

INTERVENCIÓN EN UN CASO CLÍNICO DE DUELO TRAUMÁTICO A TRAVÉS DE LA PSICOTERAPIA ANALÍTICA FUNCIONAL

AN INTERVENTION OF TRAUMATIC GRIEF USING FUNCTIONAL ANALYTIC PSYCHOTHERAPY: A CLINICAL CASE

Amanda M. Muñoz-Martínez*

Resumen

Se analizó el caso de una mujer de 28 años, quien había perdido a su madre tres meses antes de iniciar psicoterapia. La evaluación funcional permitió identificar un duelo traumático, caracterizado por comportamientos de escape al juicio social por parte de amigos y familiares respecto a sus respuestas emocionales. Se utilizó la Psicoterapia Analítico Funcional (FAP, por sus siglas en inglés) con el fin de disminuir los comportamientos de escape e incrementar la expresión de emociones, opiniones, y necesidades en-sesión y generalizarlas a otras relaciones. Se utilizó un diseño de fase simple A-B y los datos fueron obtenidos a través del análisis de videgrabaciones dentro de la sesión terapéutica. Efectos clínicos significativos fueron encontrados en los resultados, mostrando una reducción de comportamientos problemáticos ($d = -1,90$) y un incremento en las conductas de alternativas ($d = 2,38$). Se discute la efectividad de la FAP para el manejo del duelo y algunas explicaciones a los problemas y mejorías en-sesión.

Palabras clave: duelo traumático; Psicoterapia Analítica Funcional; terapias de tercera generación; experimento de caso único.

Abstract

A case study with a 28 years-old woman, who had lost her mother three months before starting psychotherapy, was conducted. A traumatic grief was identified based on a functional assessment of her behavior, which was characterized by escaping of social judgment of her emotional responses. Functional Analytic Psychotherapy (FAP) was conducted to reduce escaping behaviors and increase her expression of emotions, opinions, and needs in-session to generalize them out-of-session. A simple phase reversion single case design (A-B) was employed to measure behavioral changes across treatment, data were obtained through videotaping clinical sessions. Significant clinical effects were found with a reduction on behavioral problems ($d = -1,90$) and an enhancement of alternative behaviors ($d = 2,38$). FAP effectiveness in the treatment of traumatic grief and some explanations about in-session problems and improvements are discussed.

Key words: traumatic grief; Functional Analytic Psychotherapy; third wave-therapies; single-case experimental design.

Recibido: 09-07-14 | Aceptado: 15-10-17

INTRODUCCIÓN

Las pérdidas afectivas son uno de los eventos que afectan en mayor medida la funcionalidad de los individuos, debido a las consecuencias de diferente orden que éstas pueden producir a nivel relacional, económico, emocional, familiar, entre otros. Los estudios en el área muestran como las personas que han pasado por este tipo de eventos tienen una mayor probabilidad de desarrollar problemas psico-

lógicos (Bados, Greco y Toribio, 2012; Drescher y Foy, 2010; Kaplow, Saunders, Angold y Costello, 2010) y físicos (Prigerson et al., 1999); además, de registrar un alto índice de intentos de suicidio con respecto a otro tipo de población (Latham y Prigerson, 2004; Stroebe, Stroebe y Abakoumkin, 2005), sobre todo aquellos que han sobrevivido al suicidio de personas con las que tenían un vínculo cercano (Pitman, Osborn y King, 2013).

Desde mediados de los años 90 profesionales en el área de la salud mental se han interesado en el abordaje de los comportamientos que resultan problemáticos en la funcionalidad de las personas que han

* Fundación Universitaria Konrad Lorenz. Bogotá. Colombia
E-Mail: amandam.munozm@konradlorenz.edu.co
REVISTA ARGENTINA DE CLÍNICA PSICOLÓGICA XXVII p.p. 91-100
© 2018 Fundación AIGLÉ.

pasado a través de pérdidas afectivas, y han tratado de establecer de manera específica la diferencia que tienen con los problemas de ansiedad o depresión (Prigerson et al., 1999), estudiándolos de diferentes formas y otorgándoles diversos nombres como: trastorno de duelo prolongado (Prigerson et al., 2009), trastorno complejo persistente por pérdidas afectivas (DSM-5, 2013), duelo patológico (Horowitz, Bonanno y Holen, 1993) y duelo traumático (Prigerson et al., 1997). Al comparar estas cuatro categorías el duelo traumático resulta ser la que recurre en menor medida a una visión patológica de la conducta. Prigerson et al. (1996) definen el duelo traumático como “síntomas de separación y estrés traumático (p.e., anhelar intensamente a quien no está, buscar a quien ha muerto, presentar pensamiento intrusos, y estar estupefacto ante la muerte) que están asociados con difusión permanente” (p.1484). En comparación con las categorías mencionadas previamente, la definición del duelo traumático busca identificar los comportamientos que presentan las personas que les han llevado experimentar la pérdida como traumática, no como una patología o un trastorno, sino como una serie de conductas que se dan tras un evento que les cambió la vida de manera importante y generalizada. Segundo, implica la descripción de formas de conducta que se dan específicamente por la pérdida afectiva y no por otros aspectos, lo que no es poco claro en la categoría trastorno complejo persistente por pérdidas afectivas que se encuentra dentro del DSM-5, en el que no se presenta una descripción específica de los síntomas y los eventos asociados al duelo que lo diferencien de los trastornos del estado de ánimo o de ansiedad. Tercero, para el diagnóstico de duelo traumático el criterio de tiempo no resulta crítico para determinar si la persona presenta o no esta problemática. Al respecto, Jacobs, Mazure, y Prigerson (2000) mencionan que, dadas las características del duelo, el tiempo no es fundamental para su identificación, sino el efecto que ha tenido la pérdida en la persona, siendo sus características principales: (a) la preocupación excesiva acerca de la persona que se ha ido, y (b) las reacciones marcadas y persistentes en respuesta a la pérdida (comportamientos autolesivos, dificultades para imaginarse una vida placentera, frecuentes esfuerzos por evitar cosas que recuerden la pérdida, sentir que una parte de ellos ha muerto, entre otros) (Prigerson et al, 1999).

Dado que la evaluación de confiabilidad de los criterios para el diagnóstico de duelo traumático, en términos de su sensibilidad y precisión, aún se encuentran bajo análisis (Prigerson et al, 1999), los sistemas diagnósticos no han aceptado que se trate esta problemática de manera diferente a los problemas del estado de ánimo (Wakefield y Schmitz, 2013).

Debido a las dificultades en el sistema diagnóstico, desde la psicología se ha mencionado la importancia de aproximarse a estas problemáticas más allá de la morfología de los comportamientos. Espe-

cíficamente, la perspectiva conductual ha abordado las dificultades relacionadas con las pérdidas teniendo en cuenta tanto el comportamiento que se presenta como los factores contextuales con los que interactúa el individuo, que, de acuerdo con sus postulados, son los que mantienen la problemática (Delprato y Midgley, 1992). La psicología clínica conductual busca que las intervenciones se establezcan con base en la función que tienen las conductas problemáticas, determinadas a partir de la relación que tienen con el ambiente actual y la historia de aprendizaje y no con entidades mentales (Follette, Naugle y Linerooth, 2000).

Los estudios realizados desde la psicología clínica conductual muestran que las personas que han perdido a alguien suelen tener fuertes respuestas emocionales, sumado a un desajuste en su interacción con el medio, afectando su funcionalidad (Dellinburguer y Keenan, 1994). Esto se explica con base en el proceso conductual de extinción, al cual se exponen tras la pérdida de fuentes de reforzamiento (Catania, 2007; Ferster, 1973), lo que produce dos efectos principales en los individuos (a) respuestas emocionales intensas que suelen ser denominadas como malestar y dolor, y (b) comportamientos dirigidos a disminuir el contacto con situaciones o eventos que se relacionan con quien ya no está (Dillenburger y Keenan, 1994; Rakos, 2001). Las respuestas derivadas de la extinción pueden facilitar el desarrollo de comportamientos problema, dado que las conductas relacionadas con las pérdidas pueden derivar en un pobre funcionamiento social, laboral, familiar, entre otros, que puede tornarse en un elemento de vulnerabilidad para que el desarrollo de duelo traumático.

Algunas intervenciones para el duelo traumático se han enfocado en exponer a los individuos a situaciones asociada con la persona ausente a través de tareas de re-experimentación (Shear et al., 2001), con el fin de conseguir la extinción de tales repertorios. Desde las llamadas terapias de tercera generación (o contextuales funcionales; Hayes, 2004), se ha planteado que centrar la intervención en la exposición específica a las situaciones en que se dio la pérdida y sobre quien se perdió resulta insuficiente, manifestando la importancia de tener en cuenta las variables con las que se relaciona el individuo en el momento en que inició el proceso terapéutico, la identificación de comportamientos alternos a los problemáticos, y las fuentes de refuerzo alternas que los puedan mantener tras el tratamiento (Follette, Naugle y Linerooth, 2000). Además, mencionan la importancia de tener en cuenta que la evitación y el escape no se dan únicamente con respecto a factores ambientales de tipo físico, sino que también pueden ser de tipo verbal, ya que en la historia de aprendizaje los individuos pueden aprender a evitar eventos de manera derivada, lo que implica que eventos que no se relacionan directamente con el evento doloroso tengan

funciones relacionadas con estos (Barnes-Holmes, Barnes-Holmes, McHugh y Hayes, 2004; Dymond, Roche, Forsyth, Whelan y Rhoden, 2008). Con base en esos dos elementos, los terapeutas desde la aproximación conductual han mencionado la importancia de utilizar intervenciones que se basen en la función de la conducta y no en las morfologías, pues algunas instancias problemáticas pueden cambiar bajo el segundo enfoque, pero, dadas las diferentes funciones del contexto, otras respuestas pueden seguir presentándose (Zettle y Hayes, 1982).

Aunque se han señalado las ventajas que pueden obtenerse al hacer uso de terapias contextuales funcionales en la intervención de los problemas relacionados con el duelo, sólo se encuentran en la literatura dos estudios experimentales de caso único, en los que se hizo uso de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT, por sus siglas en inglés) como intervención central. Luciano y Cabello (2001) mostraron el cambio en los repertorios de evitación experiencial (evitación a la emoción y pensamientos con función aversiva) de un consultante a través del proceso terapéutico. En este estudio se establecieron conductas alternativas al duelo asociadas a metas de valor. Aunque los comportamientos problema disminuyeron notoriamente a través del uso de ACT, los reportes verbales y las metas de valor no mostraron cambios sustancialmente. Por otro lado, Monsalve y Novoa-Gómez (2010) combinaron en su estudio ACT con la Psicoterapia Analítico Funcional (FAP, por sus siglas en inglés), obteniendo cambios positivos en los procesos centrales de la ACT (aceptación, difusión, yo como contexto, estar en el momento presente, valores y compromiso), reducción de las conductas problema, e incremento en los comportamientos alternativos dentro de la sesión terapéutica (Conductas Clínicamente Relevantes; CCR).

Aunque los estudios utilizando ACT y su combinación con FAP tuvieron cómo medidas centrales las CCR (comportamientos dentro de la sesión) como las variables dependientes, estos no presentaron medidas que dieran cuenta de los procesos en ACT exclusivamente, lo que puede significar un problema a la hora de interpretar los resultados, dado que no es posible saber si la intervención produjo cambios en los procesos centrales de esta terapia, o si las mejoras corresponden a otras variables. Sumado a ello, no se reportan los procedimientos realizados por los investigadores para garantizar la integridad de algunas de las variables dependientes, por lo que no es posible conocer la fiabilidad de aquellas que se basaban en el reporte verbal de los participantes. Esto se dio especialmente con respecto a la medición del trastorno de evitación experiencial (TEE), en el estudio de Luciano y Cabello (2001) los datos al respecto se basaban en el reporte verbal sobre las relaciones de la consultante con otros, mientras que en la investigación de Monsalve y Novoa-Gómez (2010) el TEE implicaba la valoración verbal que hacía de sus

estados emocionales, refiriendo frustración, desesperanza, incertidumbre, entre otros.

El escaso número de estudios realizados con base en las terapias contextuales funcionales, las limitaciones de tipo metodológico de las investigaciones realizadas hasta el momento, y la demanda de procedimientos terapéuticos que aborden la complejidad del duelo traumático, plantean la importancia de realizar estudios que permitan establecer con mayor precisión y fiabilidad el efecto de estas terapias para abordar el duelo. Con base en lo anterior, esta investigación busca subsanar algunas de las dificultades metodológicas de los estudios realizados hasta el momento con estas intervenciones y ampliar el espectro de psicoterapias que abordan el duelo traumático haciendo uso exclusivo de la Psicoterapia Analítico Funcional.

FAP se fundamenta en los principios teóricos, epistemológicos, y metodológicos del análisis del comportamiento (Kohlenberg y Tsai, 1991; Tsai, Kohlenberg, Kanter, Holman y Plummer, 2012), focalizándose en la precisión y confiabilidad en la medición de las variables de interés, la identificación de las funciones entre las conductas objeto de análisis y los factores contextuales con los que se relaciona para delimitar los objetivos y actividades de intervención, y la coherencia entre el proceder terapéutico y los principios conceptuales que la soportan. En esta terapia, los cambios conductuales se producen dentro del contexto de la relación terapéutica teniendo como objeto las Conductas Clínicamente Relevantes (CCR) del consultante, las cuales implican los comportamientos problema que se dan en sesión (CCR₁), las mejorías en el ambiente terapéutico (CCR₂), y las explicaciones funcionales que da el cliente sobre su propio comportamiento (CCR₃). Los cambios en las CCR son producidos por las conductas del terapeuta en sesión (reglas terapéuticas) que se encuentra focalizada en observar las CCR's (Regla 1), evocar las CCR's (Regla 2), reforzar las CCR2s y redirigir las CCR1s (Regla 3), chequear el efecto de su propia conducta en las respuestas del consultante (Regla 4), promover la generalización de los cambios en sesión al contexto fuera de sesión (Regla 5) (Kohlenberg y Tsai, 1991; Muñoz-Martínez y Coletti, 2015; Tsai, Kohlenberg, Kanter, Holman y Plummer, 2012). Es así como esta investigación busca mostrar el efecto del uso de las reglas terapéuticas de la FAP sobre los comportamientos clínicamente relevantes relacionados con el duelo traumático de la consultante.

MÉTODO

Diseño

Se utilizó un diseño de investigación de fase simple A-B (Hayes, Barlow, y Nelson-Gray, 1999). En la línea de base (A) se midieron las conductas problema y objetivo en sesión en donde el tera-

peuta no hizo uso de las reglas terapéuticas de la FAP. En la fase B se introdujo el tratamiento con FAP, en la que el terapeuta implemento las reglas terapéuticas 2 y 3, para evocar las CCR's, con el fin de producir cambios en la presentación de duelo traumático de la participante.

Identificación de la consultante y motivo de consulta

La consultante era una mujer de 28 años (Mila)¹, con estudios universitarios en áreas administrativas y trabajaba de manera independiente. Mila buscó servicios psicológicos tres meses después de la muerte de su madre y de haber terminado la relación con su novio. Mila reportó haber estado hospitalizada y bajo tratamiento farmacológico, debido a que llevó a cabo un intento de suicidio posterior a estas dos pérdidas.

Al iniciar el proceso psicológico no se encontraba tomando medicamentos, ni bajo supervisión psiquiátrica. Como motivo de consulta mencionó: experimentar un sufrimiento intenso tras la muerte de la madre y no encontrar motivos, ni sentido al hecho de vivir, mencionando que todo lo que hacía en su vida era en función de su madre, siendo ésta su mayor apoyo y compañía. Mila también reportó que su expareja era la única persona con quien ella compartía cómo se sentía, le pedía apoyo y compañía, y expresaba su intenso dolor, tristeza y decepción. Tras la muerte de la madre de Mila, quien era su pareja comenzó a pedirle que se tranquilizara y dejara de lamentar la muerte de su madre, y posteriormente terminó la relación con Mila.

Antes de la primera sesión se informó acerca del proceso de investigación que se estaba realizando y se le solicitó leer y firmar un consentimiento informado para la participación en el estudio. Allí se explicaban los objetivos de la investigación, la publicación de resultados, sus responsabilidades y derechos (p.e., confidencialidad, justicia, beneficencia), y se explicaron los riesgos y beneficios de participar en el estudio.

Estrategias de evaluación

La evaluación funcional se realizó a través de entrevistas semiestructuradas y la observación del comportamiento en el contexto terapéutico a través de la grabación y posterior análisis de las sesiones terapéuticas.

La entrevista clínica consistía en un formato en el que se establecían los temas centrales de la sesión (por ej. conducta problema, historia del problema, relaciones sociales) y se desarrollaban preguntas que le permitían a la terapeuta enfocar en aspectos determinantes para identificar la función de la conducta y la historia de aprendizaje alrededor de la misma.

Con respecto a la observación de la conducta, se realizó un registro fílmico de las sesiones tera-

péutica utilizando una cámara de video *SONY Handycam DCR-DVD610*. Tras las sesiones, la terapeuta junto con un auxiliar de investigación, llevaban a cabo el análisis de los videos identificando las CCRs de la consultante. Con el fin de identificar la función de las conductas de la participante se realizó un análisis funcional descriptivo (Cooper, Heron y Heward, 2007). Este tipo de análisis permite identificar las situaciones que facilitan la emisión de las conductas problema y la conducta que el terapeuta que requiere ser presentadas para disminuir los problemas e incrementar las mejoras en sesión (consecuencias).

Se utilizó el modelo de Formulación Clínica Conductual (Muñoz-Martínez y Novoa-Gómez, 2011) para organizar la información del caso, el cual permitió la delimitación de la conducta problema o clase funcional, que implica los comportamientos que pueden ser morfológicamente diferentes pero que tienen un mismo de consecuencia- función (Follette, Naugle, y Linerooth, 2000; Johnston y Pennypacker, 1993). Este modelo también permite delimitar las instancias conductuales, tanto fuera como dentro de sesión, y las hipótesis de predisposición (eventos en el contexto histórico biológico, social o cultural que aumentan la probabilidad de desarrollar problemas psicológicos), adquisición (procesos de aprendizaje involucrados en el desarrollo de los comportamientos problemas), y mantenimiento (factores contextuales actuales que permiten que la conducta objetivo se presente) del problema. Sumado a ello, la formulación presenta la intervención elegida para el caso con base en los aspectos históricos y la función actual del problema.

Con respecto a la medición de las CCR's, se estableció como parámetro de medida la frecuencia. La evaluación de la conducta, se llevó a cabo a través de la observación de los videos de todo el proceso terapéutico por parte de una pareja de codificadores independientes, quienes tenían una carta de codificación que contenía cinco categorías de códigos: CCR1, CCR2, Reglas 1, Reglas 2 y Reglas 3, cada una de ellas contenía las instancias conductuales a observar, las cuales eran registradas en el software XPlorator 3.3.0 (Cárdenas, Lamprea y Morato, 2001), programa de acceso gratuito que permite el registro comportamental, arrojando un registro secuencial de la conducta.

Formulación clínica

Tras la evaluación se identificó que Mila presentaba un duelo traumático que implicaba un repertorio de evitación a situaciones en las que otros pudieran emitir juicios de valor acerca del comportamiento y sentimientos de ella hacia su madre y exnovio, y de aquellas actividades que solía realizar con ellos. De esta manera, Mila solía quedarse callada y apartarse de los otros cuando hablaban de su madre o exnovio, aunque se sentía triste y expe-

¹ Nombre ficticio.

rimentaba dolor. Al respecto mencionaba que no quería molestar a nadie y sólo quería dejar de sentir; también, dejó de salir con otras personas o ir al gimnasio y la mayor parte del tiempo lo pasaba en casa, con frecuencia verbalizaba que estaba bien y sonreía, disminuyendo así las críticas o expresiones de malestar por parte de otros hacía ella. Mila reportaba que, tras el intento de suicidio, las personas habían incrementado el número de demandas y verbalizaciones relacionadas con que dejara de sen-

tir tristeza y que se sintiera bien. Este comportamiento se mantenía debido a que, a través de su conducta, evitaba el contacto con las valoraciones negativas y eventos que le produjeran sufrimiento (eventos con función aversiva).

La tabla 1 muestra ejemplos de las instancias conductuales representativas del comportamiento problema en la vida diaria (PVD), las conductas meta en la vida diaria (MVD), las conductas problema en sesión (CCR1) y las mejorías en sesión (CCR2).

Tabla 1. Instancias de conducta de la clase funcional problema y objetivo, dentro y fuera de sesión

Problemas en la vida diaria	Conductas Clínicamente Relevantes 1	Conductas meta en la vida diaria	Conductas Clínicamente Relevantes 2
Hacer lo que los otros le dicen que haga.	Cambiar el tema.	Expresar sus emociones y sentimientos hacia su madre exnovio.	Llorar.
Sonreírles.	Sonreír.	Expresar sus necesidades y opiniones.	Hablar acerca de sus planes, decisiones y metas.
Irse de la situación.	Hacer juicios de valor sobre sus sentimientos y ella.	Establecer y comunicar límites personales.	Hablar sobre la madre y los sentimientos relacionados con ella.
Encerrarse en su habitación.	Decir que quiere dejar de sentir.	Destinar tiempo a actividades placenteras.	Hablar acerca de su exnovio.
Quedarse callada. Insistir para que los otros estén con ella.	Decir que se siente culpable.		
Cambiar el tema.	Justificar su comportamiento o el de otros.		
Limitar su rutina a actividades en casa y trabajo.			

La tabla 2 muestra de manera detallada las hipótesis de predisposición y adquisición del comportamiento evitativo de la consultante. Algunos de los aspectos a destacar son: la historia de relación con la madre, en la que ésta se constituyó en la principal fuente de reforzamiento de la consultante, y la pobre interacción con contextos alternativos al familiar, en donde se favorecían repertorios de complacencia y de evitación de situaciones conflictivas y que implicaran sufrimiento, haciendo que se limitaran las oportunidades de aprender comportamientos alternos. Todo ello facilitó que Mila emitiera con frecuencia comportamientos para complacer a los otros y

que manejara por sí sola las situaciones que le producían malestar, de manera tal que tras la muerte de la madre ella buscó a su novio como una fuente de refuerzo alterno, solicitándole apoyo para manejar la pérdida y afrontar los cambios; pero ante ello éste comenzó a valorar sus expresiones y a hacer demandas para que superara la situación, y finalmente terminó la relación ante la incapacidad de la consultante para sentirse mejor. Después de ello, Mila comenzó a evitar la interacción con personas cercanas, la expresión de sus sentimientos (quedándose callada) y a pensar que su vida no importaba y que podría acabar con ella.

Tabla 2. Hipótesis de predisposición y adquisición

Predisposición	Adquisición
Poca interacción en contextos diferentes al familiar a través de su vida limitando la posibilidad de desarrollar repertorios alternos.	El repertorio se adquirió a través de reforzamiento negativo, pues tras la muerte de su madre y la ruptura sentimental, aprendió que haciendo lo que otros establecían y quedándose callada con respecto a su propia conducta, lograba disminuir la probabilidad de valoraciones sociales por parte de otros.
Escasas fuentes de reforzamiento positivo, durante toda su historia, siendo su única fuente de refuerzo su madre.	
Durante su historia aprendió que hacer las cosas que los otros le pedían y en la forma en que ellos decían le permitía acceder a reforzadores positivos (atención y tangibles). De tal forma que favoreció el desarrollo de comportamientos de complacencia.	
En la situación en la que su padrastro intento abusar de ella, irse de la casa en que vivía le permitió alejarse de una situación de peligro y disminuir las posibilidades de conflicto para su madre.	

Tratamiento

Se seleccionó como estrategia terapéutica la Psicoterapia Analítico Funcional, una terapia contextual funcional y tiene como objetivo fundamental generar cambios en la conducta del consultante dentro del contexto terapéutico para posteriormente generalizarlo a otros contextos (Kohlenberg, Tsai, Parker, Bolling y Kanter, 1999; Muñoz-Martínez y Coletti, 2015). Para FAP, la relación terapéutica tiene funciones similares a las de otras relaciones que tienen los individuos en contextos diferentes, por lo tanto, los cambios dentro del contexto terapéuticos son susceptibles de ser generalizados a otros ambientes sin la necesidad de intervenir directamente en ellos (Parada, Sarmiento y Urbina, 2008; Rodríguez-Naranjo, 1998).

Dado que la FAP se basa en los principios del análisis del comportamiento, el terapeuta busca en sesión generar cambios en las contingencias a las cuales se encuentran expuestos los clientes, moldeando y modelando repertorios que les permitan funcionar en su ambiente fuera de sesión de manera ajustada, y disminuyendo la ocurrencia de comportamientos que impiden el funcionamiento de los mismos (García, Aguayo y López-Bermúdez, 2007; Kohlenberg y Tsai, 1991; Rodríguez-Naranjo, 1998). Esto es posible a través de la conducta del terapeuta, quien es el contexto del cliente en sesión, generando cambios en la conducta del cliente al discriminar, retroalimentar, y elicitar repertorios conductuales que favorecen la interacción del cliente con su ambiente en general (Kohlenberg y Tsai, 1991).

Características del terapeuta

La terapeuta fue una Maestra en Psicología Clínica, certificada como entrenadora en Psicoterapia Analítico Funcional expedida por la Universidad de Washington, quien contaba con 30 horas de supervisión en FAP, había participado de manera presencial, online, y como co-entrenadora en cursos en esta terapia.

Procedimiento y aplicación del tratamiento

La intervención tuvo una duración de 16 sesiones, que se llevaron a cabo una vez a la semana con una duración de 50 minutos. Los objetivos clínicos fueron: incrementar la emisión de comportamientos relacionados con la verbalización de sus respuestas emocionales, necesidades y opiniones, y disminuir el comportamiento evitativo a situaciones en las que otros pudieran valorar su comportamiento y sentimientos hacia su madre y exnovio, y de aquellas actividades que solía realizar con ellos.

Las primeras tres sesiones fueron de evaluación y de establecimiento de la línea de base, en éstas se indagó acerca del motivo de consulta, se establecieron las instancias conductuales objetivo, las relaciones funcionales del comportamiento problema y la historia de aprendizaje relacionada con éste.

Después de la semana cuatro se dio inicio a la intervención basada en la FAP. Las primeras cuatro sesiones estuvieron dirigidas a la evocación de respuestas emocionales relacionadas con la relación terapéutica, y la expresión de afecto en la misma. Con ello se buscaba disminuir las conductas de evitación con respecto a la cercanía afectiva, promoviendo acciones para que ella identificara la relación de su comportamiento actual con el medio ambiente en el que se encontraba, seleccionando y entrenando conductas que le permitieran acceder a nuevas fuentes de reforzamiento. En ellas, la terapeuta reforzaba de manera contingente la emisión de comportamientos relacionados con la expresión emocional e indagaba a mayor profundidad sobre los temas que evitaba (por ej. hablar de ella misma, de su perspectiva o de sus sentimientos) con el fin de disminuir la emisión de esas conductas.

Las sesiones 8 a 15 se dirigieron a la emisión y experiencia de conductas emocionales en situaciones que se relacionaban con la crítica y juicio social de otros. En éstas la terapeuta evocó: (a) la relación que tenía la consultante con su exnovio mientras se encontraba en terapia, (b) sus sentimientos, su relación y lo que pensaba con respecto a la madre, (c) su experiencia sobre la pérdida afectiva, la forma en que ésta la afectaba y cómo era vivirlas junto a la terapeuta, y (d) su inconformidad o malestar con respecto al comportamiento que otros tenían con ella. El proceso implicó como eje central la interacción entre la terapeuta y la consultante, donde la primera realizaba con frecuencia preguntas dirigidas a los temas expuestos, en la forma en que se daban en sesión, y cómo se veía afectada la relación debido a ellos. Ante la conducta de la consultante, la terapeuta solía reforzar contingentemente la expresión de su perspectiva frente a estas experiencias o la escuchaba sin emitir juicios de valor, indagando sobre su experiencia al hacer tales verbalizaciones.

Por último, las sesiones 16 a 19 estuvieron dirigidas a la exposición de la consultante ante las pérdidas afectivas y finalización de las relaciones. En ellas la terapeuta le solicitó traer una lista de las despedidas y pérdidas que había tenido en su vida y de las ganancias que había tenido como consecuencias secundarias de éstas; además, se discutió acerca del cierre y la finalización de la relación terapéutica, haciendo énfasis en la experiencia de la pérdida, la expresión de sus emociones ante ello, y la forma en que la terapeuta también se veía afectada por ese proceso; para ello cada una de ellas llevó a cabo una carta de despedida.

Después de finalizado el proceso, las conductas de la consultante y de la terapeuta en sesión fueron analizadas por dos codificadores, un estudiante de maestría en psicología clínica y una psicóloga graduada que participaban en un grupo de entrenamiento en habilidades de la FAP, entre ellas la observación y análisis de inter-

acciones. El primero de ellos había hecho parte del mismo por un año, y la segunda durante tres años. Además, los dos habían leído los libros *Functional Analytic Psychotherapy* (Kohlenberg y Tsai, 1991) y *A guide to Functional Analytic Psychotherapy* (Tsai et al., 2009), por lo que tenían conocimiento de los principios fundamentales de la terapia.

Los codificadores tuvieron acceso a las grabaciones de las sesiones terapéuticas y a la formulación de caso, tras firmar un acuerdo de confidencialidad sobre la información recibida. Las sesiones a codificar fueron distribuidas aleatoriamente entre ellos, el

70% se codificaron de manera individual y el 30% de forma conjunta, con el fin de establecer el acuerdo interobservador por intervalos (Cooper, Heron y Howard, 2007) para garantizar la confiabilidad de los datos, que fue superior al 90%.

RESULTADOS

El acuerdo interobservador (Tabla 3), muestra un alto índice de confiabilidad en las medidas al obtener porcentajes del 100% en la mayor parte de las observaciones.

Tabla 3. Acuerdo de confidencialidad entre observadores

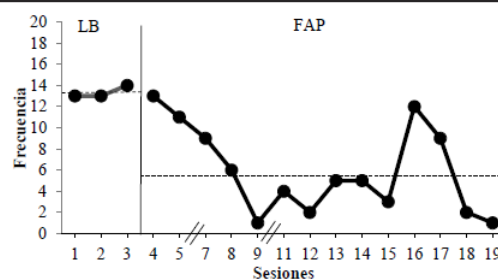
Sesión	Intervalo 10 minutos cada uno	Acuerdos por intervalo	Acuerdo Interobservador total por sesión
7	1	100%	97%
	2	92%	
	3	100%	
9	1	100%	100%
	2	100%	
	3	100%	
14	1	92%	97%
	2	100%	
	3	100%	
15	1	92%	97%
	2	100%	
	3	100%	
	1	93%	
17	2	100%	98%
	3	100%	

Los resultados muestran los cambios en las conductas problema (CCR1) y las mejorías (CCR2) en el contexto terapéutico. En los resultados no se encuentran datos relacionados con las sesiones 6 y 10 debido a problemas técnicos en la grabación de éstas, lo que hizo inviable codificarlas.

La figura 1 muestra las CCR1, que implicaban las conductas de evitación en sesión de las situaciones relacionadas con su madre y su expareja, es decir, aquellos comportamientos que se presentaban relacionados con el duelo traumático. Se observa una línea de base estable de las CCR1 en términos de nivel ($M=13,3$). Tras la implementación de la FAP hubo un cambio notorio en los problemas en sesión, con una tendencia al decremento en la frecuencia ($M=5,9$), y un tamaño del efecto elevado ($d= 2,38$). Cabe mencionar que partir de la sesión 9 se dio un aumento de la ocurrencia con respecto al nivel, pero ésta se mantuvo en un nivel bajo hasta el final de la intervención; excepto en las sesiones 16 y 17, debido a que en estas sesiones se inició el proceso de cierre de la terapia, lo que evocó situaciones de malestar intenso por relacionarse íntimamente con la pérdida de una relación, tema central en el duelo. Es probable que esto produ-

jera un incremento de las conductas de evitación, que disminuyeron de manera notoria tras la exposición a dichos temas, llevándola a experimentar sus emociones, a hablar de ello abiertamente y a aproximarse a la pérdida de manera progresiva, evidenciándose en los datos al final de la intervención.

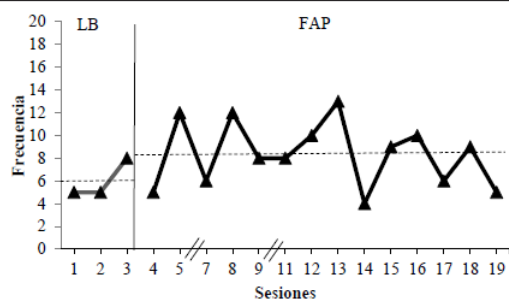
Figura 1. Conductas clínicamente relevantes 1 a través del proceso terapéutico



Con respecto a los comportamientos relacionados con la expresión de necesidades, verbalizaciones acerca de sus metas y decisiones, e iniciar y mantener conversaciones relacionadas con sus pér-

didias (CCR2), no se observaron cambios notorios a través del proceso terapéutico (Figura 2). Se encontró una frecuencia baja de emisión, con una $M=6$, que tras la intervención no tuvo una variación importante, encontrando una $M=8,36$. Aunque se observó inestabilidad en la emisión de estos comportamientos, las CCR2s mostraron una importante significancia clínica ($d=-1,90$).

Figura 2. Conductas clínicamente relevantes 2 a través del proceso terapéutico



DISCUSIÓN

Tras la implementación de la Psicoterapia Analítico Funcional se observaron cambios clínicos significativos en las CCR1 y CCR2. La reducción en los comportamientos de evitación en sesión (CCR1), mostrando un efecto positivo de esta intervención en el tratamiento del duelo traumático. Estos resultados pueden estar relacionados con que el tratamiento permitió que el proceso de extinción que se da ante la pérdida de fuentes de reforzamiento en los individuos que enfrentan una pérdida afectiva (Dillenburger y Keenan, 1994; Ferster, 1973; Rakos, 2001) estuviera acompañado del desarrollo de repertorios efectivos en la expresión de emociones, necesidades, y opiniones a otros (CCR2) que fomentaron la interacción de Mila con fuentes nuevas y alternativas de reforzamiento. A nivel procedimental, la terapeuta emitió reglas 2, con el fin de exponer a Mila a los diferentes elementos emocionales del duelo traumático y así lograr extinguir la función aversiva que adquirieron los eventos (p.e., hablar con otros de sus sentimientos) tras las pérdidas afectivas experimentadas.

Con respecto a la inestabilidad observada en las CCR2, esto puede estar relacionado con el objetivo principal de la intervención y la duración del proceso terapéutico, ya que, al intervenir sobre el duelo traumático, la terapeuta se dirigió a disminuir la presentación de repertorios de evitación, y las conductas implicadas en las CCR2 se relacionaban con nuevas conductas para conseguir nuevas fuentes de reforzamiento; la mayor parte de las sesiones referían al logro de ellas en el contexto natural, y no se centró en incrementarlas en el contexto terapéutico. Al res-

pecto, es importante mencionar que, dado que no se tienen medidas específicas de la conducta fuera de sesión, tampoco es posible conocer si hubo un incremento en las mejorías en la vida diaria, en respuesta al pobre uso de R2 para evocar CCR2 en sesión. Debido a ello, se recomienda para futuros estudios en esta área, promover un balance entre el refuerzo de las CCR2 y la redirección de las CCR1; así como, obtener medidas fuera de sesión de los problemas y mejorías, con el fin de establecer si el uso de la FAP favorece el ajuste del individuo a su ambiente natural en términos de eficiencia.

En cuanto al uso de las reglas terapéuticas en FAP, en los diferentes artículos y libros de esta terapia (por ej. Kohlenberg y Tsai, 1991; Tsai et al., 2009) se plantea el uso de las cinco reglas para promover el cambio en los consultantes. Sin embargo, en el presente estudio se hizo uso únicamente de las reglas 2 y 3; al respecto algunos investigadores en FAP han encontrado que el reforzamiento contingente de las CCR's, es decir el uso de R3, parece ser suficiente para producir el cambio (Esparza, Muñoz-Martínez, Santos, y Kanter, 2015; Busch et al., 2009; Landes, Kanter, Weeks, y Busch, 2013; Kanter et al., 2006; Villas-Bôas, Meyer y Kanter, 2016), apoyando los resultados encontrados en este estudio. No obstante, la investigación translacional en esta terapia aún es poca para determinar la utilidad de todas las reglas o el papel de cada una de ellas en el proceso terapéutico.

Con respecto a la metodología de análisis utilizada en esta investigación, a diferencia de los estudios realizados por Luciano y Cabello (2001) y Monsalve y Novoa-Gómez (2010), se llevó a cabo el análisis de confiabilidad de los datos en las sesiones realizadas, lo que permitió tener observaciones con un alto grado de confianza e integridad de las medidas de las CCR1 y las CCR2, resultando en un aporte para los estudios que se realizan con diseños de caso único y medidas idiográficas en el contexto terapéutico. Además, se realizaron análisis del tamaño del efecto (d de Cohen) de acuerdo con los procedimientos establecidos por Hedges, Pustejovsky, y Shadish (2012) que permitieron establecer efectos clínicos de la intervención. Sin embargo, los datos obtenidos solamente hacían referencia a instancias conductuales en las sesiones, y aunque a través del reporte verbal era posible conocer acerca de los cambios en el ambiente natural, no se tienen datos al respecto, resultado en una limitación del estudio que es similar a la de las otras investigaciones en el área. Por lo tanto, se recomienda para futuros estudios obtener otras medidas, de preferencia en el ambiente natural, que permitan conocer con claridad el impacto del cambio en otras situaciones.

Finalmente, es importante mencionar la relevancia de haber intervenido en el duelo traumático con base en la FAP, dadas las características de esta problemática, que a diferencia de otras categorías sobre

el duelo, implica fuertes respuestas emocionales que se encuentran relacionadas con repertorios de autolesión (Prigerson et al., 1997; Prigerson et al., 1999). Este estudio abre un campo de investigación prolifero en la intervención de las problemáticas relacionadas con las pérdidas afectivas y el duelo, ya que se lograron cambios importantes sin focalizar el tratamiento en la reexperimentación de los eventos traumáticos (Shear et al., 2001). Se recomienda realizar estudios en esta problemática haciendo énfasis en el desarrollo de conductas de intimidad, que le permitan a los consultantes contar con repertorios alternos que favorezcan el funcionamiento en los diferentes contextos (Cordova y Scott, 2001), y no sólo disminuyendo las conductas problema, que, en el caso del duelo traumático, permitirían disminuir la implicación emocional y crear relaciones alternas que provean de nuevas fuentes de reforzamiento.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Bados, A., Greco, A. y Toribio, L. (2012). Experiencias traumáticas y trastorno por estrés postraumático en universitarios españoles. *Anales de Psicología*, 28, 387-396.
- Barnes-Holmes, Y., Barnes-Holmes, D., McHugh, L., & Hayes, S. C. (2004). Relational frame theory: Some implications for understanding and treating human Psychopathology. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4, 355-375.
- Busch, A. M., Kanter, J. W., Callaghan, G. M., Baruch, D. E., Weeks, C. E., & Berlin, K. S. (2009). A micro-process analysis of functional analytic psychotherapy's mechanism of change. *Behavior Therapy*, 40, 280-290.
- Catania, A. C. (2007). *Learning* (4th Interim ed.). Cornwall-on-Hudson, NY: Sloan.
- Cárdenas, F., Lamprea, M., & Morato, S. (2001). *X-Plo-Rat: a free software for behavior recording*. Disponible en: <http://geocities.com/xplorat>.
- Cooper, J. O., Heron, T. E., & Heward, W. L. (2007). *Applied Behavior Analysis* (2a. Edición). USA: Pearson Prentice Hall.
- Cordova, J. & Scott, R. (2001). Intimacy: A Behavioral Interpretation. *The Behavior Analyst*, 24, 75-86.
- Delprato, D. J., & Midgley, B. D. (1992). Some fundamentals of BF Skinner's behaviorism. *American Psychologist*, 47, 1507.
- Dillenburg, K., & Keenan, M. (1994). Bereavement: A behavioural process. *The Irish Journal of Psychology*, 15, 524-539. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/03033910.1994.10558028>
- Drescher, K., & Foy, D. W. (2010). When horror and loss intersect: Traumatic experiences and traumatic bereavement. *Pastoral Psychology*, 59, 147-158.
- Dymond, S., Roche, B., Forsyth, J. P., Whelan, R., & Rhoden, J. (2008). Derived Avoidance Learning: Transformation of Avoidance Response Functions in Accordance with Same and Opposite Relational Frames. *The Psychological Record*, 58, 269-286.
- Esparza, N., Muñoz-Martínez, A. M., Santos, M. M., & Kanter, J. W. (2015). A within-subjects evaluation of the effects of functional analytic psychotherapy on in-session and out-of-session client behavior. *The Psychological Record*, 65, 463-474.
- Ferster, C. B. (1973). A functional analysis of depression. *American psychologist*, 28, 857-870.
- Follette, W. C., Naugle, A. E., & Linnerooth, P. J. N. (2000). Functional alternatives to traditional assessment and diagnosis. In M. J. Dougher (Ed.), *Clinical behavior analysis* (pp. 99-125). Reno, NV: Context Press.
- García, R. F., Aguayo, L. V. y López Bermúdez, M. Á. (2007). Novedades y aportaciones desde la psicoterapia analítica funcional. *Psicothema*, 19, 452-458.
- Hayes, S. C. (2004). Taxonomy as a contextualist views it. *Journal of clinical psychology*, 60, 1231-1235.
- Hayes, S. C., Barlow, D. H., & Nelson-Gray, R. O. (1999). *The scientist practitioner: Research and accountability in the age of managed care*. Allyn & Bacon.
- Hedges, L. V., Pustejovsky, J. E., & Shadish, W. R. (2012). A standardized mean difference effect size for single case designs. *Research Synthesis Methods*, 3, 224-239.
- Horowitz, M. J., Bonanno, G. A., & Holen, A. (1993). Pathological grief: diagnosis and explanation. *Psychosomatic Medicine*, 55, 260-273.
- Jacobs, S., Mazure, C., & Prigerson, H. (2000). Diagnostic criteria for traumatic grief. *Death studies*, 24, 185-199.
- Johnston, J.M., & Pennypacker, H.S. (1993). Strategies and tactics of human behavioral research. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Kanter, J. W., Landes, S. J., Busch, A. M., Rusch, L. C., Brown, K. R., Baruch, D. E., & Holman, G. I. (2006). The effect of contingent reinforcement on target variables in outpatient psychotherapy for depression: A successful and unsuccessful case using functional analytic psychotherapy. *Journal of applied behavior analysis*, 39(4), 463-467.
- Kaplow, J. B., Saunders, J., Angold, A., & Costello, E. J. (2010). Psychiatric symptoms in bereaved versus nonbereaved youth and young adults: a longitudinal epidemiological study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49, 1145-1154.
- Kohlenberg, R. J., Tsai, M., Parker, C. R., Bolling, M. Y., & Kanter, J. W. (1999). Focusing on the client-therapist interaction: Functional analytic psychotherapy: a behavioural approach. *European Psychotherapy*, 1, 15-25.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1991). *Functional Analytic Psychotherapy*. New York: Plenum Press.
- Landes, S. J., Kanter, J. W., Weeks, C. E., & Busch, A. M. (2013). The impact of the active components of functional analytic psychotherapy on idiographic target behaviors. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 2, 49-57.
- Latham, A. E., & Prigerson, H. G. (2004). Suicidality and bereavement: complicated grief as psychiatric disorder presenting greatest risk for suicidality. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34, 350-362.
- Luciano, M. C. y Cabello, F. (2001). Trastorno de duelo y terapia de aceptación y compromiso (ACT). *Análisis y Modificación de Conducta*, 27, 399-424.
- Muñoz-Martínez, A. M., & Coletti, J. P. (2015). La Psicoterapia Analítica Funcional: aproximaciones y alcances de una terapia conductual basada en los cambios dentro del contexto terapéutico. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 26, 43-48.
- Muñoz-Martínez, A. M., & Novoa-Gómez, M. M. (2011). Confiabilidad y validación de un modelo de formulación clínica conductual. *Universitas Psychologica*, 10(2), 501-519.
- Muñoz-Martínez, A. M. & Novoa-Gómez, M. (2012). Motivos de consulta e hipótesis clínicas explicativas. *Terapia Psicológica*, 30, 25-36.

- Monsalve, D. y Novoa-Gómez, M. (2010). *Intervención conductual en un caso de duelo no elaborado*. Trabajo de grado para acceder al título de Especialista. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
- Parada, M., Sarmiento, M. y Urbina, I. (2008). Panorama general, elementos, aplicaciones y rasgos distintivos de la Psicoterapia Analítico Funcional. *Informes Psicológicos*, 10, 225-243
- Pitman, A. L., Osborn, D., & King, M. (2013). The effect of suicide bereavement on suicidal behaviour: a national cross-sectional survey of young adults in the UK. *The Lancet*, 382, S81.
- Prigerson, H. G., Bierhals, A. J., Kasl, S. V., Reynolds III, C. F., Shear, M. K., Newsom, J. T., Jacobs, S. (1996). Complicated grief as a disorder distinct from bereavement-related depression and anxiety: a replication study. *The American Journal of Psychiatry*, 153, 1484-1486.
- Prigerson, H. G., Horowitz, M. J., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., Aslan, M., Goodkin, K., Raphael, B., Marwit, S. J., Wortman, C., Neimeyer, R. A., Bonanno, G., Block, S. D., Kissane, D., Boelen, P., Maercker, A., Litz, B. T., Johnson, J. G., First, M. B., & Maciejewski, P. K. (2009). Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Medicine*, 6, 1-12.
- Prigerson, H. G., Shear, M. K., Jacobs, S. C., Reynolds, C., Maciejewski, P. K., Davidson, J. R., Pilkonis, P. A., Wortman, C., Williams J.B., Widiger, T. A., Frank, E., Kupfer, D. J., & Zisook, S. (1999). Consensus criteria for traumatic grief. A preliminary empirical test. *The British Journal of Psychiatry*, 174, 67-73.
- Prigerson, H. G., Shear, M. K., Frank, E., Beery, L. C., Silberman, R., Prigerson, J., & Reynolds III, C. F. (1997). Traumatic grief: A case of loss-induced trauma. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1003-1009.
- Rakos, R. F. (2001). Bereavement: Preliminary behavior analytic hypotheses. *European Journal of Behaviour Analysis*, 2, 175-182.
- Rodríguez-Naranjo, C. (1998). Principios terapéuticos y posibilidades clínicas de la "Psicoterapia Analítica Funcional". *Psicothema*, 10, 85-96.
- Shear, M. K., Frank, E., Foa, E., Cherry, C., Reynolds, C. F., Vander Bilt, J., & Masters, S. (2001). Traumatic grief treatment: a pilot study. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1506-1508.
- Stroebe, M., Stroebe, W., & Abakoumkin, G. (2005). The broken heart: Suicidal ideation in bereavement. *American Journal of Psychiatry*, 162, 2178-2180.
- Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Kohlenberg, B., Follette, W. C., & Callaghan, G. M. (2009). *A guide to functional analytic psychotherapy. Awareness, Courage, Love and Behaviorism*. Nueva York: Springer.
- Tsai, M., Kohlenberg, R., Kanter, J., Holman, G., & Plummer, M. (2012). *Functional Analytic Psychotherapy: The CBT distinctive features Series*. NY: Routledge.
- Villas-Bôas, A., Meyer, S. B., & Kanter, J. W. (2016). The Effects of Analyses of Contingencies on Clinically Relevant Behaviors and Out-of-session Changes in Functional Analytic Psychotherapy. *The Psychological Record*, 66, 599-609
- Wakefield, J. C., & Schmitz, M. F. (2013). Normal vs. disordered bereavement-related depression: are the differences real or tautological? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127, 159-168.
- Zettle, R. D., & Hayes, S. C. (1982). Rule-governed behavior: A potential theoretical framework for cognitive-behavior therapy. *Advances in Cognitive-Behavioral Research And Therapy*, 1, 73-118.