optimizar los enfoques terapéuticos existentes para reducir la vulnerabilidad cognitiva al estrés y a las respuestas emocionales negativas.</p>	<p>En especial para el presente caso:</p> <p>Se procede a la elaboración de un ejercicio propio para este propósito.</p> <p>La técnica se basa en la meditación que a su vez conlleva dos preceptos fundamentales:</p> <p>1.- Concentración (relajación y calma). Consiste en focalizar la mente en un solo objeto de atención (por ejemplo la respiración o el ritmo del corazón), pero uno solo, buscando no perder la atención en el objeto, si hay distracción, suavemente se regresa la atención al objeto.</p> <p>2.- Atención Plena. Consiste en permitir a la concentración moverse de un objeto de atención a otro conforme va fluyendo el momento presente, mientras conscientemente el paciente se hace "Observador Participante" de la experiencia.</p>	<p>En especial para el presente caso:</p> <p>En lo cognitivo: a) Incrementa la habilidad para la concentración y el manejo de los estímulos estresores con menor reactividad, b) el enfoque en el "aquí y ahora", permite evitar el ser dominado o arrastrado por pensamientos, sensaciones y emociones perturbadoras, pues al tomar conciencia de que están presentes, se hace posible detener a tiempo la escalada de ansiedad, miedo, ira, desesperación y tristeza. En lo fisiológico: a) la práctica regular de la AP permite gradualmente la autorregulación del sistema nervioso autónomo, disminuyendo estrés, ansiedad, depresión, y por supuesto las respuestas fisiológicas asociadas tan desagradables. En lo motor: a) permite disminuir la percepción del malestar general e incrementar la habilidad para tolerarlo, b) permite Incrementar la motivación para hacer cambios saludables en el estilo de vida.</p>

Selección y aplicación de técnicas de evaluación

Justificación del uso de las técnicas

Detención de Pensamiento: se implementa la técnica DP específicamente para eliminar pensamientos obsesivos, intrusivos, rumiantes, perseverantes etc., que son improductivos, irreales y tienden a inhibir la ejecución de conductas asertivas.

Entrenamiento en Auto-instrucciones: se implementa la técnica EAI dirigida expresamente a que el usuario se da a sí mismo un conjunto de órdenes o instrucciones Auto-verbalizadas apropiadas para la regulación autónoma de su conducta. El objetivo principal es enseñar al usuario respuestas de actuación asertiva, rápidas y eficaces para que pueda lograr controlar situaciones cotidianas en sus diferentes ambientes de interacción.

Desensibilización Sistemática: se implementa la técnica DS de intervención dirigida principalmente a eliminar las conductas de: miedo, ansiedad ante la evaluación social, y el síndrome de evitación, como limitación de la movilidad social, interferencia con las relaciones interpersonales, limitación de la capacidad creativa, miedo a la confrontación, ansiedad por las actitudes contrarias de otros.

Control de estímulos: se implementa el CE principalmente para combatir: miedo, inseguridad, desesperación, para asistir a la escuela a dar clases, contingencias inmediatas productos de la obsesión y la ansiedad que son conductas objetivo.

Terapia Racional Emotiva: se implementa la TRE con la finalidad que el usuario logre darse cuenta de forma clara que muchas de sus ideas y creencias no están sustentadas firmemente en una lógica racional apropiada, sino que son ideas absurdas que además de ser viejas se han deformado a través de la trasmisión oral de las generaciones, y con el pasar de los años se han disparatado, es esto lo que bloquea la posibilidad de un sano razonamiento lógico, asertivo y constructivo.

Técnica de Relajación Progresiva (Jacobson): se implementa la TRP buscando los beneficios específicos de: a) disminuir el estado de ansiedad, b) relajar la tensión muscular, c) facilitar la conciliación del sueño.

Técnica de Atención Plena o (Mindfulness): se implementa la TAP en específico buscando: a) incrementar la habilidad para la concentración y el manejo de los estímulos estresores con menor reactividad, b) con el enfoque: "aquí y ahora", evitar el ser dominado o arrastrado por pensamientos, sensaciones y emociones perturbadoras, pues al tomar conciencia de que están presentes, se hace posible detener a tiempo la escalada de ansiedad, miedo, ira, desesperación y tristeza, c) incrementar gradualmente la autorregulación del sistema nervioso autónomo, disminuyendo estrés, ansiedad, depresión, y por supuesto las respuestas fisiológicas asociadas tan desagradables, d) disminuir la percepción del malestar general e incrementar la habilidad para tolerarlo.

Resultados

De las doce sesiones una por semana que comprendieron el total de la práctica, seis corresponde a la fase o periodo de evaluación, y seis a la de tratamiento. Las tres primeras semanas de evaluación sirvieron principalmente para la recopilación amplia de datos del caso y selección de conductas objetivo.

A partir de la tercera semana quedó establecida la línea base de registros que comprendió diez semanas efectivas de registro de conductas, quedando sujetas a registro nueve conductas, seis de ellas mediante el indicador de Intensidad, y las tres restantes mediante el indicador de frecuencia. Como ya pudo ser observado, inmediatamente se procedió a efectuar la conformación del Modelo Secuencial Integrativo de donde derivó el Análisis Funcional de las conductas. Finalmente a partir de la relación funcional de las conductas se procedió a hacer la cuidadosa selección de las técnicas conductuales que conformaron el Esquema de Tratamiento.

Secuencia del tratamiento de los datos

- tabulación base de las hojas de registro
- conteo de la frecuencia de conductas por semana de acuerdo con sus indicadores
- sumatoria total de la frecuencia de las conductas durante el periodo de registro
- conformación de tablas sumatorias de datos
- representación gráfica de tablas sumatorias
- índice de nivel de ejecución para las conductas bajo el indicador de frecuencia

Indicador: Frecuencia

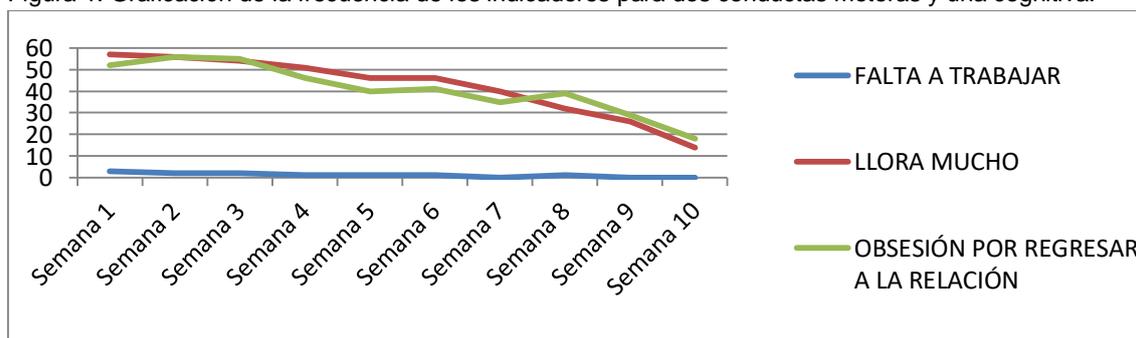
En la tabla 5 se observa la disminución de la incidencia de las tres conductas operacionalizadas con la unidad de medida de frecuencia, desde la sesión 1 de registros y 3ª. de evaluación donde se sitúa la línea base. Esto implica que desde ahí comenzaron a contenerse brevemente las conductas objetivo, en la tendencia de las tres conductas se observa claramente la diferencia entre la línea base, 1ª. de registros y 3ª. de evaluación, y la sesión 10ª. que es la 6ª. y última del periodo de intervención.

Tabla 5. Frecuencia de los indicadores para dos conductas motoras y una cognitiva.

CONDUCTA	SESIONES DE REGISTRO										TOTAL
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
FALTA A TRABAJAR	3	2	2	1	1	1	0	1	0	0	11
LLORA MUCHO	57	56	54	51	46	46	40	32	26	14	422
OBSESIÓN POR REGRESAR A LA RELACIÓN	52	56	55	46	40	41	35	39	29	18	411

La Figura 1 ilustra gráficamente la tendencia de las tres conductas operacionalizadas mediante el indicador de frecuencia que visiblemente van a la baja desde el principio, lo que implica que el usuario comenzó a disminuirlas ininterrumpidamente desde la 1ª. sesión de registros y 3ª. de evaluación, hasta el final de la fase de tratamiento.

Figura 1. Graficación de la frecuencia de los indicadores para dos conductas motoras y una cognitiva.



Indicador: Intensidad

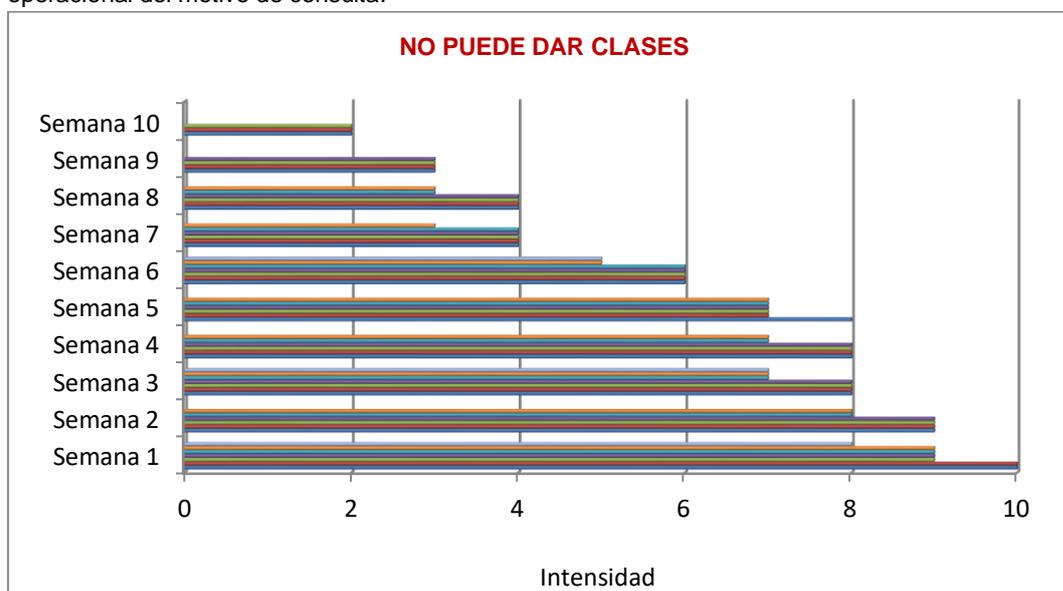
En la tabla 6 se puede observar la disminución de la incidencia de la conducta: **(no puede dar clases pues no logra concentrarse)**, operacionalizada con la unidad de medida de Intensidad, a partir de la sesión 1 de registros que representa desde la 3ª. sesión de evaluación, hasta la sesión 12ª. última del tratamiento. Esto implica que desde el principio de las sesiones de registro comenzó a contenerse la conducta objetivo, en la tendencia de se observa la diferencia entre la línea base aún en el periodo de evaluación (sesión 3 - 6), y la de intervención (sesión 7 -12).

Tabla 6. Intensidad del indicador “no logra concentrarse” parte de la definición operacional del motivo de consulta.

INTENSIDAD		CONDUCTA											
		10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	
NO PUEDE DAR CLASES PUES NO LOGRA CONCENTRARSE	SESIONES	1	2	4	1								
	2		4	2									
	3			4	3								
	4			4	2								
	5			1	5								
	6					5	2						
	7							5	1				
	8							4	2				
	9								4				
	10									3			
TOTAL		2	8	12	10	5	2	9	7	3			

La Figura 2 ilustra gráficamente la tendencia de la conducta operacionalizada con la unidad de medida de intensidad que visiblemente va a la baja desde el principio, lo que implica que el usuario comenzó a disminuir ininterrumpidamente dicha conducta desde la 1ª. sesión de registros y 3ª. de evaluación, y hasta el final de la fase de tratamiento.

Figura 2. Graficación de la intensidad del indicador “no logra concentrarse” parte de la definición operacional del motivo de consulta.



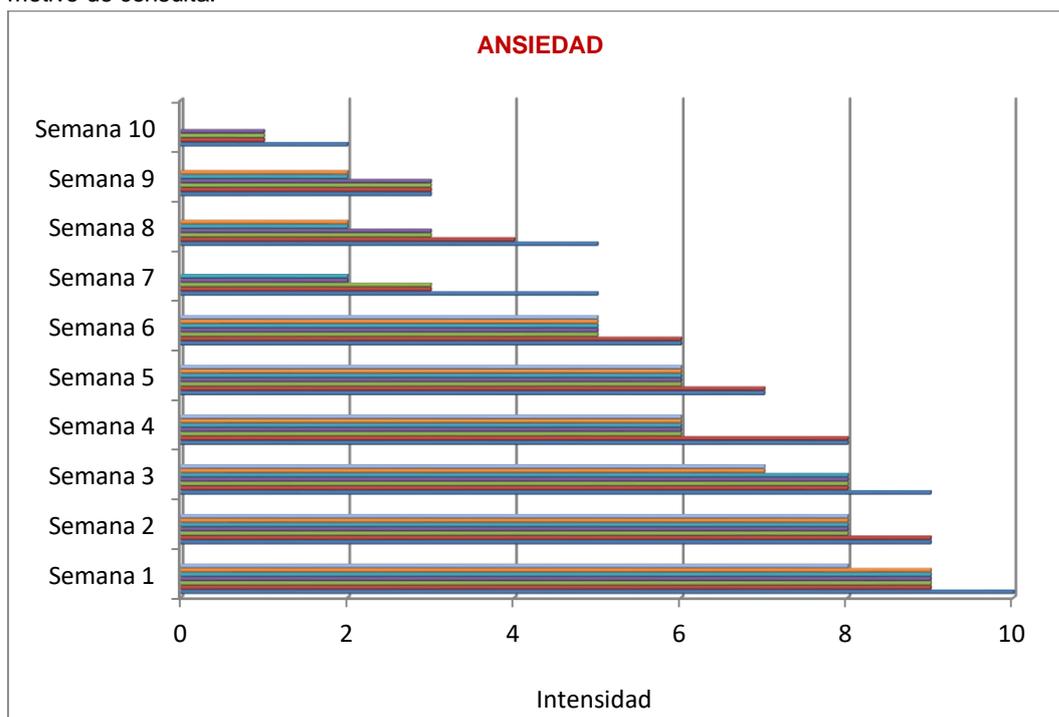
En la tabla 7 se puede observar la disminución de la incidencia de la conducta: (**ansiedad**), operacionalizada con la unidad de medida de Intensidad, a partir de la sesión 1 de registros que representa la 3ª. sesión de evaluación, hasta la sesión 12ª. última del tratamiento. Esto implica que desde el principio de las sesiones de registro comenzó a contenerse la conducta objetivo, en la tendencia se observa la diferencia entre la línea base aún en el periodo de evaluación (sesión 3 - 6), y la de intervención (sesión 7 -12).

Tabla 7. Intensidad del indicador “ansiedad” parte de la definición operacional del motivo de consulta.

INTENSIDAD		CONDUCTA										
		10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
ANSIEDAD	1	1	5	1								
	2		2	5								
	3		1	4	2							
	4			2	5							
	5				2	5						
	6					2	5					
	7						1	2	2			
	8						1	1	2	2		
	9								4	2		
	10									1	3	
TOTAL		1	8	12	9	7	7	1	8	7	3	

La Figura 3 ilustra gráficamente la tendencia de la conducta operacionalizada con el indicador de intensidad que visiblemente va a la baja desde el principio, lo que implica que el usuario comenzó a disminuir ininterrumpidamente la frecuencia de la conducta desde la 1ª. sesión de registros y 3ª. de evaluación, hasta el final de la fase de tratamiento.

Figura 3. Graficación de la intensidad del indicador “ansiedad” parte de la definición operacional del motivo de consulta.



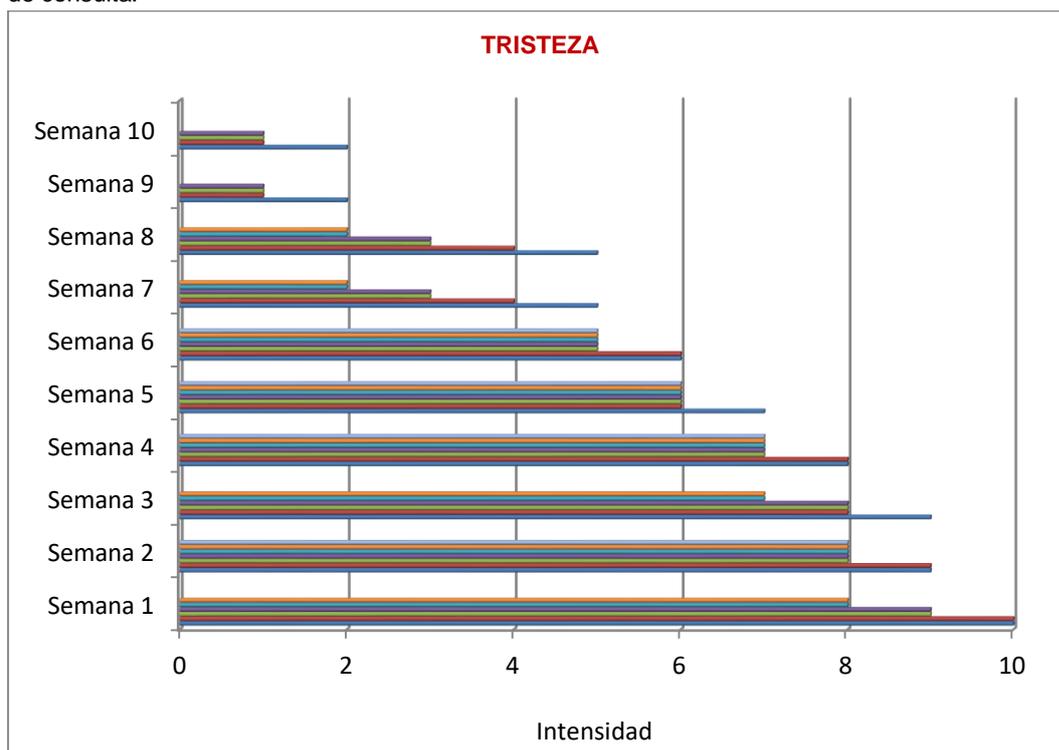
En la tabla 8 se puede observar la disminución de la incidencia de la conducta: (**tristeza**) operacionalizada con el indicador de Intensidad a partir de la sesión 1 de registros que representa la 3ª. sesión de evaluación, hasta la sesión 12ª. última del tratamiento. Esto implica que desde el principio de las sesiones de registro comenzó a contenerse la conducta objetivo, en la tendencia se observa la diferencia entre la línea base aún en el periodo de evaluación (sesión 3 - 6), y la de intervención (sesión 7 -12).

Tabla 8. Intensidad del indicador “tristeza” parte de la definición operacional del motivo de consulta.

INTENSIDAD CONDUCTA		INTENSIDAD										
		10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
TRISTEZA	1	2	3	2								
	2		2	5								
	3		1	3	2							
	4			2	5							
	5				1	6						
	6					2	5					
	7						1	1	2	2		
	8						1	1	2	2		
	9								4	2		
	10									1	3	
TOTAL		2	6	12	8	8	7	2	8	10	3	

La Figura 4 ilustra gráficamente la tendencia de la conducta operacionalizada con el indicador de intensidad que visiblemente va a la baja desde el principio, lo que implica que el usuario comenzó a disminuir ininterrumpidamente la frecuencia de la conducta desde la 1ª. sesión de registros y 3ª. de evaluación, hasta el final de la fase de tratamiento.

Figura 4. Graficación de la intensidad del indicador “tristeza” parte de la definición operacional del motivo de consulta.



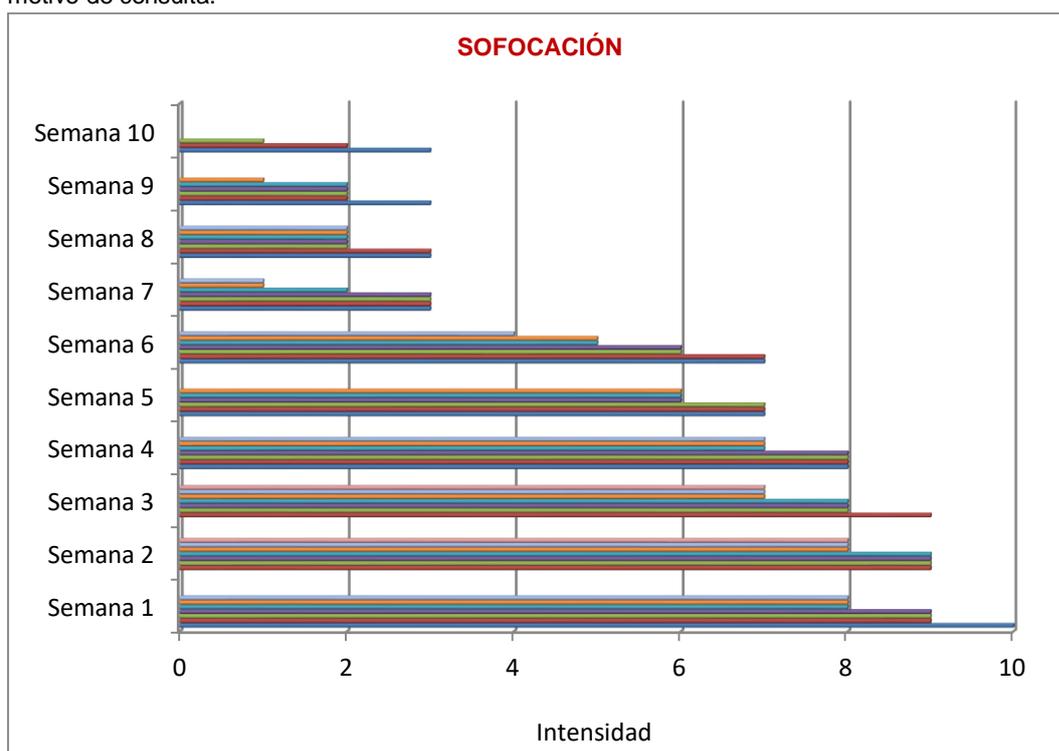
En la tabla 9 se puede observar la disminución de la incidencia de la conducta: (**sofocación**), operacionalizada con el indicador de Intensidad a partir de la sesión 1 de registros que representa la 3ª. sesión de evaluación, hasta la sesión 12ª. última del tratamiento. Esto implica que desde el principio de las sesiones de registro comenzó a contenerse la conducta objetivo, en la tendencia se observa la diferencia entre la línea base aún en el periodo de evaluación (sesión 3 - 6), y la de intervención (sesión 7 -12).

Tabla 9. Intensidad del indicador “sofocación” parte de la definición operacional del motivo de consulta.

INTENSIDAD		CONDUCTA										
		10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
SESIONES	1	1	3	3								
	2		4	3								
	3		1	3	3							
	4			4	3							
	5				3	3						
	6				2	2	2	1				
	7								4	1	2	
	8								2	5		
	9								1	4	1	
	10								1	1	1	
	TOTAL		1	8	13	11	5	2	1	8	11	4

La Figura 5 ilustra gráficamente la tendencia de la conducta operacionalizada mediante el indicador de intensidad que visiblemente va a la baja desde el principio, lo que implica que el usuario comenzó a disminuir ininterrumpidamente la frecuencia de la conducta desde la 1ª. sesión de registros y 3ª. de evaluación, hasta el final de la fase de tratamiento.

Figura 5. Graficación de la intensidad del indicador “sofocación” parte de la definición operacional del motivo de consulta.



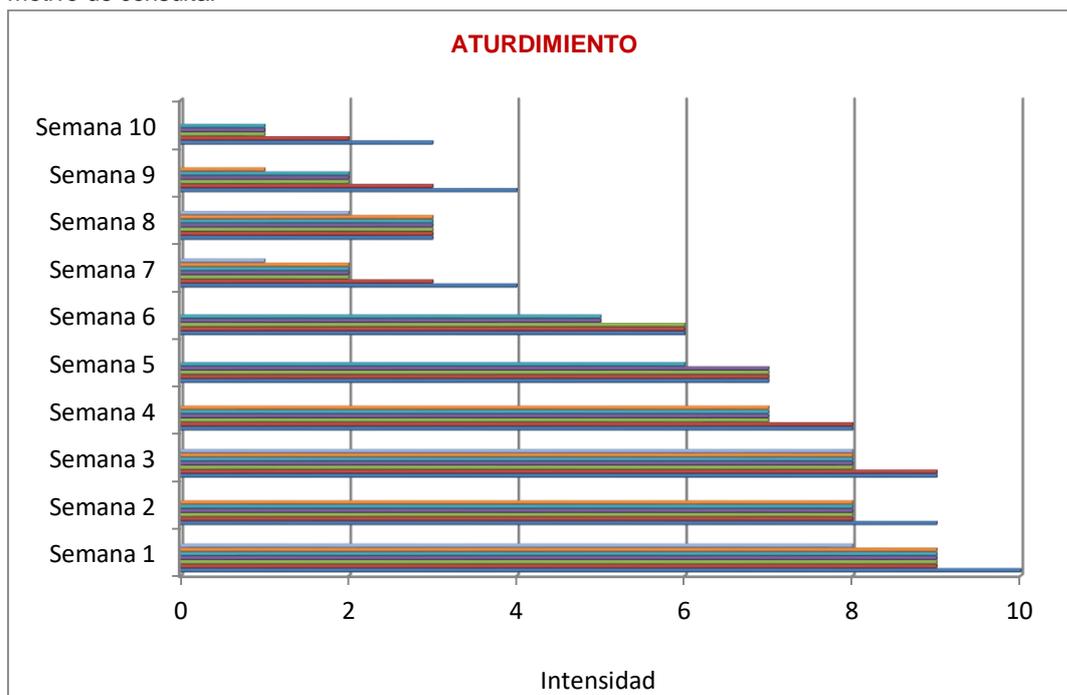
En la tabla 10 se puede observar la disminución de la incidencia de la conducta: (**aturdimiento**), operacionalizada con el indicador de Intensidad, a partir de la sesión 1 de registros que representa la 3ª. sesión de evaluación, hasta la sesión 12ª. última del tratamiento. Esto implica que desde el principio de las sesiones de registro comenzó a contenerse brevemente la conducta objetivo, en la tendencia se observa la diferencia entre la línea base aún en el periodo de evaluación (sesión 3 - 6), y la de intervención (sesión 7 -12).

Tabla 10. Intensidad del indicador “aturdimiento” parte de la definición operacional del motivo de consulta.

CONDUCTA		INTENSIDAD										
		10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
ATURDIMIENTO	1	1	5	1								
	2		1	5								
	3		2	5								
	4			2	4							
	5				4	1						
	6					3	2					
	7							1	1	4	1	
	8								6	1		
	9							1	1	3	1	
	10								1	1	3	
	TOTAL		1	8	13	8	4	2	2	9	9	5

La Figura 6 ilustra gráficamente la tendencia de la conducta controlada mediante el indicador de intensidad que visiblemente va a la baja desde el principio, lo que implica que el usuario comenzó a disminuir ininterrumpidamente la frecuencia de la conducta desde la 1ª. sesión de registros y 3ª. de evaluación, hasta el final de la fase de tratamiento.

Figura 6. Graficación de la intensidad del indicador “aturdimiento” parte de la definición operacional del motivo de consulta.



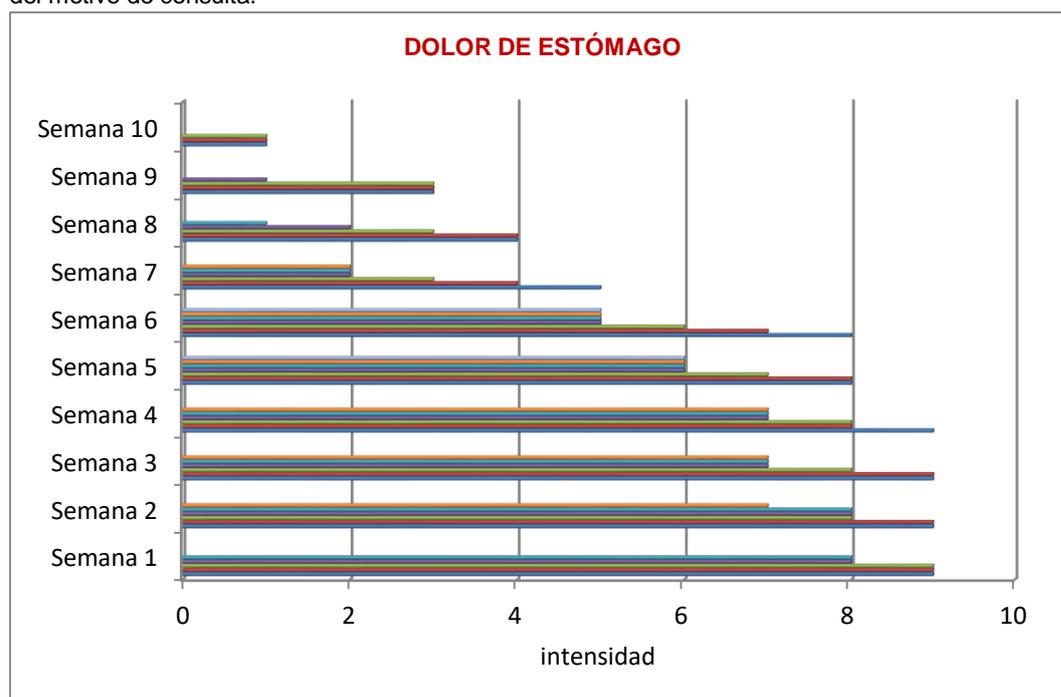
En la tabla 11 se puede observar la disminución de la incidencia de la conducta: **(dolor de estómago)** operacionalizada con el indicador de Intensidad a partir de la sesión 1 de registros que representa la 3ª. sesión de evaluación, hasta la sesión 12ª. última del tratamiento. Esto implica que desde el principio de las sesiones de registro comenzó a contenerse brevemente la conducta objetivo, en la tendencia se observa la diferencia entre la línea base aún en el periodo de evaluación (sesión 3 - 6), y la de intervención (sesión 7 -12).

Tabla 11. Intensidad del indicador “dolor de estómago” parte de la definición operacional del motivo de consulta.

INTENSIDAD CONDUCTA												
		10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
DOLOR DE ESTÓMAGO	1		3	2								
	2		2	3	1							
	3		2	1	3							
	4		1	2	3							
	5			2	1	4						
	6			1	1	1	4					
	7						1	1	1	3		
	8							2	1	1	1	
	9								3		1	
	10										3	
TOTAL		0	8	13	9	5	5	3	5	6	6	

La Figura 7 ilustra gráficamente la tendencia de la conducta operacionalizada mediante el indicador de intensidad que visiblemente va a la baja desde el principio, lo que implica que el usuario comenzó a disminuir ininterrumpidamente la frecuencia de la conducta desde la 1ª. sesión de registros y 3ª. de evaluación, hasta el final de la fase de tratamiento.

Figura 7. Graficación de la intensidad del indicador “dolor de estómago” parte de la definición operacional del motivo de consulta.



Índice de nivel de ejecución

Indicador: frecuencia

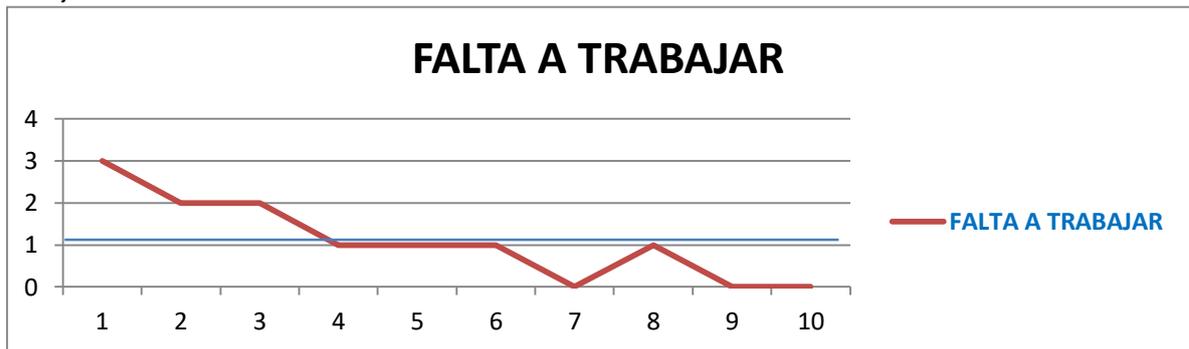
La tabla 12 misma que la tabla 5, observa la disminución de la incidencia de las tres conductas operacionalizadas con la unidad de medida frecuencia, desde la sesión 1 de registros y 3ª. de evaluación donde se sitúa la línea base. Se muestra como referencia para el índice de nivel de ejecución.

Tabla 5. Frecuencia de los indicadores para dos conductas motoras y una cognitiva.

CONDUCTA	SEMANAS										TOTAL 10 SEMANAS
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
FALTA A TRABAJAR	3	2	2	1	1	1	0	1	0	0	11
LLORA MUCHO	57	56	54	51	46	46	40	32	26	14	422
OBSESIÓN POR REGRESAR A LA RELACIÓN	52	56	55	46	40	41	35	39	29	18	411

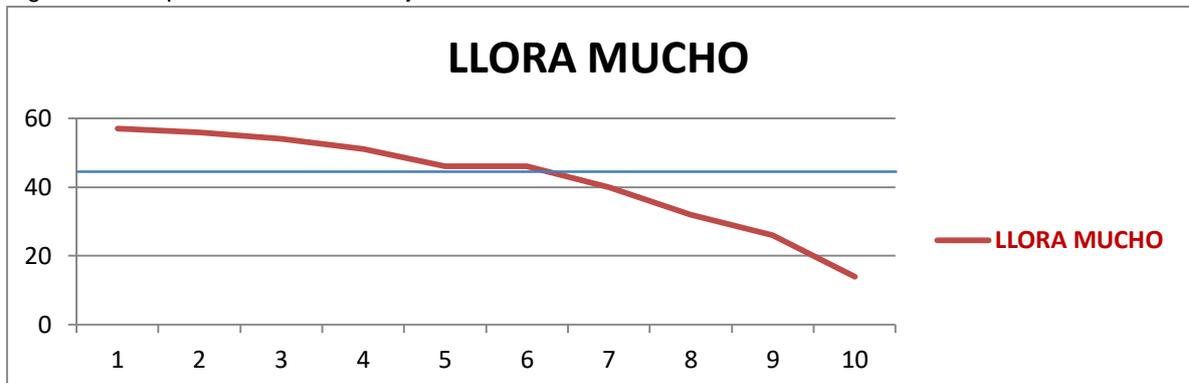
La figura 8 representa la gráfica donde se observa el índice de nivel de ejecución de la conducta (falta a trabajar) donde la línea azul muestra el nivel de ejecución.

Figura 8. Comparación del nivel de ejecución contra la línea de tratamiento en la conducta de falta a trabajar



La figura 9 representa la gráfica donde se observa el índice de nivel de ejecución de la conducta (llora mucho) donde la línea azul muestra el nivel de ejecución.

Figura 9. Comparación del nivel de ejecución contra la línea de tratamiento en la conducta llora mucho.



La figura 10 representa la gráfica donde se observa el índice de nivel de ejecución de la conducta (falta a trabajar) donde la línea azul muestra el nivel de ejecución.

Figura 10. Comparación del nivel de ejecución contra la línea de tratamiento en la conducta obsesión.



Aplicación del tratamiento

Las sesiones fueron llevadas a cabo una vez por semana todos los lunes a las 19:00 horas durante 12 semanas, con una duración de 60 minutos aproximadamente cada una divididas en dos etapas: **Evaluación y Tratamiento**.

Evaluación: las sesiones de evaluación básicamente consistieron en la recopilación cuidadosa de datos del caso, mediante la escucha atenta a los detalles que el usuario relató, el apunte de datos, y/o grabación de las sesiones, en cuyo caso fue opcional para el usuario, fueron ofrecidos los primeros auxilios psicológicos en las dos primeras sesiones de acuerdo con el estado anímico y/o disposición emocional del usuario; se dieron pláticas, intercambio de impresiones, preguntas reflexivas por ambas partes, resolución de conflictos emocionales (comportamentales - actitudinales) del usuario en base a responder sus interrogantes con respuestas propias de un repertorio conductual sano. A partir de la tercera semana fue establecida la línea base de registro previa selección entre usuario y terapeuta de las conductas objeto de intervención.

Tratamiento: la Intervención da comienzo formalmente a partir de la sesión no: 7 previa conformación del Esquema de Técnicas conductuales.

Cronología de aplicación de las técnicas:

Tabla 13. Orden cronológico de aplicación de las técnicas.

TÉCNICA	SESIÓN	FECHA
Detención de pensamiento	sesión: 7	lunes 25 de marzo
Entrenamiento en auto-instrucciones	sesión: 7	lunes 25 de marzo
Desensibilización sistemática	sesión: 7	lunes 25 de marzo
Control de estímulos	sesión: 8	lunes 01 de abril
Terapia racional emotiva	sesión: 9	lunes 08 de abril
Técnica de relajación progresiva (Jacobson)	sesión: 10	lunes 15 de abril
Técnica de la Atención plena o (Mindfulness)	sesión: 11	lunes 22 de abril
Recapitulación de técnicas (todas sesiones)	sesión: 12	lunes 29 de abril

Forma de aplicación de las técnicas

Se efectuó la aplicación de las técnicas bajo el ambiente controlado de las sesiones, primero se ofreció una breve introducción al usuario, y posteriormente se efectuó la práctica de la técnica en ocasiones más de dos veces por sesión, se asignó la tarea al usuario de efectuar la práctica de la técnica diariamente en sus ambientes de interacción. Para conocer la forma exacta de aplicación de las técnicas (ver: Selección del Tratamiento más Adecuado), tabla informativa de cuatro columnas que describe: a) técnica de intervención, b) justificación de la técnica, c) descripción de la técnica, e) hacia qué resultados instrumentales va dirigida la técnica.

Dificultades durante la intervención

Ciertamente se presentaron algunos contratiempos durante la enseñanza, aplicación y práctica de las técnicas conductuales, tanto en el ambiente controlado de la sesión, como según el usuario en la intimidad de su habitación y sus diferentes entornos de interacción, algunas de estas dificultades comprenden: distracciones, presiones del ambiente, probable indisposición momentánea del usuario, dificultad para recordar los pasos de una técnica, confusión momentánea con los pasos de las diferentes técnicas, y algún otro pequeño sesgo, todos corregidos sobre la marcha.

Para mantener frescos siempre los pasos de las técnicas conductuales, usuario y terapeuta se dieron a la tarea de conformar un dispositivo de consulta denominado **Agenda Conductual**, en una libreta de argollas pequeña donde el usuario fue anexando en sus hojas: datos, tips, ideas, respuestas que recibió a sus interrogantes durante el proceso de evaluación, acuerdos entre usuario y terapeuta, imágenes utilizadas para alguna explicación del terapeuta, tareas que le fueron encomendadas, posibles puntos a tratar en las siguientes sesiones, y cualquier otro dato que le pareció relevante, además de por supuesto las técnicas conductuales consecutivamente como le fueron siendo inducidas con sus pasos bien diferenciados, lo cual redundó en que el usuario haya logrado conformar un buen dispositivo de consulta que fue robusteciendo continuamente hasta la última sesión; derivado de lo anterior, se hace posible afirmar que en realidad no se presentaron accidentes, contratiempos o dificultades de gran complejidad que pudieran entorpecer o limitar significativamente la efectividad de las sesiones, y/o la efectividad del tratamiento.

Evaluación de la eficiencia y/o efectividad del tratamiento

- Descripción de las diferencias entre pré y post evaluación
- Diferencias entre la línea base y las variables meta

1.- Dejar atrás el sufrimiento y las consecuencias generadas a partir de la relación y de la ruptura. Esta meta por sí sola habla de la indubitable necesidad y lucha del individuo por recobrar la calma y tranquilidad perdidas a causa de los conflictos propios de la relación, el rompimiento sentimental, y sus consecuencias posteriores. La diferencia entre la línea base de registro de conductas objetivo, y el alcance de la meta de tratamiento se distingue al identificar que con el uso de la técnica: **Control de estímulos:** el sujeto consiguió combatir el miedo, inseguridad y desesperación a la hora de asistir a la escuela a dar clases, contingencias producto de la obsesión, y la ansiedad que son conductas objetivo; la gráfica correspondiente señalan la tendencia de la línea hacia la disminución pronunciada de las conductas objetivo y sus contingencias involucradas. Del mismo modo, con el uso de la técnica: **Desensibilización Sistemática:** el usuario eliminó casi en su totalidad las conductas

de miedo, ansiedad ante la evaluación social, el síndrome de evitación como la limitación de la movilidad social, interferencia con las relaciones interpersonales, limitación de la capacidad creativa, miedo a la confrontación, ansiedad por las actitudes contrarias de otros, que no le venían permitiendo actuar apropiadamente en su entorno laboral.

2.- Modificar y/o cambiar las formas o maneras como viene gestándose el trato personal con su madre, en los aspectos básicos de respeto a sus derechos individuales. Esta meta de carácter muy personal, guarda una prioridad extraordinaria en el sentido de que el usuario finalmente ha terminado por entender que nada tiene que ver el respeto a la autoridad paterna/materna con su derecho a obrar como mejor le parezca en su propio beneficio, sin ser cuestionado ni coaccionado tal como si fuera un menor. La diferencia entre la línea base de registro de conductas objetivo y el alcance de la meta de tratamiento se distingue identificando que con el uso de la técnica: **Entrenamiento en Auto-instrucciones:** el usuario ha puesto en marcha el uso de un conjunto de órdenes o instrucciones apropiadas diseñadas y auto-verbalizadas especialmente para la regulación autónoma de su conducta, cuyo objeto principal es llevarlo a respuestas de actuación asertivas, rápidas y eficaces que le permiten lograr controlar situaciones cotidianas en sus diferentes ambientes de interacción, principalmente en su ambiente familiar y ante figuras de autoridad como sus padres. Del mismo modo, el uso de la técnica: **Desensibilización Sistemática:** le permitió al paciente disminuir considerablemente las conductas de miedo, ansiedad, bloqueo ante las relaciones interpersonales, limitación de la capacidad creativa, miedo a la confrontación, ansiedad por las actitudes contrarias de otros, que no le venían permitiendo actuar apropiadamente en su entorno familiar.

3.- Modificar, cambiar o recomponer su entorno laboral favorablemente, mismo que se vio comprometido desde la ruptura sentimental y sus consecuencias. La presente meta guarda también una enorme prioridad y compromiso para el usuario, pues en el sureste del país es sumamente difícil conseguir empleo. Hasta antes de lo sucedido, el sujeto llevaba una relación de 8 años de servicio ininterrumpido como profesor de aquella institución, donde según sus palabras, se había ganada la confianza de los directivos y gozaba de un sobresueldo y prestaciones especiales, mismas que se vieron muy comprometidas una vez que su situación se extendió sin control afectando su desempeño profesional. La diferencia entre la línea base de registro de conductas objetivo y el alcance de la meta de tratamiento se distingue identificando que con el uso de la técnica: **Detención de Pensamiento:** el usuario consiguió reducir, y en la mayoría de los casos eliminar pensamientos obsesivos, intrusivos, rumiantes, demasiado perseverantes, improductivos e irreales, que le estaban conduciendo a la ejecución de conductas erráticas tales como: faltar a trabajar, abandonar el aula para correr a esconderse en el baño, llorar desesperadamente, no poder dar clases por la imposibilidad de concentrarse en ello, ansiedad, tristeza, y sus contingencias principalmente del orden fisiológico; todo ello en un ambiente laboral sumamente tenso y enrarecido con los directivos, compañeros profesores, y alumnos del plantel. Del mismo modo, con el uso de la técnica: **Atención Plena o (Mindfulness):** el usuario consiguió de manera satisfactoria incrementar su habilidad para el manejo de estímulos estresores con menor reactividad; con el enfoque “aquí y ahora”, ha logrado evitar ser dominado por pensamientos, sensaciones y emociones perturbadoras, lo cual le ha permitido detener a tiempo la escalada de ansiedad, miedo, ira, desesperación y tristeza, también ha disminuido considerablemente su estrés, ansiedad y depresión y sus respuestas fisiológicas.

Metas terapéuticas alcanzadas con el tratamiento y metas no alcanzadas

Es menester y obligación del autor reconocer y enfatizar que si bien las conductas objetivo y sus contingencias, así como algunas conductas antecesoras y consecuentes relacionadas ampliamente en el Análisis Secuencial Integrativo, disminuyeron drásticamente para bienestar del usuario, no pudieron ser extinguidas del todo. No hay una meta terapéutica alcanzada en su totalidad o por completo, pero en cambio existe un decremento ostensiblemente significativo de las conductas objetivo y sus contingencias, lo cual permite afirmar con sus respectivas reservas que la etapa de intervención cumplió bastante bien con sus objetivos.

Cronograma de trabajo

Tabla 14 cronograma de trabajo.

CRONOGRAMA	
Sesión 1	Inicia fase de Evaluación
	Primer contacto con el cliente – Generar rapport
	Sondear tratamientos previos
	Explicación de la forma terapéutica de trabajo
	Encuadre Terapéutico
Sesión 2	Sondeo y recopilación de datos relativos a las tres dimensiones conductuales
	Definición del motivo de consulta
	Recopilación de datos relativos a las tres dimensiones conductuales
	Respuestas conductuales a cuestionamientos del usuario
Sesión 3	Continúa encuadre terapéutico
	Definición del motivo de consulta
	Identificación de quejas del usuario
	Identificación de demandas del usuario
Sesión 4	Selección y descripción de las conductas problema
	Inicio de la línea base a través de auto-registros
	Evaluación Conductual
	Continúa recopilación de datos relativos a las tres dimensiones conductuales
Sesión 5	Entrevista conductual para elaboración de Análisis Secuencial Integrativo
	Continúan respuestas conductuales a cuestionamientos del usuario
	Continúa recopilación de datos relativos a las tres dimensiones conductuales
	Elaboración de tabla de Modelo Secuencial Integrativo
Sesión 6	Análisis Funcional del Comportamiento derivado del Modelo Secuencial Integrativo
	Sesión centrada en la reflexión de conductas asertivas
	Continúan respuestas conductuales a cuestionamientos del usuario
	Resumen Final de Análisis Funcional del Comportamiento
Sesión 7	Diseño y planeación del Tratamiento de Intervención
	Continúan respuestas conductuales a cuestionamientos del paciente
	Sesión centrada en la reflexión de conductas asertivas
Sesión 8	Inicia fase de Tratamiento
	Instrucción y aplicación de la técnica: Detención de Pensamiento
	Instrucción y aplicación de la técnica: Entrenamiento en Auto-Instrucciones
Sesión 9	Instrucción y aplicación de la técnica: Desensibilización sistemática
	Instrucción y aplicación de la técnica: Control de Estímulos
	Diseño e implementación del dispositivo: Agenda Conductual
Sesión 10	Sesión centrada en la reflexión de conductas asertivas
	Instrucción y aplicación de la técnica: Terapia Racional Emotiva
	Sesión centrada en la reflexión de las sentencias de la técnica
Sesión 11	Sesión centrada en la reflexión de conductas asertivas
	Instrucción y aplicación de la técnica: Técnica de relajación progresiva (Jacobson).
	Sesión centrada en el trabajo con la técnica
Sesión 12	Sesión centrada en la reflexión de conductas asertivas
	Recapitulación de las siete técnicas aprendidas durante la fase de tratamiento
	Sesión centrada en corregir posibles dudas, formas, sesgos y errores aplicativos
	Sesión centrada en la reflexión de conductas asertivas

Seguimiento

Finaliza periodo de sesiones terapéuticas

Luego de entregar las últimas hojas de registro el usuario se mostró algo ansioso arguyendo que él hubiera querido algunas semanas más de sesiones terapéuticas, para lo cual hizo la pregunta de si esto fuera posible, recibiendo por respuesta que durante el resto del mes de mayo no puede ser, pues está por delante la actividad del informe final del caso y demás tareas del semestre que está por concluir.

Se dejó abierta la posibilidad de otro mes de sesiones a partir de la segunda semana del mes de junio para completar diez semanas de tratamiento, el usuario aceptó de buen agrado en el entendido de que mientras deberá estar solo durante un mes trabajando con sus herramientas conductuales y llevando su propio control con la finalidad de facilitar que el terapeuta pueda retomar el caso.

Observaciones

Es importante señalar que no solo durante la fase de tratamiento sino durante todo el proceso terapéutico el usuario mostró un interés fidedigno, así como unas ganas irreprochables de salir adelante, ciertamente hubo momentos en los que se sintió desfallecer preso de una terrible desesperación, al grado según sus propias palabras de proponerse seguir adelante con la terapia sin claudicar, sintiendo que esta sería su última oportunidad para conseguir sanar. Esta poderosa razón permite afirmar que **el seguimiento de las pautas del programa de tratamiento por parte del usuario fue el apropiado**, pues puso en ello un gran empeño y dedicación.

En cuanto a los cambios de las conductas de interés y del problema en general a partir del tratamiento: vale argüir que los resultados de la práctica arrojan efectos satisfactorios que pueden verificarse comparando las gráficas simples, producto de la tabulación directa, contra los formatos de registro. Sin embargo, no deja de ser absolutamente necesario y honesto reconocer que el presente reporte de práctica se queda corto al carecer del rigor metodológico que conlleva efectuar los cálculos estadísticos complejos apropiados para darle una altura científica.

Es necesario aceptar que el documento contiene es sí defectos y errores que podrían llevarlo al sesgo y alejarlo de un valor científico por muy mínimo que este fuera, esto es un temor que siempre estuvo presente en el autor. Y aunque la suma simple de registros reflejada en las gráficas muestra tendencias pronunciadas hacia la disminución de las conductas objeto de intervención, algo en lo que usuario y terapeuta pusieron enorme cuidado y entrega, no deja de pesar el hecho de que el reporte no está sujeto a riguroso control metodológico; las gráficas en sí, muestran o por lo menos permite inferir que tanto usuario como terapeuta pusieron todo el empeño para intentar generar los cambios deseados, por supuesto, al final todo esto no pudo ser reportado con valores irrefutables, en definitiva por causa de las deficiencias metodológicas del autor. En cuanto a los aspectos éticos del trabajo: es preciso decir que el conjunto de principios y reglas éticas que regulan la actividad psicológica profesional, están sustentadas en valores como: respeto, integridad, confianza, objetividad, confidencialidad, compromiso y responsabilidad, principales baluartes que rigen todas las acciones profesionales en el campo de la psicología, por esta razón es importante señalar que la presente práctica fue conducida en su totalidad bajo estas normativas.

Por último y no menos importante, es preciso señalar que desde un principio fue redactado un **Consentimiento Informado**, que explica verazmente al usuario los efectos, ventajas e inconvenientes de la aplicación de un tratamiento conductual. Habiendo leído y analizado los puntos del documento, el usuario aceptó de conformidad dando su consentimiento de participación (Apéndice: C). Una opinión personal del usuario: U. No sé por qué psicólogo, pero desde que llegué aquí con Ud., sentí que iba a encontrar la paz y tranquilidad que tanto he venido ansiando.... ahora sé que no se trata de olvidar, sino de reconocer que uno mismo se mete el pie para tropezar.... y.... perdonarse a sí mismo.... es comenzar a olvidar. T. Sí Juan Manuel, como te lo mencioné en un principio, con calma, poco a poco, lo vas a ir logrando. Dice un poeta indostano: la raíz de la paciencia es amarga, pero su fruto es dulce.

Conclusiones

La contribución de la terapia Cognitivo-Conductual a los problemas específicos de dependencia emocional ha demostrado una efectividad concreta gracias a su metodología y formas de proceder basadas en la evidencia (Bernstein & Nietzel, Labrador, Silva, Castelló-Blasco) entre varios más, y en su enfoque cientísta (Caballo, Nezu, Maguth y Lombardo), que permite operacionalizar y medir conductas desadaptativas, hacer réplicas y con todo ello acumular evidencia empírica para contribuir a la disciplina en función de los resultados que se obtiene a través de probar protocolos para diferentes problemáticas del orden psicosocial.

La terapia Cognitiva-Conductual es reconocida por profesionales de otras disciplinas sociales como una excelente alternativa para el tratamiento de los trastornos psicológicos actuales que van desde una simple depresión hasta la esquizofrenia (Echeburua y Del corral, Ribes). Entre sus ventajas a destacar se encuentra la disminución del riesgo de recaídas, una elevada tasa de recuperación, bien aplicadas sus técnicas y alcanzados por completo sus objetivos no deja patologías residuales, puede evitar que el/los trastornos se haga crónicos y con ello reducir la necesidad de medicación, y por consiguiente mejorar sustancialmente la calidad de vida del usuario. Es el único tratamiento terapéutico que genuinamente opera en tres dimensiones humanas específicas que ayudan al usuario a comprender que lo que siente (fisiológico), piensa (cognitivo), y hace (motor), influye directamente en su comportamiento.

Las técnicas de Modificación de Conducta (Labrador, Caballo) provienen de una orientación teórica y metodológica encausada fundamentalmente a la intervención, se sustentan en la psicología experimental (Fechner, Gunt. Pavlov) que contempla que toda clase de conductas normales o anormales están impulsadas por los mismos principios, y así como aplica sus axiomas a explicar características específicas de las conductas, también utiliza métodos, procedimientos y técnicas que son sujetas a evaluación objetiva y verificación empírica, cuya premisa es disminuir o eliminar con mayor precisión y efectividad conductas desadaptativas e instaurar o incrementar conductas asertivas.

Aunque breve y modesto el presente reporte, su protocolo es una muestra clásica, teórico-metodológica de la Psicología Clínica, la Terapia Cognitivo-Conductual, y en especial del Método de Evaluación Conductual.

Sirva pues esta sencilla aportación al robustecimiento de nuestra disciplina.

Bibliografía

- Báguena, M. J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el estrés postraumático. *Psicothema*, 13(483). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/727/72713313.pdf>
- Becerril, D. (2001). Relaciones de pareja. *Revista de Educación*. 325(49). Recuperado de: https://sede.educacion.gob.es/publiventa/descarga.action?f_codigo_agc=9962_19
- Bernstein, D. y Nietzel, M. (1991). *Introducción a la Psicología Clínica*. México: Mc Graw Hill.
- Bornstein, R. F. (2011). An interactionist perspective on interpersonal dependency. *Psychological Science*, 20(106), Recuperado de: <https://psycnet.apa.org/record/2011-15032-011>
- Bowlby, J. (1973). *Apego y pérdida: Separación ansiedad y enojo*. U. de Minnesota: Libros básicos.
- Branden, N. (1983). *El respeto hacia uno mismo*. México: Paidós.
- Caballo, V. (1998) *Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conductas*. (4ª Edición). Recuperado de: https://www.academia.edu/34466685/Caballo_Vicente_E_Manual_De_Tecnicas_De_Terapia_Y_Modificacion_De_Conducta_4ed
- Caruso, I. (2003). *La separación de los amantes*. México: Siglo XXI.
- Castelló, J. (2005). *Dependencia Emocional. Características y tratamiento*. Madrid: Alianza editorial. Recuperado de: <http://www.informaciopsicologica.info/OJSmottif/index.php/leonardo/article/view/292/245>
- Castillero, M. O. (2015). Depresión por ruptura de pareja: qué es, síntomas y causas. Recuperado de: <https://psicologiymente.com/clinica/depresion-por-ruptura-de-pareja>
- Cía, A. (2001). *Trastorno por estrés postraumático: Diagnóstico y tratamiento integrado*. Buenos Aires: Imaginador. Recuperado de: <https://docplayer.es/82159908-Trastorno-de-estres-postraumatico-desde-un-caso-clinico.html>
- Echeburua, E. y Del Corral, P. (1999). Avance en el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos de personalidad. *Análisis y Modificación de Conducta*. 25(102), 585-614.
- Félix, V. (2006). *Abordaje psicopedagógico del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad*. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*. (463). Recuperado de: http://www.investigacionpsicopedagogica.org/revista/articulo/10/Art_10_152.pdf

- Gil-Iñiguez, A. (2014). *Intervención en un caso de un adolescente con problemas de conducta*. Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes, 1(67). Recuperado de: https://www.revistapcna.com/sites/default/files/14_07.pdf
- Goleman D. (1996). *Inteligencia emocional*. Barcelona: Kairós.
- González, M. (2016). *Análisis Funcional en Terapia breve Cognitivo-Conductual centrada en soluciones*. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Nuevo León. México. Revista Electrónica de Psicología Iztacala. 19(3).
- Herbert, J. y Nelson-Gray, R. (1997). *La autoobservación*. En G. Buela y J. Sierra (dirs.). Manual de Evaluación Psicológica. Madrid: Siglo XXI.
- Izquierdo, S. Gómez-Acosta, A. (2013). Dependencia afectiva. Abordaje desde una perspectiva contextual. *Avances de la disciplina*, vol. 7, núm. 1 - p. 81-91. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/2972/297226904011.pdf>
- Kimble, C., Hirt, E., Díaz-Loving, R., Hosch, H., William, G. y Zárate, M. (2002). *Psicología social de las Américas*. México: Pearson Educación.
- Labrador, F. J. (2008). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid. Pirámide.
- Lemos, M., y Londoño, N. (2006). *Construcción y validación del cuestionario de dependencia emocional en población Colombiana*. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/798/79890212.pdf>
- Mayor, I. (2000). *¿Por qué siempre nos enamoramos de los que no debemos?* Madrid: Librería Argentina.
- McClintock, A. & Anderson, T. (2015). *The Application of Mindfulness for Interpersonal Dependency: Effects of a Brief Intervention*. 6(246). Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/258168464_The_Application_of_Mindfulness_for_Interpersonal_Dependency_Effects_of_a_Brief_Intervention/link/0deec52a40159c5a1f000000/download
- Martell, C. Dimidjian, S., & Herman-Dunn, R. (2010). *Behavioral activation for a depression. A Clinician's Guide*. Recuperado de: https://www.behavioralActivation-Depression-Clinicians-Guide/dp/1462510175/ref=asc_df_1462510175/?tag=-/gledskshopmx-20&linkCode=df0&hvadid.
- Moreno, M. C. (2006). *Desarrollo y Conducta Social. Desarrollo psicológico y educación. Psicología evolutiva*. Madrid: Alianza Editorial.
- Nezu, A. M. Maguth. C., y Llombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales. Un enfoque basado en problemas*. México: Ed. El Manual Moderno.
- Papalia, D. E., Duskin Feldman, y R., Martorel, G. (2012). *Desarrollo humano (12ª Edición)*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Ramos, G. (2016). *El duelo por ruptura de pareja. Una propuesta para comprender y tratar este tipo de duelo*. Recuperado de: <https://psicopedia.org/wp-content/uploads/2016/02/Duelo-por-ruptura.pdf>

- Reynauld, M., Karila, L., Blecha, & Benyamina, A. (2010). *Is love passion an addictive disorder?* The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 36(261). Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/44670850_Is_Love_Passion_an_Addictive_Disorder
- Ribes, E. (1972). Terapias conductuales y modificación del comportamiento. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 4, (1), (7-28).
- Salas, E. y García, M. F. (2012). Co-dependencia. *Monografía para optar al grado Académico de: Magíster en Intervención Familiar*. Chile. Recuperado de: http://repopib.ubiobio.cl/jspui/bitstream/123456789/2137/1/Salas_Zurita_Elsie.pdf
- Satir, V. (1991). *Nuevas relaciones humanas en el grupo familiar*. México: Editorial Pax. Recuperado de: <https://lafamiliacomosistema2014.files.wordpress.com/2016/virginia-satir-relaciones-humanas-en-el-nucleo-familiar-1.pdf>
- Trianes, V. (1996). Educación y competencia social. *Un programa en el aula*. España: Aljibe. Recuperado de: <https://convivencia.wordpress.com/2008/01/28/educacion-y-competencia-social-un-programa-en-el-aula-1996/>
- Trujillo, H. (2007). *Hacia una mejor comprensión psicológica de las catástrofes*. *Psicología Conductual*, 15(3), (339-371). Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/281744003_Hacia_una_mejor_comprension_psicologica_de_las_catastrofes
- Villa Moral, M. y Sirvent, C. (2008). Dependencias sentimentales o afectivas: *Etiología, clasificación y evaluación*. *Revista Española de Drogodependencias*, 33(2), (150-167). Recuperado de: https://www.aesed.com/upload/files/vol-33/n-2/v33n2_2.pdf
- Villa Moral, M. y Sirvent, C. (2009). Dependencia Afectiva y Género: *Perfil Sintomático Diferencial en Dependientes Afectivos Españoles*. *Interamerican Journal of psychology*. 43(23). Recuperado de: www.redalyc.org/pdf/284/28412891004.pdf

FORMATO PARA AUTO-OBSERVACIÓN - AUTO-REGISTRO		No. de semana: 6
Fecha y hora: <u>Lunes 5 de Abril</u>	Realizado por: <u>Enrique Jesús García García</u>	
Tipo de registro: Auto-informal/Auto-registro		Indicador: Frecuencia
Conductas: Varias		
PRESENCIA DE LA UNIDAD CONDUCTUAL POR FRECUENCIA		TOTAL
LUNES		
FALTA Y TRABAJAR		1
LLEVA MEDIO		8
OBSERVO POR PROPIEDAD A LA RELACION		9
MARTES		
FALTA Y TRABAJAR		0
LLEVA MEDIO		6
OBSERVO POR PROPIEDAD A LA RELACION		5
MIÉRCOLES		
FALTA Y TRABAJAR		0
LLEVA MEDIO		4
OBSERVO POR PROPIEDAD A LA RELACION		4
JUEVES		
FALTA Y TRABAJAR		0
LLEVA MEDIO		6
OBSERVO POR PROPIEDAD A LA RELACION		6
VIERNES		
FALTA Y TRABAJAR		0
LLEVA MEDIO		5
OBSERVO POR PROPIEDAD A LA RELACION		5
SÁBADO		
FALTA Y TRABAJAR		0
LLEVA MEDIO		7
OBSERVO POR PROPIEDAD A LA RELACION		7
DOMINGO		
FALTA Y TRABAJAR		0
LLEVA MEDIO		6
OBSERVO POR PROPIEDAD A LA RELACION		4

FORMATO PARA AUTO-OBSERVACIÓN - AUTO-REGISTRO		No. de semana: 7
Fecha y hora: <u>Lunes 8 de Abril</u>	Realizado por: <u>Enrique Jesús García García</u>	
Tipo de registro: Auto-informal/Auto-registro		Indicador: Frecuencia
Conductas: Varias		
PRESENCIA DE LA UNIDAD CONDUCTUAL POR FRECUENCIA		TOTAL
LUNES		
FALTA Y TRABAJAR		0
LLEVA MEDIO		6
OBSERVO POR PROPIEDAD A LA RELACION		6
MARTES		
FALTA Y TRABAJAR		0
LLEVA MEDIO		6
OBSERVO POR PROPIEDAD A LA RELACION		5
MIÉRCOLES		
FALTA Y TRABAJAR		0
LLEVA MEDIO		6
OBSERVO POR PROPIEDAD A LA RELACION		6
JUEVES		
FALTA Y TRABAJAR		0
LLEVA MEDIO		5
OBSERVO POR PROPIEDAD A LA RELACION		5
VIERNES		
FALTA Y TRABAJAR		0
LLEVA MEDIO		6
OBSERVO POR PROPIEDAD A LA RELACION		4
SÁBADO		
FALTA Y TRABAJAR		0
LLEVA MEDIO		6
OBSERVO POR PROPIEDAD A LA RELACION		6
DOMINGO		
FALTA Y TRABAJAR		0
LLEVA MEDIO		5
OBSERVO POR PROPIEDAD A LA RELACION		5

FORMATO PARA AUTO-OBSERVACIÓN - AUTO-REGISTRO		No. de semana: 8
Fecha y hora: <u>Lunes 15 de Abril</u>	Realizado por: <u>Enrique Jesús García García</u>	
Tipo de registro: Auto-informal/Auto-registro		Indicador: Frecuencia
Conductas: Varias		
PRESENCIA DE LA UNIDAD CONDUCTUAL POR FRECUENCIA		TOTAL
LUNES		
FALTA Y TRABAJAR		0
LLEVA MEDIO		5
OBSERVO POR PROPIEDAD A LA RELACION		5
MARTES		
FALTA Y TRABAJAR		0
LLEVA MEDIO		4
OBSERVO POR PROPIEDAD A LA RELACION		6
MIÉRCOLES		
FALTA Y TRABAJAR		0
LLEVA MEDIO		5
OBSERVO POR PROPIEDAD A LA RELACION		4
JUEVES		
FALTA Y TRABAJAR		0
LLEVA MEDIO		6
OBSERVO POR PROPIEDAD A LA RELACION		6
VIERNES		
FALTA Y TRABAJAR		1
LLEVA MEDIO		4
OBSERVO POR PROPIEDAD A LA RELACION		6
SÁBADO		
FALTA Y TRABAJAR		0
LLEVA MEDIO		4
OBSERVO POR PROPIEDAD A LA RELACION		6
DOMINGO		
FALTA Y TRABAJAR		1
LLEVA MEDIO		4
OBSERVO POR PROPIEDAD A LA RELACION		6

FORMATO PARA AUTO-OBSERVACIÓN - AUTO-REGISTRO		No. de semana: 9
Fecha y hora: <u>Lunes 22 de Abril</u>	Realizado por: <u>Enrique Jesús García García</u>	
Tipo de registro: Auto-informal/Auto-registro		Indicador: Frecuencia
Conductas: Varias		
PRESENCIA DE LA UNIDAD CONDUCTUAL POR FRECUENCIA		TOTAL
LUNES		
FALTA Y TRABAJAR		0
LLEVA MEDIO		4
OBSERVO POR PROPIEDAD A LA RELACION		3
MARTES		
FALTA Y TRABAJAR		0
LLEVA MEDIO		3
OBSERVO POR PROPIEDAD A LA RELACION		5
MIÉRCOLES		
FALTA Y TRABAJAR		0
LLEVA MEDIO		4
OBSERVO POR PROPIEDAD A LA RELACION		4
JUEVES		
FALTA Y TRABAJAR		0
LLEVA MEDIO		3
OBSERVO POR PROPIEDAD A LA RELACION		4
VIERNES		
FALTA Y TRABAJAR		0
LLEVA MEDIO		4
OBSERVO POR PROPIEDAD A LA RELACION		5
SÁBADO		
FALTA Y TRABAJAR		0
LLEVA MEDIO		5
OBSERVO POR PROPIEDAD A LA RELACION		5
DOMINGO		
FALTA Y TRABAJAR		0
LLEVA MEDIO		3
OBSERVO POR PROPIEDAD A LA RELACION		4

FORMATO PARA AUTO-OBSERVACIÓN - AUTO-REGISTRO		No. de semana: 10
Fecha y hora: <u>Lunes 29 de Abril</u>	Realizado por: <u>Enrique Jesús García García</u>	
Tipo de registro: Auto-informal/Auto-registro		Indicador: Frecuencia
Conductas: Varias		
PRESENCIA DE LA UNIDAD CONDUCTUAL POR FRECUENCIA		TOTAL
LUNES		
FALTA Y TRABAJAR		0
LLEVA MEDIO		3
OBSERVO POR PROPIEDAD A LA RELACION		3
MARTES		
FALTA Y TRABAJAR		0
LLEVA MEDIO		2
OBSERVO POR PROPIEDAD A LA RELACION		2
MIÉRCOLES		
FALTA Y TRABAJAR		0
LLEVA MEDIO		4
OBSERVO POR PROPIEDAD A LA RELACION		3
JUEVES		
FALTA Y TRABAJAR		0
LLEVA MEDIO		2
OBSERVO POR PROPIEDAD A LA RELACION		2
VIERNES		
FALTA Y TRABAJAR		0
LLEVA MEDIO		3
OBSERVO POR PROPIEDAD A LA RELACION		3
SÁBADO		
FALTA Y TRABAJAR		0
LLEVA MEDIO		0
OBSERVO POR PROPIEDAD A LA RELACION		2
DOMINGO		
FALTA Y TRABAJAR		0
LLEVA MEDIO		2
OBSERVO POR PROPIEDAD A LA RELACION		3

Apéndice: C) Carta de Consentimiento Informado y acuerdo de confidencialidad.

Carta de consentimiento informado

Mi nombre es Enrique Jesús García García, soy estudiante de la Licenciatura en Psicología de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México.

El presente documento es un acuerdo mutuo entre Ud. y un servidor, en adelante: terapeuta y paciente, donde Ud. da su consentimiento para participar en la práctica del **MÓDULO: 0908 - PRÁCTICA SUPERVISADA III - TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL: APLICACIONES**. Bajo la tutoría del Dr. David Javier Enriquez Negrete, catedrático de la universidad.

La actividad tiene como propósito incrementar mis habilidades en técnicas de evaluación psicológica como: la entrevista, el uso de auto-registros, y el desarrollo e implementación de estrategias de intervención en el ámbito de la psicología clínica. Mi compromiso con Ud. es poner todo de mi parte para encontrar la mejor solución a su situación psicológica.

Su participación como paciente consistirá en asistir a las 12 sesiones de terapia y llenar los formularios y registros que le sean proporcionados conforme a sus instrucciones.

Su compromiso primordial es con la terapia, por lo que la puntualidad y la constancia, así como la honestidad y la seriedad son indispensables, con todo lo anterior, paciente y terapeuta trataremos de encontrar el alivio que Ud. requiere para sus demandas.

Acuerdo de confidencialidad

La información que Ud. proporcione será utilizada únicamente para fines académicos, su identidad será protegida, y sólo el profesor de la asignatura Dr. David Javier Enriquez Negrete y un servidor tendremos acceso a dichos datos. Por todo lo antes expresado le solicito formalmente la posibilidad de audio-grabar las sesiones terapéuticas.

He leído la información sobre la práctica y tuve la oportunidad de hacer preguntas al respecto; todas mis dudas fueron respondidas satisfactoriamente, por lo que doy mi consentimiento para participar voluntariamente.

Doy mi autorización para que la entrevista sea audio-grabada.

Si No

Juan Manuel Mujica Fuentes
Firma y fecha
12/02/19