



# Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 19 No. 3

Septiembre de 2016

## ANÁLISIS FUNCIONAL EN TERAPIA BREVE COGNITIVO-CONDUCTUAL CENTRADA EN SOLUCIONES

Mónica Teresa González Ramírez<sup>1</sup> y Laura Lizeth Juárez Carrillo<sup>2</sup>  
Facultad de Psicología  
Universidad Autónoma de Nuevo León  
México

### RESUMEN

En los últimos años se ha empezado a documentar la evidencia sobre la aplicación exitosa de la integración de los enfoques centrado en soluciones y cognitivo conductual como un modelo de terapia breve que actualmente se utiliza como base en la Maestría en Psicología con orientación en terapia breve de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Sin embargo, en el proceso de aplicación han quedado algunos aspectos que podrían sistematizarse, como el uso del análisis funcional como base para el diseño del tratamiento y los elementos mínimos para considerar que el modelo terapéutico empleado corresponde a la integración práctica de ambos enfoques. Es por lo anterior que en el presente trabajo es una continuación de trabajos previos que pretenden sistematizar el modelo de integración práctica de la terapia cognitivo-conductual y el enfoque centrado en soluciones y se propone una guía de la integración práctica de los enfoques mencionados, cuyo eje central es el análisis funcional.

**Palabras clave:** Terapia cognitivo-conductual; Enfoque centrado en soluciones; terapia breve.

<sup>1</sup> Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL), Facultad de Psicología  
Av. Universidad S/N Ciudad Universitaria San Nicolás de los Garza Nuevo León, C.P. 6451 México.  
Tel: +52 8183294050. Fax: +52 81 83338222 Correo Electrónico: [monygzz77@yahoo.com](mailto:monygzz77@yahoo.com)

<sup>2</sup> Departamento de asesoría y consejería del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey. Correo Electrónico: [monygzz77@yahoo.com](mailto:monygzz77@yahoo.com)

# FUNCTIONAL ANALYSIS IN COGNITIVE BEHAVIORAL SOLUTION FOCUSED BRIEF THERAPY

## ABSTRACT

Recently it has been published evidence of the successful implementation of the integration of solution focused brief therapy and behavioral cognitive therapy as a model of brief therapy that is currently used as the basis for the Master of Brief Therapy in the Autonomous University of Nuevo Leon. However, in the application some process have showed some issues that could be systematized, some of them include the use of functional analysis as a basis for the design of treatment and to specify the minimum elements to consider that the therapeutic model used corresponds to the integration of the two approaches. Thus, the aim of this paper is to systematize the practice model integrating behavioral cognitive therapy and solution-focused therapy and to propose a guide to the practical integration of these approaches based on functional analysis.

**Key words:** behavioral cognitive therapy; Solution focused therapy; Brief therapy.

## INTRODUCCIÓN

La integración práctica de los enfoques cognitivo-conductual y centrado en soluciones se ha fomentado desde hace algunos años en la Maestría en Psicología con orientación en Terapia Breve de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Si bien las premisas de ambos enfoques terapéuticos tienen elementos en común, también difieren en algunos aspectos, lo que ha hecho que, en la aplicación, los supervisores de los terapeutas en formación se inclinen por uno de los dos enfoques y la integración no sea de forma equilibrada.

La implementación de esta terapia breve cognitivo-conductual centrada en soluciones, ha tenido resultados exitosos, Ramírez y Rodríguez-Alcalá (2012) hablan de 11 casos abordados con la integración de ambos modelos, además, de los casos publicados por Garza (2013) para el manejo del estrés en un cuidador de paciente con afasia, por Guajardo y Cavazos (2013) en un caso de violencia en el noviazgo, por Ruiz (2013) para dos casos de dependencia emocional y por Carvajal (2014) en un caso de bulimia nerviosa. Asimismo, los pacientes atendidos

por los terapeutas en formación de la maestría mencionada, son atendidos bajo este enfoque integrado, con buenos resultados.

Si bien es cierto que el uso de técnicas de uno y otro enfoque no es del todo equilibrado en los casos atendidos por los terapeutas de la maestría (Ramírez y Rodríguez-Alcalá, 2012), se ha potenciado el uso de los elementos comunes de ambos enfoques descritos por Ramírez y Rodríguez-Alcalá (2012), que incluyen para la primera sesión: el rapport, normalización de problemas, establecimiento de objetivos y establecimiento de tareas; y para sesiones subsecuentes: actualización, revisión de lo sucedido anteriormente y establecimiento de tareas.

Sin embargo, aún no se cuenta con una guía sobre la integración práctica de ambos modelos terapéuticos. Es así que, como una continuación al trabajo de Ramírez y Rodríguez-Alcalá (2012), el propósito del presente es proporcionar un marco de referencia para el uso de un modelo de terapia breve cognitivo-conductual centrada en soluciones, cuyo eje central sea el diagnóstico funcional o análisis funcional; ya que el análisis funcional es una estrategia sistemática de toma de decisiones clínicas que incrementa la validez de la formulación de casos clínicos (Virues-Ortega y Haynes, 2005).

La metodología de análisis funcional enfatiza la importancia de la investigación aplicada para contribuir al entendimiento de los determinantes de la conducta como la base para identificar tratamientos efectivos que producen resultados generalizables (Hanley, Iwata y Mccord, 2003). Se considera una parte integral de la evaluación conductual, aunque su uso no se limita al análisis conductual aplicado, se extiende a campos afines (Beavers, Iwata y Lerman, 2013). En los últimos años, se ha incrementado la evidencia de su aplicación con publicaciones de estudios basados en el análisis funcional, solamente del 2001 al 2012 Beavers y colaboradores (2013) identificaron 158 artículos en diversas revistas científicas de diferentes áreas.

### *ANÁLISIS FUNCIONAL*

En psicología conductual el término análisis funcional fue usado originalmente como referencia a una demostración empírica del control de una conducta por los eventos consecuentes (Skinner, 1953 en Virues-Ortega y Haynes, 2005). Kanfer y Saslow (1965), indicaron que un efectivo análisis funcional, como procedimiento diagnóstico, haría posible que los métodos terapéuticos se relacionaran directamente con la información obtenida a partir de una evaluación continua de los comportamientos del paciente y los estímulos que controlan dicho comportamiento.

Haynes y colaboradores (1993) lo definen como la identificación de relaciones relevantes, controlables, causal-funcionales y no causales que aplican a conductas particulares de un individuo.

En el marco del análisis funcional, el caso se formula en términos de las relaciones entre las características de comportamiento y eventos asociados; la información sobre estas relaciones se deriva de métodos de evaluación, guiados por la investigación empírica previa con problemas de comportamiento similares. Desde esta aproximación se considera que los problemas covarían con diferentes eventos o situaciones para su ocurrencia, intensidad o duración; es decir, una relación funcional entre variables implica que ambas comparten varianza (Virues-Ortega y Haynes, 2005).

Las variables y relaciones causales de los problemas y de los objetivos de la intervención son componentes importantes de la formulación del caso, ya que la intervención a menudo intenta modificar las variables hipotéticas que influyen sobre los mismos; así, en el análisis funcional se hace hincapié en los problemas más relevantes y en las variables causales más importantes y modificables (Keawe'aimoku Kaholokula y cols., 2013).

Además, debe considerarse que las relaciones funcionales son dinámicas y cuando hay un cambio en alguna variable, nuevas variables pueden moderar la variable de interés; asimismo, las relaciones funcionales no son excluyentes; puede haber varias relaciones causales importantes para un problema de comportamiento y en la evaluación, se deben destacar las diferentes variables

incluyendo las variables de comportamiento, medioambientales, cognitivas y fisiológicas involucradas (Virues-Ortega y Haynes, 2005).

### *MODELO DE DIAGNÓSTICO FUNCIONAL*

Como se ha mencionado, el análisis funcional busca identificar las variables que muestran una covarianza con la variable de interés, en este caso la situación, queja o motivo de consulta, que se trabajaría en terapia, más allá de eso, se detectan los antecedentes y consecuentes que al ser modificados provocarán variaciones en los comportamientos que se trabajarán en terapia.

Es así que el modelo que se propone para utilizar en la terapia breve cognitivo-conductual centrada en soluciones, sería el eje del tratamiento a diseñar. Los elementos a incluir en el análisis funcional fueron propuestos por el Dr. José Cruz Rodríguez-Alcalá (comunicación personal) y han sido ampliamente utilizados en la práctica clínica por diferentes terapeutas.

El modelo propuesto por Rodríguez-Alcalá incluye la evaluación de los siguientes elementos:

- (1) Factores predisponentes: como parte de los antecedentes de los comportamientos a trabajar en terapia, se identificarán aspectos de la historia del paciente, características de personalidad, experiencias previas, recursos o falta de recursos y habilidades, entre otros aspectos que lo hicieron vulnerable a presentar los problemas por los que acude a terapia. En terapia cognitivo-conductual, la detección de factores predisponentes puede extenderse y explorar, mediante la entrevista, muchos aspectos de la historia del paciente.

En la integración práctica de los enfoques centrado en soluciones y cognitivo-conductual, no debe perderse de vista que se trata de un modelo de terapia breve, en el que tal vez no se profundice en algunos aspectos de la historia del paciente. Sin embargo, es relevante identificar la mayor cantidad posible de factores predisponentes e incluirlos en el tratamiento. Así, por ejemplo, en el tratamiento se puede

trabajar el desarrollo de algunas habilidades en el paciente, o la reinterpretación de experiencias previas.

- (2) Factores desencadenantes: como parte de los antecedentes, identificar la situación o evento a partir del cual se iniciaron o se agravaron los problemas por los que el paciente decidió acudir a terapia. Esto permitirá un mejor pronóstico del caso y en algunas ocasiones, enfocar la reestructuración cognitiva a un evento en particular.

En algunos casos no es fácil identificar un evento o situación que detonó la problemática del paciente, en otros casos, el paciente lo recuerda con todo detalle. El terapeuta debe prestar atención al discurso del paciente para detectar eventos relacionados temporalmente con el inicio de la situación problema, éstos se considerarán como hipótesis de los eventos desencadenantes y a lo largo de las sesiones se confirmarán o rechazarán estas hipótesis.

- (3) Factores de control: hacen referencia a las situaciones en las cuales se manifiestan actualmente los problemas del paciente. Keawe'aimoku Kaholokula y colaboradores (2013) enfatizan que el análisis funcional busca las variables causales y que estas pueden incluir comportamientos, emociones y cogniciones, inmediatamente antecedentes al problema o circunstancias ambientales y contingencias de respuestas externas o internas. Estos aspectos deben explorarse para identificar y diferenciar factores desencadenantes y factores de control.

Para el terapeuta en formación, en ocasiones resulta confuso diferenciar entre factores desencadenantes y factores de control. En terapia breve, el énfasis se haría en los factores de control, explorando cuando, con quien, donde, es cuando se presentan o agravan los síntomas cognitivos, conductuales y/o fisiológicos asociados a la situación problema. Ayuda para su identificación que el paciente describa con todo detalle la última vez que se presentó la situación problema, incluyendo que pasó antes, durante y después.

- (4) Situaciones Problema: aún y cuando el terapeuta se enfoque en soluciones, es de mucha utilidad obtener la descripción detallada de las situaciones problema que llevan al paciente a terapia. Es así que, sin perder de vista el enfoque centrado en soluciones, se retoma la parte cognitivo-conductual en la que se hace necesaria conocer los aspectos cognitivos, conductuales y fisiológicos de la problemática del paciente. De acuerdo a Keawe'aimoku Kaholokula y colaboradores (2013), el análisis funcional se centra sobre los principales problemas de comportamiento u objetivos del tratamiento del cliente; ayuda a tomar decisiones describir los problemas reflejados en función de los sistema de respuesta (cognitivo, fisiológico o motor) y según distintas dimensiones (frecuencia, duración o severidad). Las variables que influyen en los diferentes sistemas de respuesta o dimensiones, pueden no ser las mismas.

Se trata de dejar hablar al paciente sobre el problema, que se sienta validado por el terapeuta y no descalificado al pedirle que ignore el problema y hable solo de excepciones o soluciones. O'Hanlon y Beadle, (1999) y O'Hanlon (2003) hacen énfasis en la importancia de dar un espacio al paciente para que describa con detalle la situación que lo llevó a terapia y es en esta descripción cuando el terapeuta podrá identificar exactamente como se presenta la situación problema en el caso en particular.

- (5) Factores de mantenimiento: se refiere a todo aquello que hace que el problema o situación que llevó al paciente a terapia siga ocurriendo. Considerando que la fuerza de una relación causal refleja el grado en el que los cambios en una variable se asocian a los cambios en otra variable (Keawe'aimoku Kaholokula y cols., 2013), un factor de mantenimiento sería una consecuencia que al ser modificada hará que varíe la situación problema.

Para identificarlos, el terapeuta deberá poner atención a la descripción del problema que hace el paciente, sobre todo a lo que suele suceder

después de la situación problema. En algunas ocasiones los factores de mantenimiento son pensamientos recurrentes, en otras ocasiones son consecuencias reforzantes para el paciente que el medio ambiente, la familia o los amigos proporciona, algunas veces sin darse cuenta. Esto no quiere decir que el paciente tenga control de su situación, de ser así, no asistiría a terapia, en algunas ocasiones, este patrón en torno al problema se ha repetido por un largo periodo de tiempo y el paciente no es del todo capaz de identificar lo que sucede, pero al describir la última vez que ocurrió el problema, el terapeuta podrá hacer hipótesis al respecto. En la intervención, ayuda la modificación de patrones en torno al problema que describe O'Hanlon como característico del trabajo que realizaba Milton Eickson (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1990 y O'Hanlon y Beadle, 1999).

La presentación de la información obtenida para el análisis funcional, puede hacerse de forma gráfica, tal como lo proponen Keawe'aimoku Kaholokula y colaboradores (2013), lo que permite comunicar con claridad el análisis funcional a otras personas, para enseñar a formular casos clínicos y para elegir el mejor enfoque para el tratamiento.

Los beneficios del uso del análisis funcional para la ciencia y la práctica se reconocen por la extensión de su aplicación a una gran variedad problemáticas y análisis de tratamientos, incluyendo las ventajas de hablar desde una aproximación funcional para entender y tratar conductas de importancia, de cualquier tipo de problemática y cualquier población estudiada (Beavers y cols., 2013).

#### *PROPUESTA DE INTEGRACIÓN APLICADA DE LOS ENFOQUES COGNITIVO-CONDUCTUAL Y CENTRADO EN SOLUCIONES*

Una guía para el terapeuta es eso, tan solo una guía, no debe tomarse como un patrón estricto de lo que se debe hacer en terapia, ya que la terapia debe adecuarse al ritmo del paciente y a los requerimientos del caso. Sin embargo, se requiere establecer que caracteriza a un modelo terapéutico y lo diferencia de otro.



Con base en lo anterior, se proponen los siguientes elementos como aspectos mínimos para considerar que el modelo de terapia aplicado corresponde a la integración de los enfoques cognitivo-conductual y centrado en soluciones:

1. Entrevista orientada a :

- a. detectar los elementos para el análisis funcional explicados previamente, dándole prioridad a estos aspectos en las primeras sesiones, para poder planear un tratamiento acorde a este análisis. Utilizando preguntas enfocadas a que pasa antes, durante y después de que se presenta esa situación que llevó al paciente a terapia, preguntando porque específicamente en este momento buscó asesoría psicológica y que espera de la terapia, se puede iniciar un diálogo que llevará a detectar algunos de los elementos del análisis funcional.
- b. dar espacio al paciente para hablar del problema, reconocer y validar sus emociones y percepciones

O'Hanlon hace hincapié en la importancia del reconocimiento y validación de la experiencia interna, de los sentimientos, y propone que los pacientes deben, ante todo, sentirse entendidos y escuchados antes de que se pueda hablar de soluciones o se produzcan cambios en sus acciones, en el contexto, las percepciones, o los sentimientos (experiencia interna) (González y Alfonso, 2005). Reconocer y validar es necesario para que el paciente se sienta escuchado y comprendido, aunque si fuera lo único que se hiciera en terapia, la mayoría de los pacientes no avanzarían mucho (O'Hanlon y Bertolino, 2001).

- c. detectar recursos y habilidades del paciente, así como intentos previos de solución y no solo excepciones al problema

Las excepciones son definidas por de Shazer (1991) como aquellas ocasiones en las que, en contra de lo esperado, no se da la conducta-problema. Detectar las excepciones es fundamental en los enfoques centrados en soluciones. Al considerarse una integración

práctica con la Terapia Cognitivo-Conductual, cobra relevancia detectar los intentos previos de solución, además de los recursos y habilidades.

2. Evaluación con instrumentos que cuenten con adecuadas propiedades psicométricas y no solo utilizar la pregunta de escala de avance, de manera que se cuente con otros referentes para la evaluación del tratamiento.

La pregunta de escala de avance fue definida por O'Hanlon y Weiner-Davis (1990) como un instrumento terapéutico, en donde se le pide a los clientes que valoren, sobre una escala de 1-10, su situación problema por la que acudieron a terapia, asimismo, se le pide al paciente que indique el número al que habría de llegar para reportar satisfacción. En el enfoque centrado en soluciones, suele utilizarse la pregunta escala en todas las sesiones y es el referente usado por los terapeutas para determinar el éxito de la terapia. Se recomienda que además se utilicen otras formas de evaluación, preferentemente con inventarios, cuestionarios o escalas con adecuadas propiedades psicométricas.

3. Establecimiento / negociación de objetivos en términos de proceso. Para lograr un cambio es necesario saber la dirección hacia donde se dirige el cambio. Cuando no se acuerda con el paciente hacia dónde va el tratamiento, no es posible para paciente y terapeuta saber si ya se ha alcanzado la meta. Por lo tanto, es importante fijar objetivos para el tratamiento. Los objetivos o metas deberán ser realizables, es decir que sean objetivos a los que se pueda llegar a través de la terapia. Mutuos negociados entre el paciente y el terapeuta, además de legales y éticos, específicos, observables y cuantificables. En síntesis, las metas deben quedar diseñadas de tal manera que pueda identificarse cuando han sido alcanzadas (González y Alfonso, 2005).
4. Plan de trabajo orientado a la modificación de factores de control y factores de mantenimiento, no solo a ampliar las excepciones o a disminuir los síntomas, cognitivos o conductuales que llevaron al paciente a buscar ayuda psicológica. Para considerarse un modelo de integración de los dos

enfoques, se deberá incluir en el plan de tratamiento al menos una estrategia cognitiva, que suele ser la reestructuración cognitiva, una estrategia de intervención conductual y una estrategia de intervención del enfoque centrado en soluciones, que no solo sea la pregunta escala, ya que ésta se utiliza más como evaluación que como intervención.

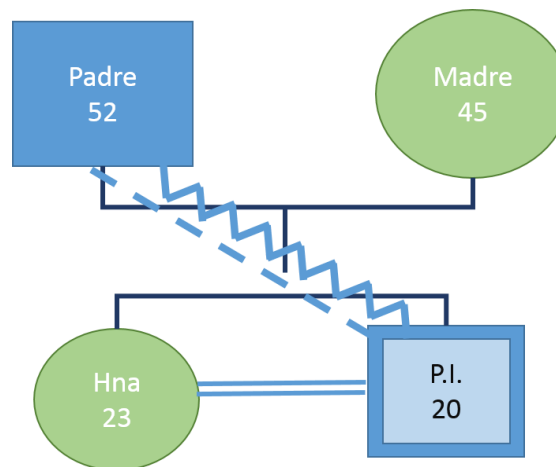
5. Evaluación del cumplimiento de objetivos terapéuticos. Preferentemente con el uso de instrumentos de evaluación con adecuadas propiedades psicométricas.
6. Seguimiento.

### *EJEMPLO*

El mínimo de aspectos a incluir al reportar un caso de ejemplifican a continuación. La profundidad de los antecedentes puede variar dependiendo del caso y sin dejar de contemplar que la integración de los enfoques sigue considerándose terapia breve, por lo que la entrevista inicial en muchas ocasiones no es tan profunda como en otros modelos de terapia:

1. Información obtenida de las entrevistas iniciales:

Paciente de sexo masculino de 20 años de edad, residente de la ciudad de Monterrey Nuevo León, México; estudiante de 5to semestre de licenciatura en escuela privada asiste por primera vez a sesión el 14 de septiembre del 2015 para solicitar apoyo psicológico por lo que él catalogaba como depresión, nerviosismo y ataques de ansiedad. En entrevista inicial se cuestionó al paciente sobre la situación actual que más le aquejaba para identificar aquello con lo que se trabajarían en sesión, así como la razón por la que consideraba necesario la ayuda psicológica en ese punto de su vida. Con la información obtenida se elaboró el siguiente genograma en el que se puede observar una relación conflictiva con el padre y una relación estrecha con la hermana mayor.



### *Análisis funcional*

*Factores predisponentes:* Al profundizar en la relación familiar se pudo identificar que el paciente no solo tenía relación conflictiva sino distante con su padre, ya que sentía un gran temor por expresarle sus necesidades y formas de sentir, así como también expresaba sentir que para su padre él no tenía opinión alguna que valiera la pena. El paciente identificado (P.I.) define a su padre como una persona en extremo autoritaria, poco afectiva, dura al reprender, insensible y agresiva. Al preguntarle que perspectiva creía que su padre tenía de él y profundizar sobre la posible influencia entre su relación paterno filial y su ansiedad se pudo corroborar la necesidad significativa de sentirse reconocido y de cumplir las expectativas difusas de su padre de manera constante sin lograr tener éxito o reconocimiento por parte de éste, es por esto que dicha situación representaba su principal fuente de ansiedad al no percibir que sus esfuerzos fueran suficientes, desencadenando así sentimientos de frustración y por consiguiente desilusión o tristeza al no creerse capaz de conseguirlo algún día.

*Factores desencadenantes:* Aun y cuando el P.I. refiere siempre haber sido un tanto nervioso (comportamiento aprendido a partir de los regaños y exigencias de papá), menciona que a partir de que inicio la carrera profesional comenzó a incrementar su nivel de ansiedad y el último semestre se había convertido más en un problema, como factores importante se destaca el comenzar a viajar con amigos, con autorización del padre. Sin embargo, reportaba que al querer realizar

viajes el padre lo cuestiona constantemente, le negaba el permiso, lo amenazaba si llegase a hacer algo que consideraba inapropiado y al final accedía con condiciones, razón por la cual el P.I. prefería evitar hacer viajes y se sentía ansioso cuando se presenta alguna oportunidad de viajar. Así como también su desempeño académico se convierte en estresor importante al mencionar que siendo hombre y estudiando una carrera para llevar el negocio familiar su padre había puesto gran cantidad de expectativas sobre sus resultados, aun y cuando reporta tener buen promedio.

*Factores de control:* el paciente indicó que los ataques de pánico ocurrían de manera imprevista en ambientes diversos. Dificultando la detección de situaciones estímulo que desencadenaran los síntomas en el momento que acude a terapia. En ocasiones se presentaban en lugares cerrados y con gente como en el salón de clases, en casa de algún amigo o en alguna fiesta, al manejar en el coche, o en algún lugar con luz parpadeante o sonido repetitivo, mencionó haber tenido la necesidad de abandonar ese tipo de lugares luego de sentirse nervioso, con temblor en piernas y manos, sensación de ahogo, mareado y con miedo a que lo peor le pudiera ocurrir, sin importar a donde se dirigía solo mencionó que era necesario para el salir de esa situación.

*Situaciones Problema:* De acuerdo a la entrevista, se detectaron los ataques de ansiedad como principal motivo de consulta. El paciente describió sus ataques de ansiedad con síntomas de sudoración, dificultad para respirar y sensación de ahogo, latidos de corazón acelerados, nerviosismo y miedo, así como pensamientos irracionales fatalistas y extremistas como el temor a no poder viajar o hacer nada de su vida debido a la ansiedad incapacitante, no poder cumplir metas, incluso, en los momentos más críticos de los ataques, creer que podría morir por el ritmo cardíaco y sensación de debilidad.

*Factores de mantenimiento:* La situación problema se retroalimentaba por los mismos factores desencadenantes, así, los que reforzaban los pensamientos fatalistas y extremistas eran las constantes exigencias y regaños por parte de su padre ante cada situación. Además de evitar los momentos de recriminación por su sentir, ya que en el momento que se permitió expresar mínimamente lo que

sentía se desvalorizaron sus emociones, se le etiquetó como exagerado o débil y se le forzó a seguir adelante, esto también se convirtió en una excusa para el paciente de tomar iniciativas y decisiones personales así como evitar situaciones donde podía fracasar o recibir una evaluación negativa de los demás, incluyendo la de los padres, convirtiendo con esto en un círculo vicioso pues provocaba que el P.I. pensara que realmente no podría alcanzar metas o hacer algo de su vida, generándole más ansiedad o tristeza.

En cuanto a recursos con los que contaba, se puede mencionar que el paciente reportó una buena relación con la hermana mayor que lo impulsaba a mejorar. Asimismo, el P.I. es un joven positivo, aceptando los elogios recibidos en las primeras sesiones al usar las preguntas de excepciones, mostrando además mucha disposición y adherencia al trabajo terapéutico, asimismo, se mostró dedicado y perseverante en cuanto al cumplimiento de objetivos y metas personales.

2. Evaluación. En la primera sesión el P. reportó según la pregunta escala ubicarse en el número 1 haciendo referencia a sus ataques de ansiedad y percepción emocional. No se utilizaron otro tipo de instrumentos de evaluación en ese momento.
3. Establecimiento / negociación de objetivos. Con base en el análisis funcional, el plan de tratamiento se orientó principalmente en los factores de mantenimiento. Se establecieron como objetivos terapéuticos mejorar la habilidad de tomar decisiones y la comunicación asertiva para mejorar la relación paterno-filial. Además de disminuir los ataques de ansiedad y los sentimientos de depresión.
4. Plan de trabajo. La intervención estuvo basada principalmente en la Terapia Breve Centrada en Soluciones (TBCS) por lo que se enfocó en identificar las excepciones, detectar recursos y redes de apoyo para el paciente, así como la forma de solucionar el problema y mantener los logros alcanzados (Beyebach 2009) aunada a técnicas cognitivo-conductuales que se

caracterizan por tener sesiones directivas, estructuradas y basadas en el trabajo por medio de objetivos (Contreras y Oblitas, 2005). Las técnicas para cada objetivo fueron implementadas de la siguiente manera:

- a) Toma de decisiones. Para este objetivo se trabajó con el reforzamiento positivo y moldeamiento por aproximaciones sucesivas, solicitándole al paciente realizar pequeñas acciones en las que implicara tomar alguna decisión, aumentando posteriormente las consecuencias y el nivel de acciones a decidir. Como técnica de la terapia cognitivo conductual se utilizó la reestructuración cognitiva, debatiendo la creencia de que era incapaz de tomar decisiones por sí solo y se reestructuró el pensamiento de imposibilidad hacia tomar decisiones con cautela. Mientras que por la TBCS se marcaban las excepciones, se le atribuía control de las mismas y se le regresaban con su mismo lenguaje.
- b) Comunicación asertiva / mejora de relación paterno filial. Además de utilizar el reforzamiento positivo cuando expresaba su sentir, sus pensamientos y necesidades ya sea a sus padres o hacia sus amistades, se trabajó con técnicas como la exposición simbólica, en la cual se le pidió que escribiera una carta para su padre donde pudiera expresar lo que sentía le hacía falta decirle; además se implementó la detención de pensamientos ante suposiciones de que podría responder su padre o que sería lo peor que pudiera pasar ante situaciones que le generaban ansiedad y de esta manera se logró crear un plan de contingencias y se continuó con la reestructuración. Por el lado de la TBCS se aplicaron técnicas de exposición a futuro, para que lograra visualizar como sucederían las cosas al hablar con su padre y que cosas podría el hacer o controlar para asegurar un mejor resultado.
- c) Ataques de ansiedad y depresión. Para este objetivo, que se ubicaba como principal demanda del paciente, se implementaron, la técnica de la exposición simbólica, al pedirle que visualizara un ataque de

ansiedad, una discusión con su padre o bien algún momento en el que se sintiera completamente desganado, se le solicitó que identificara todos los factores que pudieran influir para eso y que cosas lo ayudaban a salir del mismo o a no caer “tan bajo” generando a la vez un debate cognitivo, posterior a esto, se utilizaban técnicas cognitivo conductuales de relajación y respiración para disminuir el impacto que generaban dichas exposiciones así como reestructurando aquello que realmente implicaba un riesgo o por el contrario las cosas que él podría controlar, en relación con la TBCS se trabajó con metáforas aunadas a la relajación por medio de la hipnosis Ericksoniana, además de paradojas y la externalización del síntoma como algo que no lo controlaba ni envolvía su vida sino como algo que podía controlar y dejar de lado, además se puntualizaba cada vez que se detectaba una excepción y se le atribuían las excepciones, considerándolas avance entre sesiones.

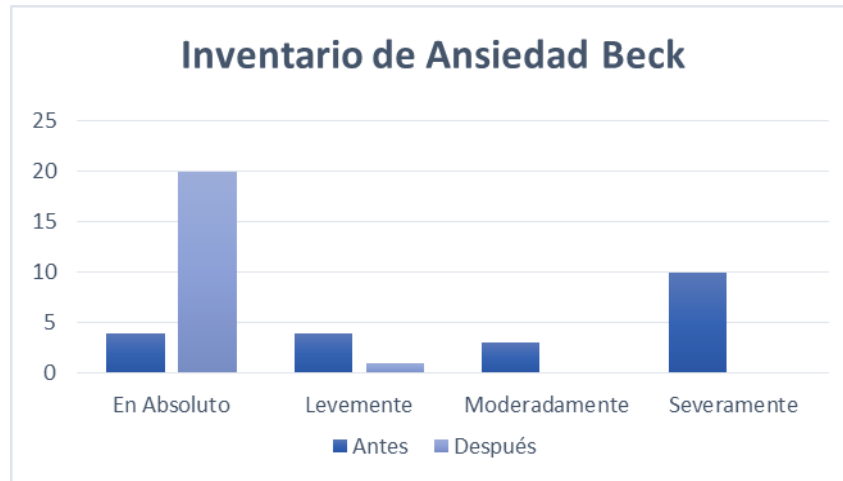
Es importante mencionar que como lo marca el modelo de terapia breve centrada en soluciones, al inicio se realizó la pregunta milagro para ubicar aquellas metas por alcanzar, preguntando después según el objetivo a trabajar variaciones de la misma de manera corta para ayudarlo a fijar su objetivo, también es necesario recordar que en todas las sesiones se le cuestionó sobre su postura en la escala de valoración no solo para identificar los avances obtenidos, sino también como medio de intervención en las mismas.

##### 5. Evaluación del cumplimiento de objetivos terapéuticos.

Luego de un total de 7 sesiones de tratamiento, el paciente alcanzó en la pregunta escala un 10 de estabilidad y tranquilidad emocional el día 1 de diciembre del mismo año, así como el logro de la comunicación asertiva, por consiguiente una mejora de la relación con su padre y mayor control en la toma de decisiones. Aún y cuando en el periodo de evaluación no se aplicaron instrumentos de carácter psicométrico, al finalizar las sesiones se realizó un ejercicio de línea de tiempo con el paciente para pedirle que, según como identificaba su sentir antes de la atención psicológica, contestara el Inventario



de Ansiedad de Beck “BAI” (Beck y Steer, 1993, 2011) (Gráfica 1). Posterior a esto se regresó al sentimiento actual al término de las sesiones para que contestara el mismo inventario, además de la Escala de Ansiedad de Hamilton (Hamilton, 1959) y el Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad breve “ISRA-B” en su versión para México (González-Ramírez, Quezada-Berumen, Díaz-Rodríguez y Cano-Vindel, 2014). El análisis de los resultados de la evaluación se realizó por pregunta, para obtener una mayor cantidad de información que con el puntaje total de cada instrumento. Así, se pudo comprobar que el paciente presentó una mejoría importante al obtener un puntaje de 20 ítems del BAI en la opción “en absoluto” y solo uno en “levemente” (Gráfica 1).

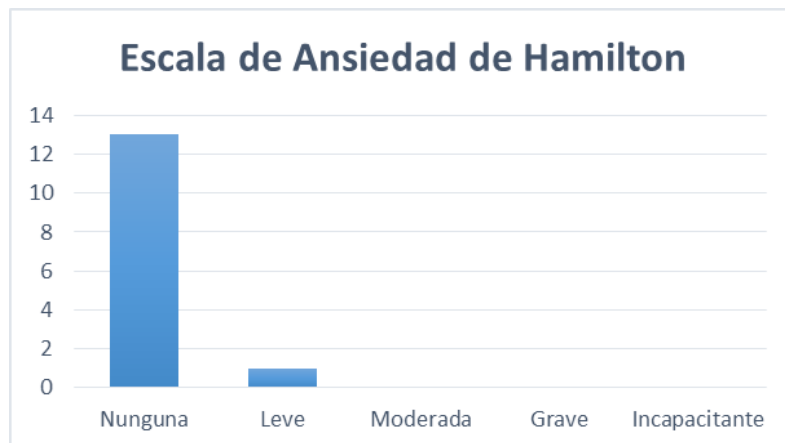


Gráfica 1

En el inventario ISRA-B, 21 de los 23 ítems se registraron en “casi nunca” (Gráfica 2), mientras que en la escala de ansiedad de Hamilton 13 de los 14 ítems se reportaron como “ninguna” (Gráfica 3).



Gráfica 2



Gráfica 3

6. Seguimiento. Se realizó una sesión por medio de video llamada ya que el paciente se encontraba fuera de la ciudad, confirmando que se encontraba en la misma puntuación de la pregunta escala (10) manteniendo sus logros y alcanzando nuevas metas personales.

### CONCLUSIONES

La integración práctica del enfoque centrado en soluciones y la terapia cognitivo-conductual es factible y se ha demostrado que sus resultados son exitosos. Sin embargo, ante la necesidad de clarificar cuando se puede hablar de esta integración y como aplicarla es que se elaboró el presente trabajo. Es importante enfatizar que un paciente no debe ajustarse a un tipo de terapia, la terapia debe adecuarse a las necesidades específicas del caso en cuestión. La propuesta que se presenta debe tomarse como una guía flexible del trabajo a realizar y no como un patrón rígido de lo que debería ser el proceso terapéutico. El énfasis de ésta propuesta es el uso del análisis funcional en modelos de terapia breve, específicamente en la integración práctica del enfoque centrado en soluciones y la terapia cognitivo-conductual que es el modelo a seguir en la Maestría en Psicología con orientación en Terapia Breve de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Beavers, G., Iwata, B., y Lerman, D. (2013). Thirty years of research on the functional analysis of problem behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, **46** (1), 1–21. Recuperado de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jaba.30/epdf>
- Beck, A. T., y Steer, R. A. (1993). *Manual for the Beck Anxiety Inventory*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Beck, A. T., y Steer, R. A. (2011). *Manual. BAI. Inventario de Ansiedad de Beck* (Adaptación española: Sanz, J.). Madrid: Pearson Educación
- Beyebach, M. (2009). Integrative brief solution-focused family therapy: A provisional roadmap. *Journal of Systemic Therapies*, **28** (3), 18-35.
- Carvajal, C. (2014). Terapia breve en un caso de bulimia nerviosa. *Revista Electrónica de Psicología de Iztacala*, **17** (4), 1500-1524. Recuperado de: [www.journals.unam.mx/index.php/repi/article/download/47920/43057](http://www.journals.unam.mx/index.php/repi/article/download/47920/43057)
- Contreras, A.H. y Oblitas, L.A. (2005) *Terapia Cognitivo Conductual: Teoría y Práctica*. Bogotá: Psciom Editores.
- De Shazer, S. (1991). *Putting difference to work*. New York: Norton.
- Garza, A. (2013). *Estudio de caso: el proceso de la terapia breve en el afrontamiento del estrés en un cuidador de paciente diagnosticado con afasia*. Masters thesis, Universidad Autónoma de Nuevo León. Recuperado de: <http://eprints.uanl.mx/3463/>
- González, M. y Alfonso, V. (2005). Terapia de posibilidades. De soluciones a posibilidades: enfoque terapéutico de Bill O'Hanlon. En L. Oblitas (compilador) *¿Cómo hacer psicoterapia exitosa?* Colombia: Psicom Editores. Libro electrónico. Recuperado de: <http://bibliotecaparalapersona-epimeleia.com/greenstone/collect/libros1/index/assoc/HASHba0f.dir/doc.pdf>
- González-Ramírez, M.T., Carmen Quezada-Berumen, L.C., Díaz-Rodríguez, C.L. y Cano-Vindel, A. (2014) Adaptación para México y estructura Factorial del inventario de situaciones y respuestas de ansiedad breve (ISRA-B). *Ansiedad y Estrés*, **20**(1), 89-100
- Guajardo, N. y Cavazos, B. (2013). Intervención centrada en soluciones-cognitivo conductual en un caso de violencia en el noviazgo. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, **16**, (2), 476-503. Recuperado de: [www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/download/39961/36364](http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/download/39961/36364)
- Hamilton, M. A. X. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British journal of medical psychology*, **32**(1), 50-55.
- Iwata, B. y McCord, B. (2003). Functional analysis of problem behavior: a review. *Journal of Applied Behavior Analysis*, **36** (2), 147-185. doi: 10.1901/jaba.2003.36-147 Recuperado de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1901/jaba.2003.36-147/pdf>
- Haynes, S. N., Uchigakiuchi, P., Meyer, K., Orimoto, L., Blaine, D., y O'Brien, W. H. (1993). Functional analytic causal models and the design of treatment programs: Concepts and clinical applications with childhood behavior problems. *European Journal of Psychological Assessment*, **9**, 189-205.
- Keawe'aimoku Kaholokula, J. Godoyb, A., O'Brienc, W., Haynesa, S. y Gavinob, A. (2013). Análisis funcional en evaluación conductual y formulación de

- casos clínicos. **Clínica y Salud**, 24, 117-127 doi:  
http://dx.doi.org/10.5093/cl2013a13 Recuperado de:  
[http://clysa.elsevier.es/es/analisis-funcional-evaluacion-conductual-formulacion/articulo/S1130527413700136/#.VeTybSV\\_Oko](http://clysa.elsevier.es/es/analisis-funcional-evaluacion-conductual-formulacion/articulo/S1130527413700136/#.VeTybSV_Oko)
- Kanfer, F. H., y Saslow, G. (1965). Behavioral analysis. An alternative to diagnostic classification. **Archives of General Psychiatry**, 12, 329-538. Recuperado de: <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=488789>
- O'Hanlon, W.H., y Weiner-Davis, M. (1990). **En busca de soluciones**. Barcelona: Paidós.
- O'Hanlon, B. y Beadle, S. (1999). **A guide of possibility land: fifty-one methods for doing**. New York: Norton & Company, Inc.
- O'Hanlon, S. y Bertolino, B. (2001). **Desarrollando Posibilidades. Un itinerario por la obra de uno de los fundadores de la terapia breve**. España: Paidós.
- O'Hanlon, B. (2003). **A guide to inclusive therapy: 26 methods of respectful, resistance-dissolving therapy**. NY: Norton & Company, Inc.
- Ramírez, J. y Rodríguez-Alcalá, J.C. (2012). El proceso en psicoterapia combinando dos modelos: centrado en soluciones y cognitivo-conductual. **Revista electrónica de psicología de Iztacala**, 15 (2), 610-635. Recuperado de: [www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/download/32370/29766](http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/download/32370/29766)
- Ruiz, M. (2013). **Dependencia emocional: características e intervención, análisis de dos casos clínicos**. Masters thesis, Universidad Autónoma de Nuevo León. Recuperado de: <http://eprints.uanl.mx/3806/>
- Virues-Ortega, J. y Haynes, S. (2005). Functional analysis in behavior therapy: Behavioral foundations and clinical application. **International Journal of Clinical and Health Psychology**, 5 (3), 567-587. Recuperado de: