

**PSICOTERAPIA ANALÍTICA FUNCIONAL (FAP) APLICADA EN TRASTORNO
DE ANSIEDAD ESPECIFICA SOCIAL: UN ESTUDIO DE CASO
AVANCES Y RESULTADOS**

PS. MARTHA DORIS CORZO RODRÍGUEZ



ASESOR: PS. MSC. PEDRO PABLO OCHOA

**PROYECTO DE GRADO PRESENTADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN PSICOLOGÍA
CLÍNICA**

**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
BUCARAMANGA
2015.**

DEDICATORIA.

A mi familia por su apoyo moral y económico,

*Mi esposo por su amor y comprensión, mi madre por sus consejos y palabras de aliento,
mis hijos por prestarme de su tiempo para ocuparme en la consecución de este proyecto,
y mis amigas Eduviges Parra y Alix Guerrero por la ayuda que me brindaron.*

LOS AMO A TODOS

“Nuestra recompensa se encuentra en el esfuerzo y no en el resultado.

Un esfuerzo total es una victoria completa”.

Mohandas K. Gandhi (1869-1948)

Pensador y político indio.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar agradecemos al Señor Dios Padre Todopoderoso quien ofreció la oportunidad de respirar cada día de la vida, aquel que nos regaló la fortaleza y la posibilidad de llegar hasta este punto, brindando el don de la salud para lograr este sueño que se trazó a lo largo de nuestra existencia.

A la Universidad Pontificia Bolivariana por abrir sus puertas a un mundo de conocimientos, experiencias y personas nuevas para nuestras vidas. Por ofrecer espacios de interacción en cada uno de sus recursos físicos y humanos disponibles. Al programa de Especialización en psicología clínica y su cuerpo docente que dieron lo mejor de sí mismos para enseñar, transmitir, proporcionar y brindar sus conocimientos para el surgimiento de nuevos profesionales en el área clínica.

En especial al docente Pedro Pablo Ochoa, Director del programa, que a lo largo de este ciclo académico universitario, ofreció la posibilidad de llenar de conocimiento a todos los estudiantes de esta cohorte, por su preocupación y entrega por los docentes y estudiantes de brindar confort y buenas relaciones.

Para finalizar agradezco a la Clínica Pamplona en la cual brindo la posibilidad de experimentar, desempeñar y aplicar los conceptos aprendidos durante este proceso académico, de la práctica clínica.

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO: Psicoterapia analítica funcional (FAP) aplicada en un trastorno de Ansiedad Específica Social: un estudio de caso avances y resultados.

AUTOR(ES): Martha Doris Corzo Rodríguez

FACULTAD: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR(A): Pedro Pablo Ochoa

RESUMEN

En el presente estudio se expone un procedimiento de evaluación intervención y abordaje del Análisis Clínico Conductual en un estudio de caso, en un hombre de 20 años, con las características diagnosticadas de un trastorno de ansiedad social específica. Se muestra el proceso de intervención psicológica realizado desde las terapias contextuales, específicamente con la base y los componentes recogidos en la Psicoterapia Analítica Funcional (FAP), útiles para el análisis del caso. En el presente documento se exhiben las hipótesis realizadas, las técnicas utilizadas y los resultados obtenidos hasta el momento después de 20 sesiones del tratamiento.

**PALABRAS
CLAVES:**

Personalidad, Trastorno, Ansiedad Específica Social, Habilidades Sociales, Psicoterapia Analítica Funcional

V° B° DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO

GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

TITLE: Functional Analytic Psychotherapy (FAP) applied in Social Anxiety Disorder specifies: a case study progress and results

AUTHOR(S): Martha Doris Corzo Rodríguez

FACULTY: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR: Pedro Pablo Ochoa

ABSTRACT

This study aims to expose an evaluation, interventional procedure in a clinical Analysis of behavioural approach case study, in a man of 20 years, diagnosed with several characteristics of a specific social anxiety disorder. It shows, the psychological intervention' process, made from the contextual therapies, specifically with the base and the components collected in Functional Analytic Psychotherapy (FAP), useful for the case' analysis. This document shows the assumptions made, the techniques used and the results obtained thus far, after 20 treatment sessions.

KEYWORDS:

Personality Disorder, Social Anxiety Specific, Social Skills, Functional Analytic Psychotherapy.

V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK

Contenido

| | pág. |
|--|-------------|
| RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO..... | |
| GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE..... | |
| Introducción..... | 8 |
| Método..... | 24 |
| Consultante y su historia personal. | 24 |
| Descripción y operacionalización del motivo de consulta. | 24 |
| Estado actual: Análisis sincrónico. | 25 |
| Historia: Análisis diacrónico..... | 28 |
| Repertorios de autoconocimiento-autoreferenciación. | 30 |
| Métodos de evaluación y de Intervención..... | 31 |
| Conductas clínicamente relevantes..... | 33 |
| Formulación de hipótesis. | 35 |
| Unidad de análisis..... | 40 |
| Validación de hipótesis. | 41 |
| Hipótesis explicativa..... | 44 |
| Intervención. | 45 |
| Resultados..... | 48 |
| Comentarios..... | 50 |
| Referencias..... | 54. |
| Anexo 1. Entrevista para la identificación de necesidades..... | 58 |
| Anexo 2. Consentimiento informado..... | 60 |

Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) Estudio de Caso.

Anexo 3. Prueba Escala de Habilidades Sociales E.H.S.....61

Anexo 4. Ejercicio de Pensamientos Automáticos.....63

Anexo 5. Escritos (poemas).....64

Anexo 6. Portafolio de servicios de la Clínica Pamplona.....66

INTRODUCCIÓN

El presente estudio de caso se realizó en la Clínica Pamplona del Municipio de Pamplona Norte de Santander, al iniciar el proceso se atendió a Manuel, cuyo nombre fue cambiado para proteger la identidad del consultante, joven de 20 años, estudiante de la Universidad de Pamplona, con un posible diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Social (TAS), ya que en él se observaron conductas clínicamente relevantes durante las sesiones como Autolaceraciones, déficit de relaciones sociales, ansiedad social, construcción de un amigo imaginario, baja autoestima que me permitieron establecer un proceso de intervención con el consultante, utilizando como base central la Psicoterapia Analítica Funcional (FAP), terapia de tercera generación.

El proceso de práctica propuesto por la Universidad Pontificia Bolivariana, es una herramienta educativa, cuyo carácter metodológico busca el entrenamiento en elementos teórico-prácticos de la intervención clínica desde el enfoque cognitivo conductual, en el abordaje y aplicación de técnicas dirigidas a los consultantes que solicitan el servicio de atención psicológica, encaminados principalmente a la orientación, evaluación, formulación e intervención en Psicología Clínica.

Para llevar a cabo lo anteriormente, se realizó una entrevista con la gerente de la Clínica Pamplona, la Dra. Ana Gélvez, quien abre el espacio para la realización de la práctica. Una vez aprobada la propuesta se identificaron los aspectos fundamentales en la prestación del servicio psicológico. Asimismo, se revisó un informe de gestión del año 2012 en el área de psicología, en el que muestran las estadísticas de consulta y demás servicios, durante el año anterior (2011). De esta manera se visualizaron algunas necesidades de personal, ya que la clínica solo cuenta con una psicóloga general, motivo por el cual los pacientes que requieren de una consulta especializada se remiten a la ciudad de Cúcuta. (anexo1).

La importancia de esta práctica en la Clínica Pamplona radica en que a través del servicio de psicología se pueden ofrecer otros beneficios como la asesoría psicológica, orientación vocacional y la prevención promoción de la salud mental a través de talleres; Sin embargo, se hace evidente la necesidad de una psicóloga especialista en clínica, toda vez que hay una gran demandada en problemáticas psicológicas que requieren de dicha atención e intervención.

Así mismo, estas actividades están apuntan al cumplimiento de su misión, que es satisfacer las necesidades de salud mental con calidad de todos los habitantes de la ciudad de Pamplona y su periferia y todo aquel que demande de la atención de los servicios que aquí se prestan, pueda ser satisfechos, mediante la utilización de los mejores recursos, que permitan promover el bienestar de todos los clientes. El servicio se fundamenta en valores tales como la competitividad, la excelencia, la labor en equipo, la humanización y dignificación de la empresa; para lo cual orientan todos sus esfuerzos hacia el mejoramiento continuo de todos sus colaboradores.

Desarrollo de la práctica

Por otra parte, durante el proceso terapéutico, se atendieron a consultantes particulares remitidos de instituciones de salud, con las que tiene convenio la Clínica Pamplona, que solicitaron un servicio de psicoterapia individual. En las primeras sesiones de evaluación, se exploró sobre el motivo de consulta, con la información suministrada por los consultantes se diseñaron sus historias clínicas y se identificaron las problemáticas clínicamente relevantes, que les estaban generando dificultades en la vida. Luego se estableció la relación terapéutica, posibilitando de esta manera la suscripción de los contratos terapéuticos y los consentimientos informados; se orientaban a los consultantes sobre los procedimientos a seguir y las pautas a tener en cuenta durante el proceso terapéutico.

En las primeras sesiones se recolectó la información necesaria, con las que se establecieron las líneas de base, utilizando en algunas ocasiones instrumentos de medida como la escala de habilidades sociales (E.H.S) de Elena Gismero González, el inventario de depresión de Aron Beck, entre otras, permitiendo diseñar el análisis funcional, establecer las hipótesis de adquisición y mantenimiento, con lo que se determinaron los diagnósticos de los problemas. Después, se elaboraron los planes de tratamiento, a partir de la implementación de las técnicas terapéuticas, tanto cognitivas, como conductuales y se estipularon las metas y objetivos instrumentales a cumplir.

Entre los casos atendidos durante mi proceso de práctica, escogí a un consultante de 20 años, cuya problemática cumplía la mayoría de los criterios del Trastorno de Ansiedad Social Específica, caso que se podía intervenir, a través de la Psicoterapia Analítica Funcional (FAP). Manuel, desarrolló adherencia al tratamiento, evidenciándose una mejoría significativa a su malestar al final del tratamiento; ya que consiguió conocer, comprender y reformular sus propios problemas, gracias a que logró realizar algunas modificaciones importantes en su estructura conductual y al igual que cambios notables en su comportamiento. Sin embargo, en algunas ocasiones al inicio de las sesiones y evaluando los progresos del consultante, se pudo observar que el consultante presentaba altibajos emocionales y que no se evidencia mejoría significativa, por lo que se debió reforzar los elementos trabajados en sesiones anteriores y en algunas ocasiones tomó mayor tiempo el proceso de empatía terapéutica, debido a la complejidad de la patología antes mencionada, determinando con esto que el tratamiento terapéutico no es lineal.

Personalidad y problemas psicológicos

Existen numerosas definiciones del término personalidad encontradas en la literatura especializada, algunas de estas refieren a patrones, atributos, o características estructurales. Por ejemplo, Phares, (1988), afirma que, la personalidad es ese patrón de pensamientos, sentimientos y conductas característicos que distinguen a las personas entre sí y que persiste a lo largo del tiempo, a través de las situaciones.

Ampliando el tema sobre personalidad, Millon, (1998), considera que ésta es una serie de atributos estructurales que se pueden definir como Patrones fuertemente incrustados de recuerdos, actitudes, necesidades, miedos, conflictos, esquemas y así sucesivamente, que guían la experiencia y transforman la naturaleza de los acontecimientos.

Siguiendo con las posturas de Millon, (1998), nos afirma que la personalidad puede ser vista entonces como aquellos elementos que conforman un esquema y predisponen a las personas a realizar, interpretar, e interactuar de una manera determinada. A su vez, añade que esta se compone de características funcionales como comportamientos, conductas sociales, procesos cognoscitivos y mecanismos inconscientes que manejan, ajustan, transforman coordinan, equilibran, descartan y controlan la vida interna y externa

De igual manera, Robbins, (2004), articula los anteriores conceptos de los autores Phares y Millon y enmarca el concepto de personalidad como la suma total de las formas en que un individuo reacciona y se relaciona con los demás y que a su vez está conectado por tres factores que no se pueden desconectar del individuo como son la herencia, el ambiente y la situación, por lo que se debe comprender que las formas de actuar, relacionarse, sentir y pensar están influenciadas por la herencia biológica, fisiológica y psicológica de nuestro padres.

Entre otras cosas, afirma que una personalidad sana está construida a partir del ambiente, es decir la cultura, los primeros condicionamientos, las reglas que se establecen en la casa y con familiares entre otras cosas. Y el último punto de vista es la situación, recientemente aceptado por Robbins, (2004), quien insta que aunque la personalidad del individuo, está constituida por la carga genética y la influencia ambiental, ésta es, relativamente estable y cambia dependiendo de la situación que se presente en el ambiente, ya que las exigencias activan aspectos, en ocasiones ocultos de la personalidad.

Así mismo, Domínguez y Fernández, (1999), ofrecen una mirada particular del concepto de personalidad, estos refieren que debe ser vista como constructos y observada desde las etapas del ser humano, por ejemplo desde la niñez, el bebé puede expresar sus gustos que son particularidades de su personalidad y que permite adquirir formas peculiares de su comportamiento y a medida de su crecimiento las experimenta para su propio beneficio, en donde lo podemos observar como un patrón de conducta que se manifiesta en la forma de percibir, e interpretarse a uno mismo, a los demás y a los acontecimientos, por medio de las emociones, las relaciones interpersonales y en el control de los impulsos.

Por otra parte Fierro, (1983), nos amplía mejor el concepto de personalidad donde nos demarca está como todo aquello que caracteriza a una persona, su manera de pensar, de actuar, o de reaccionar, aquello que la diferencia de otras personas y que permite que se forme cierta consistencia, a través de diferentes situaciones, o circunstancias. Así mismo, se considera fundamental para determinar y conocer su personalidad, el autoconocimiento, que es la descripción que uno hace de sus actuaciones, sus preferencias y valores, del talento, o forma de reaccionar ante diferentes situaciones, o sea sus comportamientos.

En esta dirección se han venido incorporando distintos modelos conductuales que dan cuenta de la estructuración de la personalidad, a partir de repertorios comportamentales guiados por el lenguaje y el sistema sociocultural, e histórico de cada individuo.

En coherencia con lo anterior, Gómez y Valdivia, (2002). Piensan que las diferentes teorías conductuales, van fijando la personalidad, por medio de la comprensión de la historia de vida del individuo, enmarcada dentro de un grupo y el sistema sociocultural de cada persona. Estos autores mencionan que un punto en común de dichas teorías, es el hecho de negar que la personalidad sea el producto de un esquema de funcionamiento previo a las interacciones sociales y que sea una variable causal que explique el comportamiento.

La perspectiva tradicional de la personalidad, hace que la personalidad se convierta de alguna manera en la causa por la cual las personas se comporten de determinada forma, podría decirse que desde la infancia hay un temperamento que es innato y que junto con las

experiencias vividas, se construye la personalidad, es la personalidad la que va a hacer que se manifieste en la forma como las personas se comportan.

La personalidad viene a hacer lo que transforma y controla la vida interna de las personas, es decir, es un patrón, que guía la experiencia, su pensamiento y comportamiento, por lo tanto la personalidad se ha convertido en la causa del comportamiento, por tanto si se podría modificar la personalidad desde esta perspectiva conductual. Esta se ha venido desarrollando, a través del tiempo, debido a que la personalidad se convierte en la causante de lo que uno hace y ahí donde están los problemas en los seres humanos.

Por qué no se habla de una personalidad desde una perspectiva conductista? Porque significa que hay algo al interior del organismo que explica la conducta y es la personalidad. Por qué se comportan las personas cómo lo hacen? Porque hay algo que pasa en su interior y lo que pasa en su interior es la personalidad, esa una explicación más conductista metodológica, el conductismo radical explica la conducta en general causada por los factores ambientales, por el contexto, por lo que sucede fuera de él, no por lo que sucede dentro de la persona.

Los Trastornos de Personalidad como un patrón permanente de experiencias internas y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del Este patrón se manifiesta en dos (o más) de las áreas siguientes: (a) cognición (formas de percibir e interpretarse a uno mismo, a los demás y a los acontecimientos), (b) afectividad (la gama, intensidad, labilidad y adecuación de la respuesta emocional), (c) actividad interpersonal y (d) control de los impulsos. Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales, provocando malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Además, el patrón es estable y de larga duración, y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta. DSM IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales; APA, (1994).

Frente a lo que podríamos llamar alteraciones de la personalidad, o trastornos de la personalidad, el DSM IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales; APA, (2013), el trastorno mental, es un síndrome psicológico que afecta al

individuo en su cognición, regulación emocional, o comportamental, cuyas implicaciones clínicas se encuentran asociadas a una discapacidad social, ocupacional o en otras actividades importantes. Ahora, si bien los manuales diagnósticos proveen los parámetros, etiquetas, criterios y síntomas para determinar aquello que el consultante presenta, ellos no deben ser la única guía a la hora de diagnosticar e intervenir sobre una problemática. Por lo tanto podemos decir que son etiquetas diagnósticas. Ya que hasta el momento no se ha encontrado una palabra adecuada que pueda sustituir el término “trastornos mentales”.

Otra aproximación se encuentra en la 10ª edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), donde se distinguen las alteraciones de personalidad como “trastornos de personalidad y del comportamiento del adulto que Incluye diversas alteraciones y modos de comportamiento que tienen relevancia clínica por sí mismos, que tienden a ser persistentes y son la expresión de un estilo de vida y de la manera característica que el individuo tiene de relacionarse consigo mismo y con los demás” (OMS, 1989).

Ansiedad.

El término ansiedad proviene de la palabra del latín *anxius*, que significa agitación. Cuando la ansiedad se basa en miedos realistas y racionales ayuda a las personas a manejar situaciones difíciles de manera efectiva y les estimula a preservar la vida. Tomamos por ejemplo un individuo que se dispone a cruzar una avenida. La velocidad excesiva de los autos le provoca cierto grado de ansiedad que le insta a tomar las debidas precauciones para evitar un accidente. Es apropiado y razonable reaccionar con ansiedad ante algunas situaciones de la vida diaria. Sin embargo, si la ansiedad es muy intensa, hace perder el control, provoca que se afronten inadecuadamente los problemas, persiste por mucho tiempo y/o interfiere con el buen funcionamiento de las personas; se convierte en un problema de salud emocional (Bourne 1994 y Ellis 2000).

Trastorno de Ansiedad Específica Social.

Ahora nos acercamos a dar una descripción del trastorno de ansiedad específica social ya que es el que interesa a este estudio, es necesario hacer una breve revisión histórica del trastorno, para ello es oportuno mencionar diferentes autores que han aportado a enriquecer con sus participaciones el estudio del trastorno ansiedad no específico.

En primer lugar daremos el concepto del trastorno de ansiedad social (TAS), también conocido como fobia social, se caracteriza por un miedo persistente y acusado ante una amplia variedad de situaciones sociales, en las que la persona puede ser evaluada negativamente por otras (APA, 2000). En la gama de situaciones sociales temidas se encuentran: debates en clase, ir a fiestas, ir a discotecas o cafeterías, participar en actividades o equipos deportivos, usar baños públicos, hablar ante figuras de autoridad (Morris, 1999; García-López, 1999).

La exposición a estas situaciones suele generar respuestas psicofisiológicas de ansiedad, tales como sentir un nudo en la garganta, ruborizarse, palpitaciones, sensación de desmayo, temblores, dolores de estómago, dolores de cabeza y en ocasiones ataques de pánico (Beidel y Turner, 1998; Kearney, 2005).

El primero, incluido por primera vez en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 3^a edición revisada (Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-III-R; American Psychiatric Association [APA], 1987), fue definido como una fobia social que se produce ante “la mayoría de las situaciones sociales” (p. 291). El segundo, recibe el nombre de trastorno de ansiedad social “específica”, “no-generalizada”, “circunscrita” o “limitada” y equivale a un tipo de trastorno de ansiedad social menos generalizado, grave e incapacitante, si bien su denominación y características definitorias varían en función tanto del procedimiento como de la naturaleza de los criterios utilizados en los diferentes estudios.(APA, 1987).

Otro de los aspectos para mencionar es el miedo o pánico que presenta una persona al experimentar un acto en donde se sienta humillado o abochornado ante los demás, estas personas evitan situaciones donde podrían estar expuestos a interactuar con otras personas. Las situaciones más comunes en estos consultantes son el temor a hablar en público, comer, o escribir en público, asistir a reuniones sociales o fiestas, acudir a entrevistas y utilizar sanitarios públicos. También, existe el miedo a que la gente los señale y los pueda ridiculizar en situaciones sociales.

Kaplan, (1994). Nos dice que estas personas pueden permanecer “solteros, le tienen temor al compromiso y sienten mayor temor en las interacciones sociales y suelen padecer enfermedades depresivas atípicas y tener comorbilidad con el alcoholismo”. (pág., 201).

La ansiedad que genera está ligada al estímulo; si el consultante es sorprendido por una situación fóbica sufre ansiedad que genera muchos síntomas físicos y emocionales. Dentro de éstos aparecen la sudoración, la ruborización y la sequedad de boca, diferenciándose muchas veces, de los síntomas que aparecen en las crisis de angustia como son las palpitaciones y el dolor o la opresión precordial. La ruborización es uno de los síntomas somáticos más característicos, así como la sudorización y la onicofagia; entre los cognitivos principalmente aparecen la tendencia a la auto observación, la auto apreciación negativa en su desenvolvimiento social, la dificultad para captar los aspectos no verbales de la propia conducta, la poca valoración de la competencia social.

Las dificultades de adaptación social se manifiestan desde el principio de la edad adulta. En el manejo de las relaciones interpersonales suelen sentir ansiedad y la interacción social les supone un verdadero esfuerzo. Esta inquietud proviene de la manera como empiezan a interpretar el comportamiento de los demás como hostiles. Presentan lo que técnicamente se denomina un estilo de pensamiento autorreferencial (lo que hablan se refiere a mí). APA, (2013).

Su lenguaje también se sale de lo habitual, suelen manifestarse con estilos metafóricos excesivos, vagos y sobre laborados, lo que contribuye a incrementar la sensación de extrañeza en el interlocutor. DSM V. Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales; APA, (2013).

Estas circunstancias son muy diversas y subjetivas, entre las mencionadas está el temor al hablar a un público, asistir a eventos sociales, comprar en tiendas, o supermercados, también surge la preocupación de ser ridiculizados por otras personas en contextos sociales. Generalmente, ellos suelen permanecer aislados, solteros o nunca manejan relaciones sentimentales. DSM IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales; APA, (2013).

La Autoestima.

Todos tenemos una idea de lo que es la autoestima, ¿creo que no? Podemos considerar que el concepto de autoestima es la actitud que tiene una persona hacia sí misma. Se trata de un proceso dinámico en el que influyen muchos factores a lo largo de la vida. Es importante recalcar que la autoestima de un niño puede variar de acuerdo con las circunstancias y las personas que lo rodean. La formación y el correcto desarrollo de la autoestima tienen su origen en las relaciones familiares, desde el mismo momento que el niño se siente amado, querido y respetado por sus padres. Los acontecimientos positivos refuerzan la autoestima positiva y los fracasos activan la negativa, y esto puede suceder de forma simultánea en la vida cotidiana.

El concepto de autoestima ha sido preocupación de muchos estudiosos como Freud la definió como el amor propio del hombre, el aprecio son valores que conducen al desarrollo de una autoevaluación positiva, mientras que el criticismo y el rechazo origina imágenes derrotistas que influyen en la autoestima. Otros autores han trabajado en los factores con los que se relaciona, para lograr una mayor comprensión del concepto.

Así Hamacheck (1981), citado por López y cols. (1993), plantea que al auto concepto es la parte cognitiva del yo, y la autoestima es la parte afectiva del mismo, relacionándose entre sí, para Maslow (1992) sostiene que la autoestima es el sentirse capaz de dominar algo del ambiente, saberse competente e independiente.

Por su parte, Dunn (1996), afirma que la autoestima es la energía que coordina, organiza e integra todos los aprendizajes realizados por el individuo a través de contactos sucesivos, conformando una totalidad que se denomina “sí mismo”. El “sí mismo” es el primer subsistema flexible y variante con la necesidad del momento y las realidades contextuales (citado por Barroso, 2000).

La autoestima de los adolescentes se ve afectada positiva o negativamente de acuerdo a los comportamientos que ven a su alrededor: padres, profesores, amigos. Los padres contribuyen positivamente a la autoestima de sus hijos al alentarlos a correr los riesgos necesarios para alcanzar retribuciones, al favorecer la progresiva independencia con la capacidad de asumir responsabilidades y evitar la crítica destructiva. Los amigos también juegan un importante papel por que la lucha que libra el adolescente para ser autónomo le genera agobios y dudas que pueden ser suavizados por el grupo de iguales.

Algunos autores como Branden, 1997; Berk, 1998; Arroyo, 1999; Clemens y Bean, 2000; Clark, Clemens y Bean, 2001, establecen una estrecha relación entre autoestima y «relaciones interpersonales» y lo hacen en el sentido de que la autoestima de un sujeto se refleja en su comportamiento de interacción con los demás, en sus «habilidades sociales», al mismo tiempo que de forma recíproca, esas relaciones interpersonales y esas habilidades también influyen en la autoestima, especialmente en la infancia en que la autoestima va a depender del tipo de interacciones que el sujeto mantiene con las otras personas.

En este sentido, se puede decir que la persona con baja autoestima carece de las habilidades sociales necesarias que le faciliten una relación eficaz y satisfactoria con los demás y en las diversas situaciones sociales. El bajo concepto que la persona tiene de sí misma, repercute no sólo en una infravaloración de las propias posibilidades y en una

rigidez e intolerancia para aceptar los propios fracasos o deficiencias, sino que esa misma intolerancia y rigidez funciona respecto a cómo enjuicia el comportamiento de los demás y cómo los valora.

Así mismo, sus relaciones interpersonales aparecen torpes, inseguras e inestables (Arroyo, 1999), utilizando muchas respuestas defensivas (de ansiedad, de agresión) que surgen de su insatisfacción en las relaciones sociales que mantiene con los otros y que actúan como medio para defender su autoestima. Tenderá a utilizar patrones de interacción en los que predomine o bien la dependencia y sumisión como medio para ser querido y apreciado por los demás o bien la imposición y el ataque como única defensa para soportar la ansiedad y la vulnerabilidad que siente ante los demás, necesitando ser «el que más» aun a costa de no respetar ni valorar a los otros.

Las habilidades sociales:

Al referirnos al tema de habilidades sociales podemos decir que son un conjunto de conductas que las personas requieren para desenvolverse en un contexto sociocultural e interpersonal. Aquí se ponen de manifiesto los pensamientos, sentimientos, emociones, deseos e intereses y al mismo tiempo logramos a través de nuestros comportamientos la aprobación o desaprobación de las personas a la vez se cuenta con la oportunidad de probar que se pueden resolver las dificultades que se presentan en el diario vivir.

Tanto Michelson (1983) como Caballo (2002), concuerdan con la definición de Habilidades Sociales Por tanto, fusionando ambas definiciones tendremos que, las Habilidades Sociales son un conjunto de comportamientos aprendidos realizados por un individuo en un contexto interpersonal, expresando comportamientos verbales y no verbales, sentimientos, actitudes, deseos, opiniones, derechos, suponiendo así iniciativas y respuestas efectivas y apropiadas a la situación acrecentando de este modo el reforzamiento social, pero a la vez, resolviendo los problemas inmediatos de la situación mientras se reduce la probabilidad que aparezcan futuros problemas.

Según Pelechano, (1996) nos menciona que “Las habilidades sociales constituyen un importante recurso de afrontamiento debido al importante papel de actividad social en la adaptación humana”. Estas habilidades se refieren a la capacidad de comunicarse y de actuar con los demás en una forma socialmente adecuada y efectiva. “Este tipo de habilidades facilitan la resolución de los problemas en coordinación con otras personas”, aumentan la capacidad para atraer su cooperación o apoyo y en general, aportan al individuo un control más amplio sobre las interacciones sociales. (p.195)

Para desempeñarse efectivamente en el mundo social es importante aprender a reconocer, interpretar y responder de manera apropiada a las situaciones sociales. Pelechano, (1996). Maneja el término habilidad y lo utiliza para indicar que la competencia social no es rasgo de personalidad, sino más bien “un conjunto de comportamientos aprendidos que incluyen comportamientos verbales y no verbales”, suponiendo iniciativas y respuestas efectivas y apropiadas, acrecentando el reforzamiento social. (p.195)

Autolaceraciones

Por otra parte dentro de las conductas problemas del consultante encontramos las Autolaceraciones y en donde, Altamirano, (2002). Nos menciona que una de las características de los trastornos de personalidad son las mencionadas lesiones de auto agresión, una conducta que tiene como objetivo provocarse una lesión sin intencionalidad suicida, a pesar de ser un importante factor de riesgo de la misma. Afirma que “la edad de inicio es aproximadamente de los 14 años a los 24 años”. Esta conducta se realizaría como una forma de escape, o de alivio a las frustraciones, dice también que “el mecanismo más utilizado es de provocarse cortes en antebrazos, pero no es el único método”.

Esta conducta aparece en los adolescentes, como respuesta de un trastorno mental con diferente grado de afectación en la personalidad. Estos sujetos reaccionan ante determinadas situaciones, se generan cortes en su cuerpo, o en efecto se comportan agresivamente, lo hacen como respuesta de alivio a la ansiedad psicológica que le producen

las personas. Altamirano, (2002), explica lo que siente una persona cuando se autolesiona y lo define como, “gratificación, o alivio durante el acto, alivio del componente egodistónico de la despersonalización / disociación en el caso de la automutilación”.

Por otra parte, estas personas nunca consultan por voluntad propia, habitualmente son traídos por uno de sus padres, o en casos extremos internados en un clínica u hospital. Así mismo, según Fernández, (citado por Altamirano, 2000), ellos mantienen la tendencia a ocultar sus lesiones con anchas pulseras o muñequeras, estos pacientes presentan varios episodios, en general utilizan varios métodos de auto agresión.

Por otra parte Caballo, (1996) nos hace una explicación textual de las cuestiones terapéuticas para dichos pacientes diagnosticados con (TAS), No parece haber muchos estudios empíricos sobre el tratamiento sistemático, para estos, sin embargo, desde el punto de vista Cognitivo- Conductual, el Entrenamiento en Habilidades Sociales y el Manejo del Estrés, pueden ser procedimientos muy útiles para enseñar las habilidades interpersonales que hagan más eficaz su interacción social, así como técnicas de control de la ansiedad que mejoren igualmente su expresión social. (pág. 515).

El mismo Caballo (1996) y otros autores describen con detalle cómo se realiza el entrenamiento en habilidades sociales y el manejo de la ansiedad, proponiendo que se debe trabajar en el entrenamiento de las habilidades sociales que permitan al individuo interactuar adecuadamente en armonía con el contexto. Caballo (1996), pág. 513. El programa en entrenamiento se centra principalmente en tres repertorios conductuales, la aserción negativa, la aserción positiva y las habilidades de conversación.

1. La aserción negativa implica conductas que permitan a las personas que defiendan sus derechos y actúen según sus intereses.
2. La aserción positiva se refiere a la expresión de sentimientos positivos sobre otras personas como el afecto, la aprobación, la abalanza y el aprecio, así como presentar las disculpas apropiadas.

3. El entrenamiento en habilidades de conversación, incluye iniciar conversaciones, hacer preguntas, realizar auto revelaciones apropiadas y terminar en conversaciones adecuadas.

Hay otra aproximación, interesante entre los modelos conductistas y desde las terapias de tercera generación, la Psicoterapia Analítica Funcional, de Kohlenberg y Tsai, (1991). Esta una terapia centrada entre la relación del terapeuta y el consultante, ellos mencionan que el espacio, el ambiente que uno tiene como terapeuta para hacer la intervención es el consultorio, por lo tanto; las relaciones que se dan en el consultorio son claves para el cambio conductual. Ellos en esa medida se centran en identificar, describir y analizar, las conductas del consultante que ocurren en la sesión y como el comportamiento del terapeuta influye sobre esas conductas.

En la Psicoterapia Analítica Funcional habla de una serie de conductas que son clínicamente relevantes, definidas como aquellos problemas que presenta a lo largo de su vida, qué se observa en el desarrollo de la sesión terapéutica. No son los problemas que él tiene sino los que se ven durante las sesiones.

La Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) forma parte de lo que se ha denominado la terapia de conducta de tercera generación, es la indicada para abordar el trastorno de Ansiedad Social Especifica de la personalidad que presenta Manuel, esta hace énfasis en las contingencias que ocurren en el propio contexto terapéutico, en el reforzamiento natural y en el moldeamiento de las conductas clínicamente relevantes. La Psicoterapia Analítica Funcional (FAP), en esta terapia se resalta la actividad terapéutica de la interacción psicólogo-paciente y permite una respuesta a las contingencias concretas, que a las normas generales de cómo operar. Kohlenberg y Tsai, (1991).

La Psicoterapia Analítica Funcional (FAP), es una terapia de conducta, bastante diferente de las terapias de conducta tradicionales, tales como el entrenamiento de habilidades sociales, la reestructuración cognitiva, la desensibilización, o la terapia sexual. Por el contrario, las técnicas de FAP concuerdan con las expectativas de los consultantes

que buscan una respuesta terapéutica intensa, emotiva y profunda. Kohlenberg y Tsai, (2007).

Según Kohlenberg y Tsai, (2007) la psicoterapia analítica funcional (FAP) basada en el conductismo radical “usa el moldeamiento y fortalecimiento de repertorios de conducta más adaptativos, por medio de la especificación de conductas clínicamente relevantes, su reforzamiento y generalización” (p. 21). Repertorios adaptativos encaminados hacia la flexibilización del patrón de conducta evitativa (Ruiz, 2006) cuyo “cambio se propone a través del contacto con contingencias de reforzamiento naturales” (Kohleberg, Tsai, García, Valero, Fernández, Virués-Ortega, 2005, p. 352)

A su vez Kohlenberg y Tsai, (2007), proponen una forma de conceptualizar los casos clínicos que ayudan al terapeuta a centrarse en los objetivos y problemas del consultante. “Incluye los problemas de la vida diaria, la historia relevante, los problemas durante la sesión, los conceptos cognitivos, los objetivos en la vida diaria y los objetivos en la sesión”. (p. 21)

Adicionalmente, la Psicoterapia Analítica Funcional propone un sistema de clasificación de respuestas que busca promover la expresión directa de deseos, peticiones en donde se le pregunta al consultante por sus dificultades y demás circunstancias de su vida cotidiana, a su vez nos permite diferenciar todos los métodos de evaluación utilizados por los profesionales de la práctica clínica Kohlenberg y Tsai, (2007).

El termino Conductas Clínicamente Relevantes (CCR) abarca un gran abanico de las conductas problema, como las conductas objetivas, ya que la mayoría de los expertos asumen que si las conductas pueden ser observadas, podrán ser más fáciles de corregir. Indiscutiblemente los problemas de conducta del individuo no pueden ser observados a menos que estas se exterioricen en presencia del terapeuta.

Por otra parte Kohlenberg y Tsai, (2007) nos refieren que todo lo que el terapeuta pueda hacer para ayudar a sus pacientes durante la sesión, las acciones del terapeuta afectan a este

por medio de tres funciones importantes (1) discriminativa, (2) evocadora, (3) reforzante. Nos confirma que se debe enfocar fundamentalmente en la propia sesión clínica en todo lo que el consultante hace y dice, estas conductas se han denominado Conductas Clínicamente Relevantes (CCR).

Un aspecto importante a observar, identificar y modificar son las conductas clínicamente relevantes (CCR), definidas como aquellas conductas problemas que el consultante presenta a lo largo de su vida diaria, a su vez nos da un enlace conductor entre la interacción psicólogo- paciente encaminadas a la observación en donde abarca los problemas del consultante que ocurren en sesión, las acciones del terapeuta afectan a este por medio de tres funciones importantes. La observación de conductas clínicamente relevantes (CCR) abarca los problemas del cliente que ocurren en sesión (CCR 1), las mejorías del cliente que ocurren en sesión (CCR2) y las interpretaciones del cliente acerca de su conducta (CCR3) Kohlenberg y Tsai, (2007).

Se hace evidente que las CCR3 como las refiere Kohlenberg y Tsai, (2007), las “describen a lo que el individuo dice sobre su propia conducta y sobre lo que parece causarla. Esto incluye las interpretaciones y el dar razones”, asimismo, “estas CCR3 implican la observación y la descripción de la propia conducta, así como los estímulos reforzadores, discriminativos y evocadores asociados, la descripción de las relaciones funcionales que pueden ayudar a la obtención de reforzamiento en la vida diaria”.

A continuación se expondrá uno de los casos clínicos del consultante de 20 años de edad, con diagnóstico de trastorno Esquizotípico de la personalidad. El caso fue escogido porque él cedió voluntariamente a que fuera presentado en el actual documento.

MÉTODO

CONSULTANTE Y SU HISTORIA PERSONAL.

Manuel, fue el nombre utilizado para proteger la identidad del consultante, de 20 años, es estudiante de quinto semestre de Química pura de la Universidad de Pamplona, soltero, vive con su padre, de estrato sociocultural medio-bajo, Su madre y sus dos hermanas viven en Arauca y con ellos hay una relación distante, con quienes mantiene una comunicación ocasional.

MOTIVO DE CONSULTA.

Remisión

El nombre utilizado es ficticio, para proteger la identidad del consultante, Manuel al igual que los nombres de las personas de su familia también son ficticios.

La consulta psicológica fue dada por iniciativa de su padre, quien solicita realizar una valoración psicológica, por auto laceraciones que vio en su hijo; su padre consulta al Centro de Bienestar Universitario de la Universidad de Pamplona, porque estaba muy preocupado por las conductas que presentaba este.

El motivo principal de solicitar asistencia psicológica era que su hijo se estaba “auto lacerando las muñecas de sus manos”. El paciente asiste a consulta porque su padre lo llevó personalmente al consultorio, pero él no quería asistir a la misma, en sesiones posteriores manifiesta que quiere ser una persona «normal»: tener amigos, ser sociable, tener pareja.

ESTADO ACTUAL: ANÁLISIS SINCRÓNICO

Manuel, ingresa a la consulta porque su padre lo envió. Desde un primer momento, el contacto con él fue difícil, porque su mirada era evasiva y mostró una actitud poco colaboradora, las respuestas eran sí, o no, cuando se le preguntaba algo no respondía se quedaba callado.

En algunas situaciones se notó ansioso ya que fue evidente la sudoración de sus manos, el bozo y la frente, mantuvo pensamientos negativos sobre querer morirse, porque no le encontraba interés y sentido a su diario vivir, sin embargo, menciona que estas ideas no han sido de suicidio.

Durante la consulta se mostraba un poco resistente para hablar de sí mismo, como si estuviera sometido a un interrogatorio, aportando muy poca información, con cierta dificultad para mirar la cara de la persona que le habla. Permanecía la mayor parte del tiempo con la cabeza agachada, o miraba a otro lado y tardaba un poco en contestar a las preguntas formuladas, siempre respondía con frases muy cortas.

Se comenzaron a observar a lo largo de la consulta periodos en que se reportaban conductas autolesivas como los cortes recientes y antiguos en las muñecas de sus manos, parte interna, situación que terminaba por aumentar su desesperanza, perder su fe y dejar de hallarle sentido a su vida.

Igualmente, presenta dificultad para relacionarse con otras personas, evita los eventos donde hay grupos de personas, aunque mantiene abierto una de las redes sociales como es el Facebook, pero no la utiliza.

En algunas sesiones posteriores pudo expresarse con mayor confianza, a través de poemas donde se evidenció un buen repertorio léxico y buena escritura, pero cuando se le colocó a leerlo su tono de voz era bajo, no mostró iniciativa por mantener una conversación diferente a la del poema, sin embargo nunca faltó ninguna sesión programada.

Área Familiar

La familia de Manuel está conformada por su papá Juan de 39 años y su mamá Maritza de 38 años, casados desde hace 21 años, Manuel es el primero de tres hermanos, María Cristina de 19 años, Aura Milena de 14 años y el paciente de 20 años, los tres actualmente estudian y sus padres trabajan.

La Comunicación entre Manuel y su papá, la describe que esta no es muy buena, de vez en cuando intercambian información, se expresan solo lo necesario, se preguntan el uno al otro cómo se encuentra; con la progenitora la relación es mejor, sin embargo por no vivir en la misma ciudad se presentan dificultades como no verse frecuentemente, además no tienen comunicación telefónica permanente, lo que hace que la relación se torne distante, con sus hermanas manifiesta que la relación es bastante distante, que intercambian algunas conversaciones que no me genera ningún cambio emocional.

Manuel también relata que esta situación de comunicación limitada, como él la llama, no siempre es así, “Hay días donde todos se llevan bien y otros en los que no. Se llevan bien cuando trabajan en equipo, por ejemplo su hermana mayor ayuda haciendo el almuerzo, su otra hermana ordena la casa, y él ordena su cuarto, pero con el padre la relación es conflictiva, porque nunca colabora en las labores de la casa, se limita a darles lo económico, y la progenitora siempre le reclama por eso”.

Nuestro consultante piensa que la relación distante de su padre con su núcleo familiar puede deberse a su profesión de taxista. Se puede inferir que a causa de las largas jornadas laborales de su padre, él no puede dedicar mucho tiempo a su hogar. También, manifiesta que su padre nunca ha tenido ninguna expresión de afecto o de cariño, ni hacia a él, ni hacia ningún miembro de su familia, lo que por otro lado, lo motiva a irse a vivir con sus primos.

Antecedentes médicos

El consultante fue diagnosticado hace 5 años, con una enfermedad llamada Queratótomo que es una disminución progresiva de nervio ocular y manifiesta que requiere de un trasplante de córnea para corregir su dificultad visual. Por esta razón utiliza gafas con un gran aumento para poder mejorar su visión.

Igualmente cuenta que su progenitora tiene la misma dificultad visual, pero no severa. Mientras sus hermanas no reportan ninguna enfermedad importante.

Área académica

Acercas del área académica, Manuel narra que siempre le ha ido bien en el colegio, que era muy aplicado y que le dedicaba mucho tiempo a sus estudios, hacía las tareas en el descanso o cuando llegaba del colegio.

También narra cómo fue ascendido a un grado superior. Fue cuando cursaba primero de primaria, fue pasado al grado siguiente por su rendimiento académico, cosa que hizo que se dedicara más en el estudio, terminó la primaria y se graduó en el 2010, le fue bien en las pruebas ICFE, y gracias a Dios pudo de entrar a la universidad.

Agrega que siempre ha estudiado por su cuenta, en razón a su dificultad visual, porque los conocimientos que imparten los docentes no los ve en el tablero, motivo por el cual lo obliga a consultar por varias horas los temas por su cuenta. Cuando sale de la universidad, se limita a su estudio, actualmente cursa quinto semestre de Química pura y su expectativa es graduarse.

Respecto a otras características, considera Manuel que es muy puntual, cumple con sus obligaciones académicas, por sus notas y su rendimiento académico, cree que es el mejor de la clase.

Área Religioso /Espiritual

El consultante reporta que a pesar de que su madre es muy religiosa, él no es creyente ni practica ninguna religión, aunque sí se interesa por todo lo místico y lo sobrenatural y quiere saber qué hay más allá de un ser supremo.

Área Condiciones Ambientales

Tiene una habitación para él sólo y un computador. Suele permanecer en la casa de su padre (donde se baña y se cambia), la casa de sus primos (donde duerme) y la Universidad (donde estudia).

Área de interacción social

Establece poco contacto, e interacciones significativas con personas que se encuentren en su entorno, es tímido y casi no tienen amigos o muy pocos. Reporta ser una persona que no entabla relaciones de amistad y así mismo su red de apoyo social es muy limitada, se observan dificultades para la comunicación asertiva, a su vez se nota una baja autoestima tienen dificultades para tomar decisiones, es muy ansioso y nervioso, lo que les lleva a evitar situaciones que les dan angustia y temor lo que incrementa más que se aislé de las personas.

HISTORIA: ANÁLISIS DIACRÓNICO

Manuel, pertenece a una tipología de familia nuclear con dificultades en su estructuración familiar, tiene dos hermanas menores, él es el mayor de los hermanos. Creció bajo una autoridad ejercida por la figura materna, bajo un estilo permisivo de autoridad paterna, pues su padre siempre ha estado trabajando y mostraba negligencia y poca afectividad durante la crianza de sus hijos.

Sumado a lo anterior, refiere que no se acostumbra a la situación de la separación de sus padres, el que su madre y sus dos hermanas se fueran lejos, aunque su relación siempre ha

sido distante, de cierta manera para él es un duro golpe en su historia de vida y con esta conducta así lo demostró.

La interacción familiar de Manuel con sus padres y sus dos hermanas ha sido poco afectuosa, poca comunicación entre ellos, menciona que durante su infancia ha sido tímido, ya que no le reforzaron las relaciones afectivas, no recuerda haber tenido amigos en su infancia. Siempre ha tenido escasas relaciones interpersonales y sociales, no sale a fiestas, dice ser retraído, no se relaciona con la gente del barrio donde vive ni con sus compañeros de clase.

Recuerda que algo que le hacía feliz en la niñez era tocar guitarra, estudiar y parte de su adolescencia; continúa leyendo libros de filosofía, escuchando música y jugando video juegos, los cuales realiza generalmente solo. Por otra parte, no practica ningún deporte porque nunca le han llamado la atención.

Manifiesta, que el permanecer tanto tiempo solo, sin amigos, y la poca comunicación con su familia empieza a idearse un amigo imaginario y le colocó el nombre de Zacary, lo hizo parte de su vida y empezó a darle características personales y físicas, reportaba que con él es el único con quien comparte, que es como si fuera su otro yo, es su complemento y no consideraba necesario tener amigos porque él le llenaba sus vacíos.

De igual forma, revela pocos retos, pocos estímulos intelectuales y el medio social en que él se desenvuelve lo limita a su estudio, ya que la mayor parte de su tiempo permanecía en la biblioteca y en su cuarto estudiando.

Ciclo vital - El nacimiento:

El consultante cuenta haber nacido por cesárea y que su progenitora tuvo dificultades en el nacimiento porque presentó convulsiones, hasta que lograron estabilizarlo con un medicamento que no supo cual fue.

Infancia:

El consultante informa que su niñez fue un poco difícil. Siempre ha sido bastante tímido, no le gustaba integrarse con los demás niños, no salía a jugar a la calle, permanecía en su casa, sus padres preocupados por su comportamiento deciden empezar a sacarlo los domingos al parque, le compraban un helado, y lo dejaban ahí para que él jugara con los demás niños y compartiera con ellos, sin embargo él se hacía a un lado del parque, se comía el helado y luego se tenían que ir para la casa.

Adolescencia:

El consultante comenta que esta etapa fue aún más difícil porque no se integraba con nadie del barrio donde vivían, no salía a jugar, no le gustaba ir a la casa de sus compañeros. Cuando les dejaban un trabajo, prefería realizarlo solo, nunca iba a la casa de ellos ni tampoco los invitaba a la de él porque no le gusta relacionarse con los demás compañeros que prefiere la soledad. Motivo por el cual sus padres deciden cambiarlo de colegio cuando cursaba sexto grado, porque según ellos querían que tuviera amigos, que empezara a integrarse.

Adulthood:

El consultante informa que su situación seguía igual, que no tenía vida social, que no tenía amigos, que no compartía con nadie, no asistía a reuniones sociales, cree que ya se acostumbró a estar solo, sin embargo, su deseo es ser como las demás personas.

REPERTORIOS DE AUTOCONOCIMIENTO-AUTO-REFERENCIACIÓN.

Manuel se describe a sí mismo como una persona de carácter débil, solitario, poco sociable se considera una persona disciplinada que generalmente termina lo que empieza (refiere malestar cuando no logra esto), entregado completamente a sus estudios. A su vez cuenta que no es un buen hijo ni un buen hermano, puesto que no comparte con sus padres ni sus dos hermanas, razón por la que frecuentemente se atribuye culpas.

Historia y evolución del problema

En Manuel se evidencian ciertas conductas problemáticas, que han desencadenado su patrón característico de Ansiedad Social no Específica, en él se manifiestan conductas como el escaso repertorio en habilidades sociales, ya que su escasa comunicación con el exterior, no le permite expresar cómo se siente, el poco manejo de las relaciones interpersonales, que hicieron que se alejara de las personas. Cada vez mantiene más con sentimientos de tristeza y apatía, falta de ilusión, motivación, aparición de complejos físicos, sumados con la dificultad visual, donde todo lo anterior mencionado lo hace reportar frases como “quiero ser normal, como las demás personas, tener una relación afectiva, tener novia, tener amigos, decir lo que pienso”.

De otro lado, Manuel dice que cuando cumplió los 13 años se agudizaron más sus dificultades en las habilidades sociales, porque empezó a ver a la gente complicada y aburrida, y se alejó de ellas, no le preocupa, ni se llama la atención entablar una relación de diálogo con alguien.

MÉTODOS DE EVALUACIÓN Y DE INTERVENCIÓN

La información anteriormente descrita fue recogida a partir de diferentes métodos de evaluación que se trabajaron con Manuel, se manejó la entrevista al padre del consultante y posteriormente a Manuel, dentro de las investigaciones teóricas relacionadas con el comportamiento de este, los registros de conductas clínicamente relevantes evidenciadas en consulta, auto registros y los siguientes instrumentos de evaluación, que permitieron dar un diagnóstico.

El principal instrumento utilizado para la evaluación del caso fue, el Cuestionario de Escala de Habilidades Sociales. (E.H.S), se utilizó esta prueba, ya que su principal problemática estaba relacionada con las escasas habilidades sociales que lo mantenían en

un aislamiento social, dando una comparación de la puntuación global con los resultados de la prueba obtenida. Puntaje del paciente M.= 49 y el Puntaje Máximo de la prueba =132, dando como resultado déficit en las 6 ponderaciones de toda la prueba. (Ver anexo3).

Otra técnica utilizada para mejorar la comunicación de Manuel fue por medio de:

Escritos (escribir poemas) este ejercicio permitió un acercamiento importante con M, ya que fue una manera de entender mejor su forma de pensar y de que él expresará sus emociones de una mejor manera con otra persona. (Ver anexo5).

Repertorio de Autoconocimiento Auto- referenciaría. En una sesión se sugiere que se describiera para mirar algunas dificultades en su conducta o actuar.

Auto-descripción del consultante a partir de la aplicación de los instrumentos:

“Físicamente, soy de estatura baja, contextura delgada, ojos apagados, cabello negro y uso lentes, escribo poemas, leo mucho “Platón, filosofía y lo que me interese lo consulto, escucho música de *black metal*” me gusta cantar desde niño y gané un concurso de canto, aprendí a tocar piano y guitarra y aún los practico. Me considero inteligente se me facilita las operaciones matemáticas y todo lo relacionado con la tecnología, juegos de rol en el computador, no manejo relaciones interpersonales, me considero asocial, soy solitario, apático quiero pasar desapercibido no me gusta llamar la atención”. (Ver anexo 4).

En la consulta se pudieron observar algunas conductas clínicamente relevantes, como es el caso específico, no mira directamente a la cara cuando se le habla, no establece contacto visual y se muestra cabizbajo y callado, solo se limita a responder sí no.

Por su parte cuando está sentado adopta una postura muy rígida y distante, no suelta sus pertenencias entre estos, (bolso, saco, etc.). Muestra una “imagen corporal mística” por su forma de vestir y actuar, con una notoria ausencia de expresión emocional. Si le hablo de

las relaciones interpersonales y sociales manifiesta cierto miedo y temor y empieza a sudar la frente y las manos.

CONDUCTAS CLÍNICAMENTE RELEVANTES.

CCR1: Evade mirar a la cara y utiliza lenguaje en forma de monologo, evidenciándose síntomas ansiosos reflejados en conductas de manos y cuerpo inquieto, sudoración.

CCR2: Se logra a través de la intervención psicológica que el paciente mire con naturalidad y sin temor a la terapeuta al igual que se logró la remisión de los síntomas ansioso, mostrándose ahora como una persona tranquila y utilizando un lenguaje más fluido, permitiendo establecer conversaciones más amplias, donde se pudo extraer información importante para el abordaje del caso.

CCR3: Soy así porque siempre he pensado que si me relaciono con las personas, estas nunca me van a tomar en serio, me van a ridiculizar por mi defecto visual, no soy capaz de enfrentarme a situaciones nuevas, prefiero estar aislado y solo comparto libremente con Zacary mi amigo imaginario”.

CONDUCTAS PROBLEMAS:

➤ ANSIEDAD ESPECIFICA SOCIAL

El consultante al inicio del tratamiento psicológico mencionó en reiteradas oportunidades, que enfrentarse a personas o a grupos de personas le generaba incapacidad física para realizar cualquier tipo de actividad, aislándose completamente y llevándolo a realizar actividades individuales, siendo coherente esta información con su comportamiento durante las sesiones. Los síntomas ansiosos que permitían afirmar que el consultante presentaba ansiedad social eran dificultad para establecer conversación con las

personas, dificultad para mirar a los ojos a las personas, incapacidad para expresar opiniones y sentimientos, sudoración, e inquietud de brazos y cuerpo.

➤ **BAJA AUTOESTIMA:**

El consultante ilustra que ha tenido problemas de baja autoestima en el transcurrir de la vida especialmente durante la adolescencia, ya que manifiesta que ha tenido dificultades descubriendo quien es y cuál es el lugar en el mundo. Manifiesta que siente que las demás personas lo ven de una manera diferente y por ende cree que no recibe el mismo trato por parte de ellos, motivo que lo lleva a crear amigo imaginario desde que tenía 10 años, había empezado a hablar solo hasta que descubrió que había una voz que respondía a todos sus interrogantes, con él mantenía comunicación y de esta manera se suplió la necesidad de tener amigos, porque estos eran reemplazados por su amigo imaginario, a quien le colocó el nombre de “Zacary”, que él lo entiende, lo acompaña, le habla, lo aconseja y no obtenía de él ningún reproche ni rechazo.

➤ **DIFICULTAD EN LAS HABILIDADES SOCIALES.**

El consultante presenta bloqueos que le generan malestar físico y emocional a la hora de establecer relaciones sociales con los otros, llevándolo a permanecer aislado del grupo, a optar por hacer los trabajos en forma individual, con el propósito de no exponerse a ser ridiculizado por sus compañeros, o por temor a ser rechazado, se cohibe de expresar sus propias opiniones y sentimientos y hacer en buena parte lo que otros piensan y desean.

➤ **AUTOLACERACIONES.**

Esta conducta se la empezó a ocasionar desde el año 2011, expresa que lo aprendió de un amigo de su colegio, comportamiento que debía realizarse si quería ser aceptado por sus

compañeros. El paciente inicio con estas conductas para lograr la aceptación de sus amigos y empezó utilizando una cuchilla y produciéndose cortes superficiales en las muñecas de las manos y ante la repetición de esta conducta descubrió que le producían placer, angustia excitación y que disminuían por el momentos los niveles de ansiedad, pero una vez hacia conciencia de que se estaba causando daño físico, estos síntomas ansiosos volvían a aparecer y su intensidad aumentaba.

➤ **PENSAMIENTOS RECURRENTES DE MUERTE.**

Estos pensamientos recurrentes de muerte que manifestaba el consultante, eran como respuesta a sentimientos de indefensión y desesperanza ante las situaciones que lo afectaban, por ejemplo se refería a que la vida para él no tenía sentido y que a veces era mejor que él no existiera, con eso las cosas para su familia se resolvían, porque se sentía como una carga para ellos.

FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS.

Ansiedad Específica Social:

Manuel refiere “no puedo hacer los trabajos con mis compañeros, prefiero hacerlos solo, me da miedo que me rechacen, no puedo hablar libremente con las personas, soy muy tímido, no tengo amigos, ni establezco relaciones interpersonales con nadie, no voy a fiestas ni reuniones sociales por temor a ser ridiculizado por su dificultad visual”.
(Hipótesis de Predisposición).

La confianza del consultante tiende a desaparecer, no le encuentra ninguna alegría a la vida, incluyendo pasatiempos y actividad física que anteriormente le proporcionarían mucha alegría y felicidad. **(Hipótesis de Adquisición).**

Manuel, al realizar trabajos en grupo le impide establecer un dialogo con algún compañero. De la misma manera, se siente incómodo alrededor de otros y prefiere aislarse. **(Hipótesis de Mantenimiento).**

Baja Autoestima:

El consultante manifiesta que él no es agradable físicamente, no le gusta vestirse para el sino para agradar a los demás, siempre hace una valoración negativa e insatisfactoria de él mismo. No confiar en sí mismo. Cree que no se tiene capacidad de control, lo que le genera una actitud insegura, falta de confianza, de respeto y de valoración por el mismo y por los demás, permanece con una timidez excesiva. **(Hipótesis de Predisposición).**

Por otro lado, el consultante presenta conductas de ansiedad social que no le permiten interactuar con alguien manifestando, episodios de aislamiento genera rechazo por parte de sus compañeros fortaleciendo más conductas inadecuadas, como permanecer solo la mayor parte del tiempo. Lo anterior puede estar en relación con carencias afectivas puesto que su padre ha estado ausente durante mucho tiempo, el contacto afectivo con su madre es pobre y actualmente no ha tenido otra figura vincular cercana mientras su padre no estuvo. **(Hipótesis de Adquisición).**

Los episodios de ansiedad social que presenta Manuel, posiblemente sean la causa de varios factores. La dificultad que tiene para la mantener relaciones sociales y las frecuentes manifestaciones de respuestas a sus preguntas al verse en situaciones en donde tiene hablar con las personas, lo cual puede indicar que su ansiedad social puede ser la causa de la frustración o la imposibilidad de alcanzar una meta por la obstaculización que representa al interactuar. **(Hipótesis de Mantenimiento).**

Dificultad en habilidades sociales:

Manuel ha tenido muy pocas ocasiones de socializaciones exitosas, al ser llevado a estudiar con un grupo de personas mayores que él, ya que Manuel lo refiere. Esto lo lleva a refugiarse en el estudio, a través del cual, obtiene refuerzo social por parte de sus padres y profesores. De esta manera se centra cada vez más en el estudio y se aleja de los grupos sociales. Estos patrones de interacción (centrado en el estudio, la lectura, la música). En consecuencia le generan un mayor grado de aislamiento, sumando a las dificultades que siempre ha tenido para relacionarse, impulso que ha moldeado su timidez, dificultad para hacer amigos, para desenvolverse en su entorno social, así como para saber y poder expresar lo que desea y lo que opina. **(Hipótesis de Adquisición).**

Manuel, cuando realiza trabajos en grupo, no establece un dialogo con ningún compañero. De la misma manera, se siente incómodo alrededor de otros y prefiere aislarse. Conductas que son derivadas de los rasgos que definen específicamente normas de comportamiento interpersonal que buscan ser reforzadas por la atención social. **(Hipótesis de Mantenimiento).**

Autolaceraciones:

Conductas que son derivadas específicamente por el comportamiento de las relaciones interpersonales que buscan ser reforzadas por atención familiar y social de su entorno cuando las ejecuta. **(Hipótesis de Predisposición).**

Revela que lo hacía, porque no recibía afecto, ni cariño de su familia; ni de su alrededor, además, porque no tenía amigos, refiere que al hacerlo experimenta emociones diferentes, como miedo, ansiedad, excitación, pero que luego se siente igual, ansioso, apático, relata que lo hace una, o dos veces por semana, o cuando su ánimo está bajo que

siente que no le encuentra un sentido a su vida, que se sentía vacío y manifestaba que al generarse daño físico dejaba de sentirse mal. **(Hipótesis de Mantenimiento)**.

Pensamientos recurrentes de muerte:

Las conductas de pensamientos recurrentes de muerte las manifiestas porque no le encuentra sentido a la vida, aumentan simultáneamente cuando logra llamar la atención de su padre. **(Hipótesis de Predisposición)**.

La evitación del diálogo, el permanecer la mayoría del tiempo solo se evidencia algunos aspectos importantes de la manera inadecuada que tiene para relacionarse con los demás, y de afrontamiento de su problemática, generando pensamientos automáticos, e invasivos de muerte. **(Hipótesis de Adquisición)**.

En consecuencia, se genera un mayor grado de dependencia hacía, (el amigo imaginario). **(Hipótesis de Mantenimiento)**.

Manuel presenta una gran dificultad para expresar lo que siente en los momentos de miedo, tristeza, junto con su ausencia de peticiones o comunicación moldean en Manuel, su estado emocional que lo conduce a indicar un pobre repertorio en habilidades sociales. Su dificultad para expresar sus emociones como de miedo, tristeza puede estar relacionada con el déficit o ausencia de alternativas de conductas ante este tipo de episodios, dado que en casa se ha presentado un déficit en conductas emocionales, afectivas, de diálogo, comunicación asertiva y solución de conflictos. **(Hipótesis de Predisposición)**.

A nivel general Manuel ha tenido muy pocas ocasiones de socializaciones exitosas al ser llevado a estudiar con un grupo de personas mayores que él, ya que Manuel lo refiere así. Esto lo lleva a refugiarse en el estudio a través del cual obtiene refuerzo social por parte de sus padres y profesores. De esta manera se centra cada vez más en el estudio y se aleja

de los grupos sociales. Estos patrones de interacción (centrado en el estudio, la lectura, la música). En consecuencia le generan un mayor grado de aislamiento, sumando a las dificultades que siempre ha tenido para relacionarse, impulso que ha moldeando su timidez, dificultad para hacer amigos, para desenvolverse en su entorno social, así como para saber y poder expresar lo que desea y lo que opina.

Asimismo, prevalece un alto grado de aislamiento emocional expresada por parte de su familia en general, lo que le ha permitido a Manuel ir reforzando las conductas problemas como el escaso repertorio de habilidades sociales, pensamientos recurrentes de muerte y ansiedad social, conductas como son las laceraciones, estos episodios que presenta Manuel posiblemente sean a causa de varios factores. Estas conductas se desarrollan en este a medida que sus llamados de atención le ofrecen la posibilidad de recibir el cuidado de su familia y de su entorno social.

La dificultad que tiene para relacionarse y las frecuentes manifestaciones de este al verse en situaciones en donde tiene que hablar o expresarse, logra indicar que sus laceraciones pueden ser la causa de la frustración o la imposibilidad de alcanzar una meta y la obstaculización que representa por su expresión verbal, así mismo logra llamar la atención de su padre el cual muy preocupado por su comportamiento consulta en busca de ayuda. Conductas que son derivadas específicamente por el comportamiento de las relaciones interpersonales que buscan ser reforzadas por atención familiar y social de su entorno cuando las ejecuta. Y así de esta forma se pudo ir moldeando un patrón de evitación social, sumando pensamientos negativos logrando que este malestar relacional subjetivo haya estado presente en Manuel por mucho tiempo.

En este sentido todo lo anterior puede estar relacionado con algunas carencias afectivas que durante parte de su existencia siempre se han mantenido en su familia, las pocas relaciones de comunicación y las escasas muestras de cariño, por otra parte se suma la experiencia negativa de la separación de sus padres, exteriorizando que le afecta mucho, de esta manera podría deducir que las conductas antes mencionadas por Manuel han estado presente en la mayoría del tiempo.

UNIDAD DE ANÁLISIS

El consultante tuvo que vivir aislado de su familia, como consecuencia de la separación de sus padres y el manejo inadecuado de sus relaciones familiares y una comunicación ineficaz, afectándole toda interacción social, viéndose reforzada las conductas problemas como el escaso repertorio de habilidades sociales, pensamientos recurrentes de muerte y ansiedad social, conductas como son las laceraciones. Estas conductas se desarrollaron a medida que sus llamados de atención le ofrecían la posibilidad de recibir el cuidado de su familia y de su entorno social, logrando satisfacer su necesidad de afecto.

En este sentido todo lo anterior puede estar relacionado con algunas carencias afectivas que durante parte de su existencia, siempre se han mantenido en su familia, las pocas relaciones de comunicación y las escasas muestras de cariño, por otra parte se suma la experiencia negativa de la separación de sus padres, exteriorizando que le afecta mucho, de esta manera, podría deducir que las conductas antes mencionadas por Manuel han estado presente en la mayoría del tiempo.

En la consulta se pudieron observar algunas conductas clínicamente relevantes, como es el caso específico, no mira directamente a la cara cuando se le habla, no establece contacto visual y se muestra cabizbajo y callado, solo se limita a responder sí o no.

Por su parte, cuando está sentado adopta una postura muy rígida y distante, no suelta sus pertenencias entre estos, (bolso, saco, etc.). Muestra una “imagen corporal mística” por su forma de vestir y actuar, con una notoria ausencia de expresión emocional. Si le habló de las relaciones interpersonales y sociales manifestaba cierto miedo y temor y empezaba a sudar la frente, el bozo y las manos.

VALIDACIÓN DE HIPÓTESIS.

Los métodos utilizados para validar las hipótesis antes descritas fueron las entrevistas semiestructuradas realizadas a Manuel y a su padre, así como la observación y registros de las conductas clínicamente relevantes, algunas de ellas fueron grabadas por audio en las sesiones terapéuticas en donde se manejaron técnicas como el cambio de rol, el juego de roles y la relajación, Se realizaron auto registros que permitieron recoger información de la frecuencia de las principales conductas problema. Por otro lado, se utilizó el instrumento de evaluación de escala de habilidades sociales (E.H.S) la cual permitían orientar las entrevistas iniciales, con el fin de contrastar los resultados arrojados en cada uno de ellos.

Se ha evidenciado como primera medida varios factores que desencadenan o predisponen el incremento de la conducta como es el escaso repertorio en habilidades sociales en Manuel, en tanto que se logró observar que el escaso repertorio de las habilidades sociales que presentaba estaban relacionadas con la dificultad que tenía al expresarse de forma espontánea en distintos tipos de situaciones sociales: reuniones sociales, tiendas, lugares públicos, lo que le ocasiona un malestar subjetivo de ansiedad o miedo social.

En estas situaciones específicas, las reacciones de Manuel han sido consecuentes y similares. Ante la molestia que le causa no poder captar la atención de su entorno, termina por realizar acciones que van en contra de su integridad, como lacerarse, pensamientos recurrentes de muerte, expresando de una manera exagerada su malestar emocional. Estas conductas le resultan apropiadas, pues las ha tomado como una alternativa efectiva para remediar temporalmente sus problemas, y que a su vez moldean la personalidad de Manuel con características y comportamientos inadecuados para él y su entorno.

En este sentido, nos habla Eysenck (1987, que la personalidad no solo tiene factores biológicos, que también la personalidad está constituida por todos aquellos patrones de conducta actuales y potenciales del sujeto que se van configurando en base a la estructura

física y fisiológica que se trae al nacer (dotación genética) y a las experiencias de aprendizaje a la que se ve sometido en el ambiente familiar y en las interrelaciones que establecen en el medio sociocultural. La personalidad está constituida por disposiciones o tendencias a actuar o por conductas posibles de ser observadas, lo que nos permite moldear algunos tipos de personalidad inflexibles y no adaptativos para el medio social.

Ambas disposiciones y conductas forman una jerarquía en función de sus generalidades, amplitud y cobertura de las características que se dan en toda persona que van desde "el tipo y los rasgos", respuestas habituales y respuestas específicas, que correspondería a factor general, factor de grupo, factor específico y factor error, haciendo en el adolescente comportamientos asociales e inadecuados para su libre expresión (Eysenck1987)

Este patrón comportamental ha hecho que Manuel, tenga un contacto mínimo con sus actividades sociales, lo que para él, no mantener habilidades sociales, suele ser normal y natural y el no darse cuenta que socializar hace parte de una solución adecuada para sus problemas, se han convertido en su principal malestar.

Por otro lado la adolescencia de Manuel se asocia en general, a sentimientos de soledad, de conductas de aislamiento y retraimiento, lo que le ocasiona un fracaso en la satisfacción de sus necesidades de relación con los pares y de relaciones íntimas, como así también un déficit en el sentimiento de pertenencia a una estructura social que lo sostenga.

Manuel presenta una gran dificultad para expresar lo que siente en los momentos de miedo, tristeza, junto con su ausencia de peticiones o comunicación moldean en Manuel, su estado emocional que lo conduce a indicar un pobre repertorio en habilidades sociales. Su dificultad para expresar sus emociones de miedo, tristeza, puede estar relacionada con el déficit o ausencia de alternativas de conductas ante este tipo de episodios, dado que en casa se ha presentado un déficit en conductas emocionales, afectivas, de diálogo, comunicación asertiva y solución de conflictos.

Por su parte Caballo,(2000), afirma que estos comportamientos como el aislamiento, no le permiten un adecuado manejo de las habilidades sociales y que dichas habilidades son la clave fundamental de interacción social y de cualquier ser humano; debe utilizar diferentes comportamientos sociales, que le permiten al individuo desarrollarse en un contexto individual o interpersonal expresando sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos, de un modo adecuado a la situación, entonces se podría decir que estos patrones comportamentales de la personalidad de Manuel están alterados por el escaso repertorio en habilidades sociales, sobre todo cuando éstas cumplen función de llamar la atención social, y su respuesta es voluntaria a la evitación de eventos en público.

Las habilidades interpersonales o sociales, éstas son las disposiciones cognitivas que promueven una comprensión hacia los problemas de los demás, se plasman en la solución de los problemas interpersonales propios y ajenos, y permiten considerar a los seres humanos como personas, y no como objetos o elementos instrumentales, que se utilizan para el propio provecho Pelechano, (1996). Empatía, altruismo, previsión de consecuencias de acciones propias y ajenas, atribución de causas de las acciones de uno mismo y de los demás y, la utilización de medios social y éticamente permitidos para el logro de fines, son elementos conceptuales que deberían ser tomados en consideración a la hora de la dimensionalización empírica de las habilidades sociales (HHSS).

HIPÓTESIS EXPLICATIVA:

El problema central de Manuel, es que mantiene en su diario vivir un distanciamiento y aislamiento social, en razón a que no cuenta con buenas redes sociales, llevándolo a evitar situaciones propicias como: la iniciativa y la autoafirmación. Estos comportamientos le permitieron ir moldeando y fomentado un amigo imaginario que ha estado presente en su vida, desde hace 10 años. Manuel, manifiesta que es una voz interior la que le aconseja y le dice qué hacer, refiere “Le digo algo de la chica que me gusta, pero él me dice que le diga

algo que no le dé pena, él no es tímido como yo. Todos los días hablo con él de cosas, es inteligente, se la pasa leyendo, me da consejos y hace diálogos filosóficos muy interesantes. Mientras duermo, él me lee. Es un ser humano lo llevo a todos lados”. Este personaje se hace evidente en el diario vivir del consultante, lo que no le ha permitido desplegar habilidades sociales necesarias para hacer amigos, establecer relaciones afectivas, e incluso realizar trabajos en grupo con sus compañeros de universidad, limitándolo progresivamente en su ámbito social, que impliquen un contacto interpersonal.

Por otra parte el problema inicial por el que consulta el padre de Manuel, (las laceraciones de su hijo), no es la principal conducta problema que se abordará en este caso. Sino que por el contrario, es todo un conjunto de comportamientos inadecuados que fueron abordados desde un ángulo más amplio que la atención exclusiva a la sintomatología de las marcas en sus brazos.

Lo que para Manuel, le resulta normal vivir en ese ambiente asocial, o de evitación de las relaciones sociales, lo que lo mantiene en la evitación permanente, por ende no es la solución correcta para su problema, pero no cae en cuenta que estas acciones lo aíslan cada vez más y a su vez lo limita en su propio entorno social, que desencadenan un deterioro de las habilidades sociales.

INTERVENCIÓN REALIZADA HASTA EL MOMENTO ACTUAL

Procedimiento

La intervención fue llevada a cabo en una consulta privada, en (20) sesiones de aproximadamente unos 50 minutos de duración, con una frecuencia de 1 sesión semanal durante 20 semanas. Durante las primeras sesiones se elaboró la historia clínica completa, el análisis diacrónico y sincrónico, durante este también se manejó la relación terapeuta-paciente que duró cerca de dos meses, debido a dificultades para ganar la confianza del paciente y así lograr una mejor relación.

Para este proceso se formula un objetivo general que está centrado en:

- Modificar su forma de interacción desarrollando patrones de conducta más efectivos que le permitan una mejor socialización, para que capte las respuestas inadecuadas y así pueda entender y resolver aspectos importantes de la vida cotidiana.

A su vez se llevaron a cabo algunos objetivos específicos:

- Mantener una sólida relación terapéutica que nos permita ahondar más en los problemas que presenta Manuel.
- Reducir el aislamiento social, cultivar la adecuación de las habilidades sociales.
- Lograr que el consultante confié en sí mismo y en la propia capacidad para influir sobre los hechos.
- Tener estabilidad emocional. Ser capaz de decir sí o no. Saber amar y hacerse amar.
- Comprometer a Manuel, con un pacto terapéutico- consultante, de las laceraciones mientras se está en el tratamiento psicológico.

En la sexta sesión se logró establecer que el consultante cumplía la mayoría de los criterios del DM IV para el trastorno esquizotípico de la personalidad. Con la Terapia Analítica Funcional resulta prometedora para atender este tipo de trastorno. En este, el paciente generalmente mantenía conductas de distanciamiento y aislamiento social con la gente, el pobre repertorio de las habilidades sociales, las alteraciones en los patrones de pensamiento, su apariencia física y comportamiento en particular, pues es lo que subyace a este trastorno de personalidad es, siempre, el desamor, el miedo, la culpa y la rabia, por ello, son muy difíciles de desenmascarar. Lo que dificulta, además la propia desconfianza de Manuel, frente al terapeuta y por supuesto, su miedo a dejar de ser él mismo.

Desde ese momento se establece como objetivo del tratamiento hacerle frente al principal patrón comportamental como es el escaso repertorio en habilidades sociales, ya que siempre evita cualquier comunicación con alguien, y prefiere evadir la conversación ya

que la ansiedad asocial experimentada por él están relacionadas con el aislamiento social en la cual ha permanecido casi todo el tiempo.

En las sesiones posteriores se estableció que era necesario utilizar técnicas centradas en una comunicación, técnicas de conversación, planificación de las actividades sociales y la estrategia para hacer amigos, entrenamiento en habilidades sociales, que nos ofrece Leewinsohn, (1993), para que en la sesión terapéutica funcione como un puente en el que se moldeen las conductas y habilidades sociales efectivas, se regulen las emociones y el autocontrol sobre los pensamientos automáticos.

Dentro de las pruebas aplicadas a Manuel se encuentra la E.H.S Elena G, (2002). Se aplica este instrumento con el propósito de describir brevemente las principales conductas asertivas o socialmente en cada área de la vida de Manuel, en donde se le explicó detalladamente la prueba; consta de 33 ítems, 28 de los cuales están redactados en el sentido de falta de aserción o déficit de habilidades sociales y 5 de ellos en el sentido positivo: I. Auto expresión en situaciones sociales, se le dificulta expresarse de forma espontánea en distintos tipos de situaciones sociales: reuniones sociales, tiendas, lugares públicos etc. II. Defensa de los propios derechos como consumidor, refleja bajas expresión de las conductas asertivas frente a desconocidos en situaciones de consumo como: pedir descuentos, devolver un objeto defectuoso. III. Expresión de enfado o disconformidad, evita conflictos o confrontaciones con otras personas, prefiere callarse por evitar problemas con los demás. IV. Decir no y contar interacciones, se le dificulta decir NO a otras personas y contar las interacciones. V. Hacer peticiones, se le dificulta el manejo de las peticiones a otras personas de algo que desean (pedir un favor). VI. Iniciar interacciones positivas, no tiene la facilidad para iniciar una interacción con el sexo opuesto, pedir una cita, y poderlo hacer espontáneamente.

Los escritos (escribir poemas), esta permitió entablar una comunicación ha sido una técnica fundamental para la intervención psicológica, no solo ha brindado la posibilidad de dirigir la terapia encontrando una forma de comunicarnos, relacionarnos y así, se le ha

brindado la posibilidad de afianzar la seguridad y el actuar en función de clarificar sus valores.

Por otro lado en cada una de las intervenciones el objetivo principal ha estado encaminado a la desaparición, o cuanto menos a la disminución, de todas aquellas conductas problema del consultante (auto laceraciones, pobre repertorio de las habilidades sociales, pensamientos recurrentes de muerte, conductas de ansiedad asocial), que imposibiliten un adecuado funcionamiento en su medio ambiente familiar, social, laboral y académico.

Dentro de la actividad a realizar por Manuel debe tener en cuenta la manifestación de las conductas en situaciones interpersonales. Es necesario, por tanto, que describa en qué consiste la situación, contexto, qué personas intervienen. Conductas que se realizan de un modo adecuado a la situación. Necesidad de describir cuál es la manifestación adecuada de esa conducta de forma objetiva. Conductas verbales y no verbales (mirada, expresión de la cara, tono de voz, expresión corporal), conductas molares y moleculares.

- Normalmente resuelve los problemas. La conducta habilidosa se entiende en términos de su posibilidad de llevar hacia la consecución de objetivos, de consecuencias positivas y que Manuel desarrolle una conducta habilidosa para conseguir el objeto deseado (la chica que le gusta).
- Un objetivo material determinado (cambiar mercancía defectuosa, o ir al mercado). "Efectividad de los objetivos". Conseguir que Manuel logre devolver algún objeto cuando le salga defectuoso empezando por dar una explicación del evento en particular.
- Mantener o mejorar la relación con la otra persona en la interacción. "Efectividad en la relación". Lograr que Manuel tenga una interacción más sólida con la niña que le gusta.

- Mantener la autoestima de la persona socialmente habilidosa. "Efectividad en el respeto a uno mismo". Buscar en Manuel un reconocimiento de su afecto personal para que de esa manera se aprenda a querer y aceptar como es él.

Las técnicas de modificación del comportamiento, estarían basadas en reforzar las habilidades sociales, para así aumentar su interacción y poderle enseñar sobre cómo llevar a cabo relaciones interpersonales. Se pudo utilizar la imitación role-play, el juego se basó en la interpretación, el diálogo, la imaginación, la exposición en vivo. Para ayudar a Manuel, a suscitar las situaciones que contenían una carga emocional, para poder trabajar en las creencias disfuncionales nucleares asociadas. También se logró entrenarlo en actitudes nuevas, para superar la inhibición que presenta y mejorar los niveles de asertividad, de empatía, creatividad entre otros. Beck, Freeman, (1990).

Dado el aislamiento en que vive el consultante, se considera importante que él realice actividades que le generen gratificación y así crear su círculo de amigos, como por ejemplo, saliendo con otros compañeros los fines de semana, por lo que se incluyó en el grupo recreativo de la universidad, aunque lo ve con escepticismo. Sin embargo, su asistencia a este evento ha sido permanente con dificultades normales para participar, notando cierta timidez y ansiedad, pero reconociendo la necesidad de hacerlas. Manuel actualmente se muestra de acuerdo en acudir al grupo, dadas sus dificultades de comunicación y su reticencia a hablar.

En todo el proceso terapéutico se trabajaron las habilidades interpersonales a través del modelado, ensayo de conducta y desempeño de papeles, se plantearon ejercicios para casa para consolidar el aprendizaje.

A través de los ejercicios antes mencionados se logró ubicar a Manuel para que implementara en su repertorio herramientas narrativas que ayuden a la solución de problemas por medio del manejo adecuado de una buena comunicación. Técnica utilizada entrenamiento en habilidades (comunicación).

Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) Estudio de Caso.

Se le asignó como tarea practicar en casa las 5 reglas para una buena comunicación (Saludar, Escuchar, preguntar, buscar señales, promover la comunicación bidireccional).

Por otra parte, se le enseñó a manejar la “presión” y las “contradicciones” (pedir y dejar hacer) por medio de ensayos de conducta, el “peso del pasado” (autoimagen deteriorada como el raro o inútil de la casa) por medio de reestructuración cognitiva, la falta de comunicación (principalmente con su familia de origen) a través de tareas específicas relacionadas con el entrenamiento de habilidades sociales y realización de tareas programadas, se le insistió a jugar e implicarse con los primos como fuente de experiencia emocional. Con este esquema se pretendió reducir el miedo y la tendencia al aislamiento. (Dowd1993).

La relación terapéutica mejoró mucho y durante la evaluación se alcanzó un acercamiento, aunque se llevan pocos meses de trabajo con este caso, los cambios observados son mínimos. El mayor problema que se nos plantea es saber si los comportamientos y actitudes que presenta el consultante son debidos a una gran dificultad de comprensión, o si son una expresión del trastorno de personalidad que presenta.

RESULTADOS.

Hasta el mes de Junio de 2014, se desarrollaron con el paciente 20 sesiones, distribuidas en los meses de, marzo, abril, mayo, junio julio y parte del mes de agosto. Es importante tener en cuenta que el tratamiento podría tardar unos meses más, si se tiene presente la estructura psicológica y los patrones característicos de personalidad del consultante. En el mes de Julio del presente año se realizó seguimiento al caso, donde el consultante fue citado nuevamente al consultorio y se indago sobre sus mejorías, reportando que su vida ha tenido un cambio positivo, que ha asistido normalmente a la Universidad y que se ha integrado con sus amigos sin dificultad, sin embargo, se arriesga a relacionarse con los otros y que poco a poco va pasando el malestar, igualmente refiere que su relación con su papá ha mejorado, que han tenido momentos para compartir.

En este aspecto la intervención está resultando exitosa, dado que se ha logrado situar a Manuel, en contacto con experiencias vitales, en actividades que anteriormente evitaba (estudiar con sus compañeros de clase, salir con ellos, tener una relación afectiva, socializar con la gente etc.). A este nivel, se ha podido establecer el control de los eventos privados.

Los cambios se observaron en posteriores sesiones Manuel, logró mejorar la expresión verbal manejando el diálogo más abierto y reflexivo, adquiriendo la capacidad de mirar a la cara y no sentir temor, ni experimentar síntomas ansiosos.

Es importante mencionar que el uso del ejercicio de juego de roles, ya que sirvió para que Manuel percibiera el funcionamiento de su conducta, para posteriormente ser abordados por él en busca de cambios y progresos importantes.

La técnica de entrenamiento en habilidades sociales que inicialmente fue manejada en dos sesiones, generó un impacto positivo en el consultante, con la que se pretendió entrenarlo en cosas sencillas como saludar, expresar cortesía y amabilidad, en este caso se utilizó el saludo entre terapeuta- consultante, como primer paso para entablar una

conversación formal, la cual se caracterizó por una actitud positiva y de reconocimiento hacia las personas para iniciar su interacción verbal. En una de las sesiones el consultante logró expresar que él quería ser como las demás personas, poder llegar a un sitio, saludar sin ningún temor, entablar una conversación amena con la gente y sin pensar que iba a ser rechazado o puesto en ridículo.

Por otro lado, aún es pronto para hablar de resultados finales, o de la remisión total de los síntomas, puesto que el paciente aún no ha sido dado de alta, toda vez que va a ser remitido a la profesional que llegue a la Clínica de Pamplona para que continúen con el tratamiento hasta alcanzar la recuperación total del consultante. Sin embargo hubo avances significativos cumpliéndose algunos de los objetivos terapéuticos, siendo el más significativo el de lograr que Manuel se integrará socialmente en grupo.

Por otra parte Yalom, (1984), expresa que el requisito para poder ayudar a un paciente es que este acuda a consulta, aspecto que ayudo en la recuperación de Manuel a lo largo del tratamiento, toda vez que se destacó por ser una persona puntual para llegar a las sesiones y no dejó de cumplir con las actividades programadas para la casa, evidenciándose cada vez más interés por mejorar su calidad de vida y sus relaciones consigo mismo, con su familia y con las personas, especialmente sus compañeros de clase.

El principal punto de vista de la terapia de FAP respecto al análisis de la conducta cuya principal aportación fue considerar la relación terapéutica como el centro del proceso terapéutico (Kohlenberg y Tsai, 1991).

Por otra parte valora enormemente las oportunidades de aprendizaje en vivo es decir, la aparición real de los problemas del consultante, y la dificultad en su interacción con el terapeuta. Este mejora enormemente cuando se realiza en vivo, mediante un ejemplo, el cambio de roles que se realizó con Manuel para poder mejorar la relación terapéutica.

Desde esta terapia FAP, un elemento importante para considerar a la hora de su aplicación es el de mejorar las conductas clínicamente relevantes, las cuales conforman apariciones en tiempo real durante la consulta y las problemáticas de las mismas, Este

proceso se lleva a cabo esencialmente por medio del reforzamiento y la conducta verbal durante las sesiones.

La dificultad en habilidades sociales que caracterizada a Manuel, fueron por patrones de conducta específicos (detallados en dicho apartado), alteraron notablemente sus interacciones sociales a nivel familiar, social y afectivo, provocando así altos niveles de ansiedad social, con predominancia en el aislamiento, en los pensamientos recurrentes de muerte y un amigo imaginario . Estos resultados analizados, señalarían que dicha dificultad en las habilidades sociales del consultante pudieron ser un desencadenante o precipitante de la conducta ansiosa, bajo repertorio en habilidades sociales, según lo encontrado en las CCR3 durante las sesiones.

Finalmente, lo que se ha planteado sobre Psicoterapia Analítica Funcional hasta el momento puede ser reunido en los siguientes aspectos: la relación terapéutica consultante-terapeuta intensa y significativa, en donde se permitió mejorar la conducta del consultante moldeada por las contingencias del mismo, mejorar sus relaciones interpersonales y procesos verbales, evitar el aislamiento del entorno social, aumentar la cantidad de amigos, aceptar y prevenir recaídas entre otros.

COMENTARIOS

Realizar la Especialización en Psicología Clínica y poner en práctica todos los conocimientos adquiridos durante el proceso de formación académica recibida de parte de la universidad, me ha ofrecido gran satisfacción, por cuanto que es a través de este proceso de formación que se aprende en la realidad a abordar un caso desde la elaboración de una historia clínica, realizar una impresión diagnóstica basada en el DSM IV, el planteamiento de los objetivos terapéuticos, realizar una intervención terapéutica y realizar seguimiento a los casos atendidos, procurando al máximo la remisión de los síntomas de los consultantes que acuden a nuestra ayuda, esta formación académica me proporcionó herramientas y argumentos científicos para el buen ejercicio de la profesión de psicología.

Después de hacer un análisis cuidadoso de su repertorio conductual, se pudo establecer que sus estados emocionales demarcaban la ansiedad social que mantenía la mayor parte del tiempo, lo que le ocasionaba una cierta frustración e inconsistencia en su sintomatología.

Se observó un patrón comportamental dirigido a crear llamados de atención con las marcas en sus manos (laceraciones), cada vez que experimentaba malestar, o inconformidad en sus relaciones interpersonales. De este modo, fue necesario evaluar el proceso llevado hasta el momento para establecer claramente que estaba relacionado con particularidades de un trastorno esquizotípico de la personalidad.

Para concluir podemos decir que con la terapia continua dirigida al fortalecimiento en las habilidades sociales de Manuel, desde FAP se ha logrado orientar al consultante en la construcción de una vida más plena orientada en valores y actitudes que le permitan mejorar su calidad de vida

REFERENCIAS

Altamirano, R; (2002) *Curso Virtual Interdisciplinario a Distancia salud Mental, Psicología y Psicopatología del Niño, el Adolescente y su Familia.* Hospital Borda San Luís de la Ciudad de Bragado.

Arroyo, S. M. (1999): «*Intervención en autoestima en psicología*». En J. Lozano Oyóla y M. Gómez T. (Eds). *Avances en salud mental Infanto-juvenil, Sevilla: Universidad de Sevilla, 211-232.*

Brander, N. (1997): *El poder de la autoestima. Cómo potenciar este importante recurso psicológico.* Barcelona: Paidós.

Cárdenas, E; Feria, M, Palacios L: y Peña, F; (2010) *Guía Clínica para los Trastornos de Ansiedad en Niños y Adolescentes, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.* México, Editores: Shoshana Berenzon.

Caballo, V; (1988). *Manual para el Tratamiento Cognitivo Conductual de los Trastornos Psicológicos* Vol. 2. Ediciones siglo XXI de España editores, s.a. Madrid España.

CLARK, A., CLEMES, H. y BEAN, R. (2000): *Cómo desarrollar la autoestima en los adolescentes.* Madrid: Debate.

Dilts, R, Hallbom: y Smith, S (1996) *Las Creencias. Caminos hacia la salud y el bienestar,* Ed. Urano. (Cap. 1).

Domínguez, M: y Elvia, P; (1998) *Psicología educación y comunidad.* Editorial Almudena. Madrid España.

Domínguez, L: y Fernández, L; (1999). *Individuo, Sociedad y Personalidad .Revista Cubana de Psicología,* 16,1, 48-52.

Fernández, J; “Alexitimia: Concepto, *Evaluación y Tratamiento*” Psicothema.6

Ferro, R: y Valero, A: y López B; (2009). *La Conceptualización de Casos Clínicos desde la Psicoterapia Analítica Funcional*. Papeles del Psicólogo.

Fernández, A: y Ferro, García, R; (2006). *La Psicoterapia Analítico-Funcional: una aproximación contextual funcional al tratamiento psicológico*.

García, R: y Aguayo, B; *La conceptualización de casos clínicos desde la Psicoterapia Analítica Funcional*, CEDI, Granada. Universidad de Málaga,

Henry E: y Bernardo P: y Brisset, CH; (1992). *Tratado de Psiquiatría*, Anexo: Nota sobre el suicidio, pp 935. Masson, S.A. ISBN 84-311-0165-2.

Irma, G: y Isabel, S: y Sergio V; (2005). *Trastornos de la personalidad relacionados con el abuso de sustancias*. Obtenido el 15 de julio de 2013, de Revista Digital Universitaria, Universidad Autónoma de México (UNAM).

Kaplan H: y Sadock B: y Grebb J; (1994). *Simposio de Psicología*. 7a. Ed. USA.

Lega, I: y Caballo, E: y Ellis, A; (1997) *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual*. Ediciones siglo XXI de España editores, s.a. Madrid España.

López, I: y Valdés, M; (2002). DSM-IV-TR. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Texto revisado. Barcelona: Masson.

Luciano, C: y Becerra, S; (2006) *Consideraciones acerca del desarrollo de la personalidad desde un marco funcional-contextual*1. Universidad de Almería, España.

Luciano, C; (2006). *Avances desde la terapia de aceptación y compromiso* Universidad de Almería. Universidad Granada

MARTÍN, F; (2006). *Cambios sociales y Trastornos de la Personalidad Posmoderna*. Papeles del Psicólogo.

Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) Estudio de Caso.

Martín, F; (2006). *Cambios sociales y Trastornos de la Personalidad Posmoderna*. Papeles del Psicólogo.

Michelson, B y Caballo, V (2002), *Manual de Evaluación y Entrenamiento en Habilidades Sociales*. Madrid, Edit. Siglo veintiuno.

Miguel, A; (1998). *Manual de Terapia de Conducta*, Volumen 1, Madrid 1998. Pg 36.

Millon, T; (1998). *La personalidad y sus trastornos*. Barcelona: Martínez Roca.

Morris, G; (1997). *Psicología*. (3ra Ed.) México: Prentice Hall.

Morrinson, J; (2008), *DSM-IV Guía para el diagnóstico clínico, Manual Moderno*. (Colombia).509-515.

Navarro, M: y Sánchez, R: y Villaseñor B: (2005). *Los trastornos de la personalidad y los trastornos relacionados con el abuso de sustancias*: Revista Digital Universitaria. Volumen 6 Número 11 • ISSN: 1067-6079

Núñez, A: y Tobón, S; (2005) *Terapia Cognitivo Conductual. El Modelo Procesual de la Salud Mental como Camino para la Integración y la Clínica*. Editorial Universidad Manizales. Colombia.

Robert, J: y Mavis, T; (2007) *La Psicoterapia Analítico-Funcional: Creación de Relaciones Terapéuticas intensas y curativas*. Spicum.

Robbins, S; (2004), *Comportamiento Organizacional*. 10a ed. México: Prentice Hall.

Rosique, E; (2010). *Clínica de Psicología*. Inscrita en el Registro de Recursos Sanitarios Regionales de la Región de Murcia (RES).

Sánchez, S; (2003). *Necesidades Físicas y Psicosociales de Colectivos*. Ed. Voluntad.

Pérez, M; (1996). *La Psicoterapia desde el punto de vista conductista*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Taylor, M: y Cartwright, B: y Carlson, S. (1997). *A developmental investigation of children's imaginary companions*. *Developmental Psychology*, pag, 47.

Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) Estudio de Caso.

Kohlenberg, R: y Tsai, M; (2001). *Hablo, luego existo: Una aproximación conductual para entender los problemas del yo*. Escritos de Psicología.

Kohlenberg, R: y Tsai, M; (2007). *FAP: Psicoterapia Analítica Funcional, creación de relaciones terapéuticas intensas y curativas*. Universidad de Málaga, Ed. Imagraf Impresores S.A.

Ruiz, D: y Becerra, I;(2005). *Patrones de personalidad disfuncionales en niños y adolescentes: una revisión funcional* Universidad de Almería, España.

Vallejo, R; (1976). *Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría*. Ed. Elsevier.

ANEXO 1. Entrevista con al Gerente Clínica Pamplona.

Esta entrevista se realizó el día 26 de Marzo de 2009 a la gerente de la Clínica Pamplona del municipio de Pamplona, por Martha Doris Corzo R, practicante de éste centro de atención, con el propósito de que se logaran identificar las necesidades que presenta la institución en materia de atención.

Buenos días.

Dra. Ana Gelvez.

Es de interés poder realizar la práctica clínica de la Especialización en Psicóloga clínica, en esta institución tan reconocida por los Norte Santandereanos como es la Clínica Pamplona?

¿Cuál es el trabajo que realiza el área de atención Psicología?

¿En dónde se encuentra la mayor acción de la Clínica Pamplona?

¿Ha quienes están dirigidos estos procesos?

¿Cuál es la relevancia de una clínica como esta?

¿Cuál es el impacto que ha tenido la Clínica Pamplona hasta el momento en la parte de psicología clínica?

¿Cuáles consideras que son las fortalezas y debilidades que tiene la Clínica Pamplona en el área de la psicología clínica?

¿Cuál es el trabajo de los practicantes al interior de la institución?

ANEXO 2. Consentimiento Informado

Yo, _____ identificada (o) con cédula de ciudadanía _____ de _____ manifiesto haber recibido toda la información necesaria de forma confidencial, clara, comprensible y satisfactoria sobre la naturaleza y propósito de los objetivos, procedimientos y temporalidad que se seguirán a lo largo del proceso a seguir, aplicándose los artículos referidos a las normas de confidencialidad establecidas en el Código Deontológico de Psicología.

A su vez y para un mejor resultado de la evaluación/tratamiento psicológico, el/la psicólogo/a guardará confidencialidad de los datos obtenidos del consultante, salvo en el caso de existir un riesgo para su salud o la de terceros.

Por otra parte, para efectos de la evaluación del trabajo realizado por el profesional, fui informado que algunas de las sesiones serán grabadas en audio, cuya información sólo será revisada por el supervisor y se protegerá mi derecho al anonimato. Una vez concluya el proceso, la grabación será eliminada.

Mediante mi firma doy el consentimiento para llevar a cabo mi participación y de ser necesaria la de mi familia en el proceso terapéutico a iniciar.

Firma del Consultante
c.c

Fecha

Firma de

ANEXO 3. Escala de Habilidades Sociales.

Nº 268

EHS
E J E M P L A R

INSTRUCCIONES


Al dorso aparecen frases que describen diversas situaciones; se trata de que las lea muy atentamente y responda en que medida se identifica con cada una de ellas o no; si le describen bien o no. No hay respuestas correctas ni incorrectas, lo importante es que responda con la máxima sinceridad.

Para responder utilice la siguiente clave:

| | |
|----------|---|
| A | No me identifico en absoluto; la mayoría de las veces no me ocurre o no lo haría. |
| B | Más bien no tiene que ver conmigo, aunque alguna vez me ocurra. |
| C | Me describe aproximadamente, aunque no siempre actúe o me sienta así. |
| D | Muy de acuerdo y me sentiría o actuaría así en la mayoría de los casos. |

Rodee la letra correspondiente a la opción elegida a la derecha, en la misma línea donde está la frase que está contestando.

**ESPERE. NO DÉ LA VUELTA A ESTE IMPRESO
HASTA QUE SE LE INDIQUE**

 Autor: Elena Gómez González
Copyright © 2008 by TFA Ediciones, S.A. - Todos los derechos reservados. - Prohibida la reproducción íntegra o parcial.
Edita: TFA Ediciones, S.A. Madrid - Este cuestionario está registrado en COS TINTAS o le proyectan otro en esta lengua es una reproducción ilegítima. - In beneficio de la profesión y no el suyo propio. NO LA UTILICE - Hecho en Spain. Impreso en España.

| | | | | |
|------------|---------------------------|---------------|-------------|--------------|
| EHS | Nombre y apellidos: _____ | Sexo: _____ | Edad: _____ | Fecha: _____ |
| | Código: _____ | Nombre: _____ | | |

Completar las respuestas marcando la letra de la respuesta que mejor se ajuste a su modo de ser o al que usted considera que mejor le representa en la medida de lo posible.

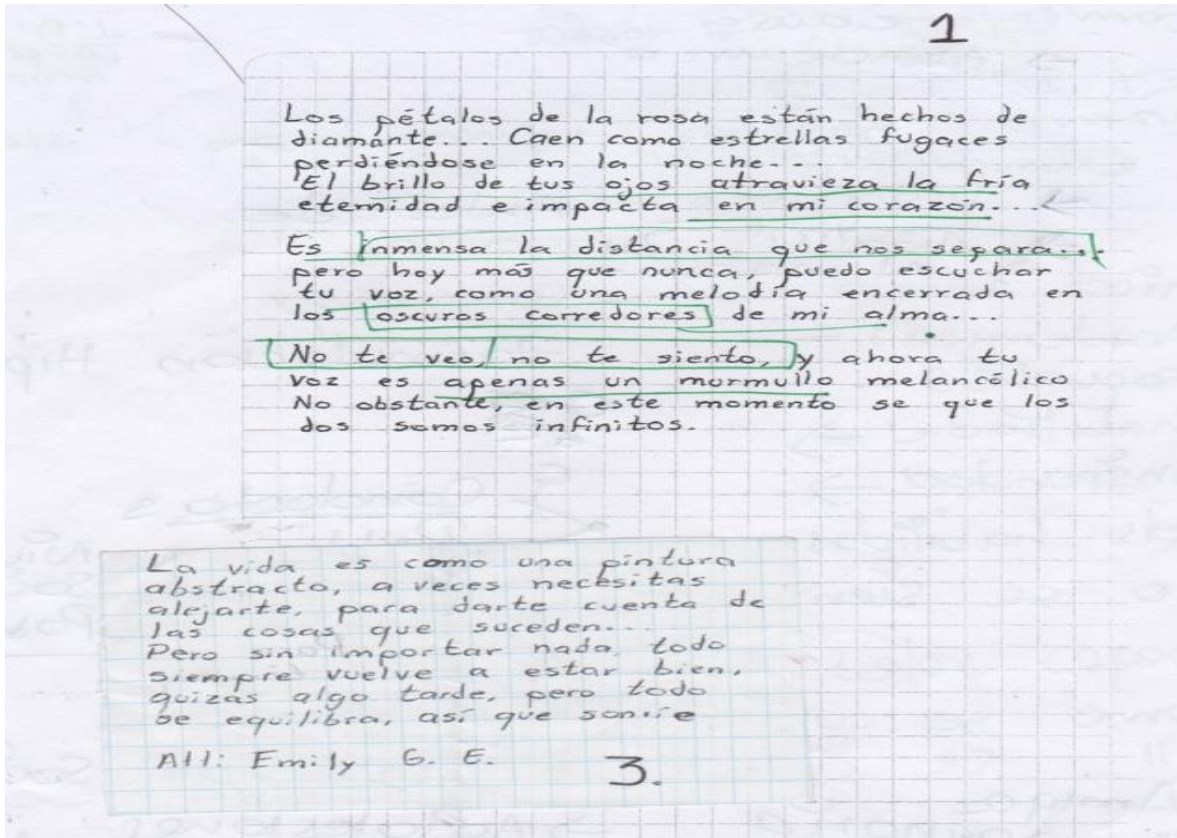
A No me identifico en absoluto; la mayoría de las veces no me parece o no lo hago.
B Más bien no como que ver conmigo, aunque algunas veces me ocurre.
C Me describe aproximadamente, aunque no siempre actúo o me siento así.
D Muy de acuerdo y me sentiría o actuaría así en la mayoría de los casos.

1. A veces echo hazas propiamente por miedo a parecer estúpido. A B C D
2. Me cuesta beneficiarme o traquetar, etc. A B C D
3. Si al llegar a mi casa encuentro un defecto en algo que he comprado, voy a la tienda a devolverlo. A B C D
4. Cuando en una tienda encuentro a alguien que entro después que yo, me callo. A B C D
5. Si un vendedor me pide un ensamble un producto que no deseo un absoluto, peso un mal rato para decirle no. A B C D
6. A veces me resulta difícil pedir que me devuelvan algo que dejó ensado. A B C D
7. Si en un restaurante te me tratan a comida como lo habia pedido, ferozal camorreo y gado que me lo hagan de nuevo. A B C D
8. A veces no sé qué decir a personas atractivas del sexo opuesto. A B C D
9. Muchas veces cuando tengo que hacer un trabajo, no sé qué decir. A B C D
10. Tiendo a guardar mis opiniones para mí mismo. A B C D
11. A veces voy a reuniones o reuniones sociales por miedo a hacer o decir alguna tontería. A B C D
12. Si estoy en el cine y alguien me molesta con su conversación, me da mucho gusto pedirle que se callo. A B C D
13. Cuando alguien me expresa una opinión con la que estoy muy en desacuerdo, prefiero callarme a mantenerle aborrazando lo que yo pienso. A B C D
14. Cuando tengo mucha prisa y me llama una amiga por teléfono, me cuesta mucho contestar. A B C D
15. Hay determinadas cosas que me disgusta pensar, pero si me las dicen, lo sé cómo negarme. A B C D
16. Si salgo de una fiesta y me doy cuenta de que me han dado mal la vuelta, regreso allí a pedir el cambio correcto. A B C D
17. No me resulta fácil hacer un cumplido a alguien que me gusta. A B C D
18. Si voy en una fiesta a unpararme a alguien del sexo opuesto, como la iniciativa y me siento a entablar conversación con ella. A B C D
19. Me cuesta expresar mis sentimientos a los demás. A B C D
20. Si tuviera que buscar trabajo, preferiría escribir cartas a tener que pasar por entrevistas personales. A B C D
21. Soy incapaz de negarme o pedir disculpas al cometer algo. A B C D
22. Cuando un familiar escucha mis molestias, me llevo a ocultar mis sentimientos antes que expresar mi ensado. A B C D
23. Nunca se como contar a un amigo que hablo mucho. A B C D
24. Cuando decido que me interesa volver a salir con una persona, me cuesta mucho comunicarle mi decisión. A B C D
25. Si un amigo al que he pasado una cantidad de dinero me pide prestado, se lo recuerdo. A B C D
26. Me suele costar mucho pedir a un amigo que me haga un favor. A B C D
27. Soy incapaz de pedir a alguien una cita. A B C D
28. Me siento turbado o violento cuando alguien del sexo opuesto me dice que le gusta algo de mí físico. A B C D
29. Me cuesta expresar mi opinión en grupos de trabajo, en reuniones, etc. A B C D
30. Cuando alguien se me queja en una cita, luego como si no me diera cuenta. A B C D
31. Me cuesta mucho expresar alegría o entusiasmo o entusiasmo hacia el otro pero aunque tengo motivos justificables. A B C D
32. Muchas veces prefiero callar, callarme o equivocarme de un modo para evitar problemas con otras personas. A B C D
33. Hay veces que no sé negarme a salir con alguien que no me apetece pero que me llama varias veces. A B C D

COMPRUEBE QUE HA DADO UNA CONTESTACIÓN A CADA UNA DE LAS FRASES

Autor: Elena Garrido González.
 Copyright © 2008 by TEA Ediciones, S.A. - Todos los derechos reservados. Prohibida la reproducción total o parcial.
 Edita: TEA Ediciones, S.A. (Madrid) - Gran Vía 55, 28013 Madrid - España. Impreso en España.

ANEXO 5. Escritos (Poemas).



Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) Estudio de Caso.

Notas del día • Notes of the day

2.

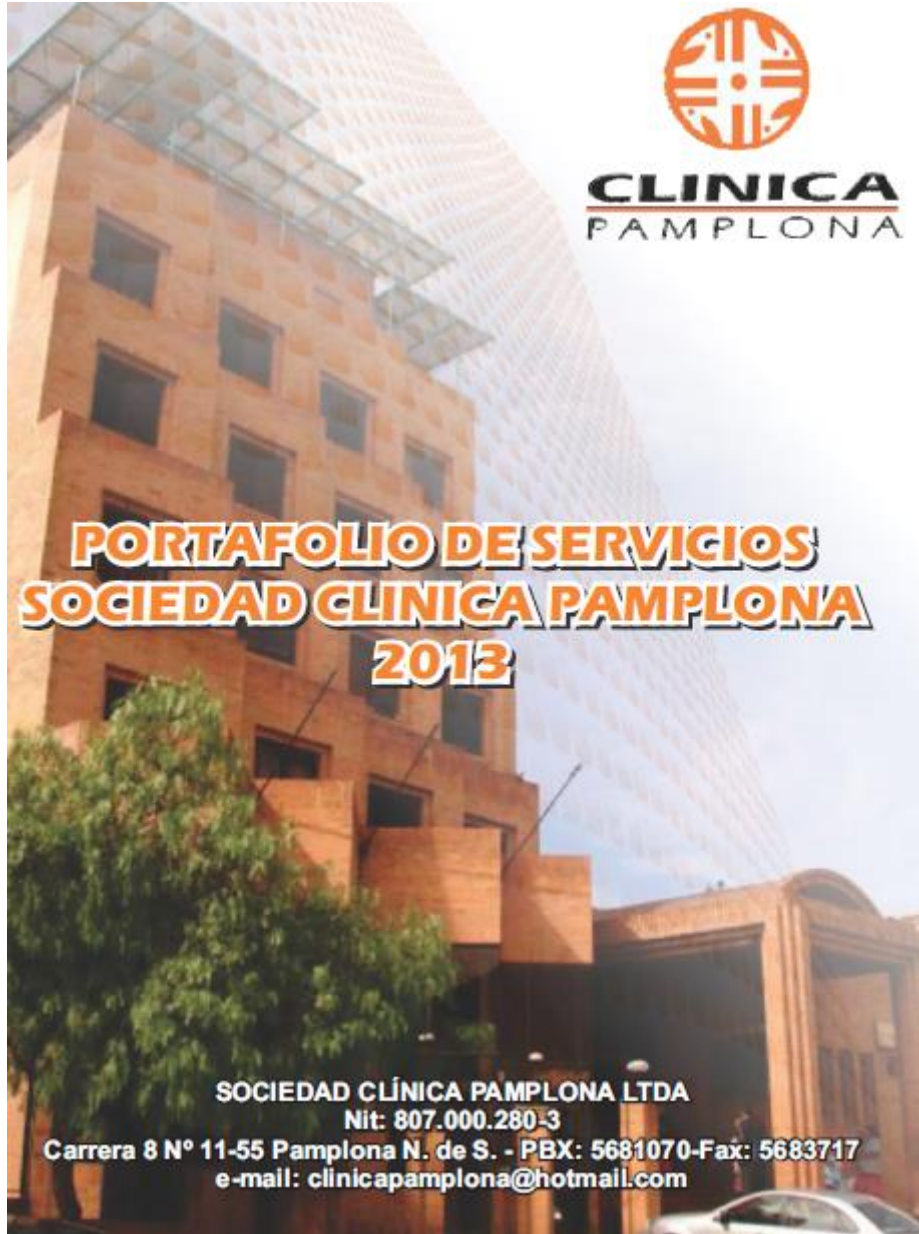
Tengo el corazón dividido
ha sido atravesado por una carta en la que solo se lee tu nombre
No quiero llorar, no quiero reír, no quiero pensar en lo que
vendrá después...
Podría morir hoy mismo y no me importaría, siempre y cuando
en mi alma siga escrito tu amor.
Te amo, te quiero, te pienso, te necesito, te añoro, te anhelo
y te extraño.
Y aunque pierda toda mi vida a manos de la incertidumbre
por tus sentimientos...
Seguirá dividido mi corazón,
Sensado por ese trozo de papel en el que se lee: Michel

Desafiare a la locura en un combate...
Y si salgo victorioso, la convenceré de amarte conmigo.
Si logro liberarme de las máscaras y la hipocresía,
encontraré a la honestidad y le diré que se funda en mi
corazón...
Si consigo hablar con toda mi alma, hallaré los medios
necesarios para persuadirla de quererte...
Y si llega a existir una razón para no amarte, le
daré muerte, para que deje de contaminar mi mundo
porque la verdad duele, pero ha de ser dicha.

Te amo con locura, honestamente y con toda mi alma.

Diciembre

ANEXO 6. Portafolio de Servicios de la Clínica Pamplona.



FILOSOFÍA INSTITUCIONAL

MISIÓN

"Somos una empresa creada para satisfacer las necesidades de salud con calidad de todos los habitantes de la ciudad de Pamplona y periferia, y todo aquel que demande nuestra atención, mediante la utilización de los mejores recursos médicos y tecnológicos, que nos permita promover el bienestar de todos nuestros clientes.
Nuestro Servicio se fundamenta en la competitividad, la excelencia, la labor en equipo, la humanización y dignificación de la empresa; para lo cual nos orientamos hacia el mejoramiento continuo de todos nuestros colaboradores."

VISIÓN

En el 2015 seremos una institución altamente competitiva y la primera prestadora de servicios en el Sector Salud en el Municipio de Pamplona Norte de Santander, reconocida a nivel nacional por estar debidamente certificada con los mayores estándares de calidad y con un profundo compromiso social en la región.

QUIENES SOMOS

La Sociedad Clínica Pamplona es una Institución Prestadora de Servicios de Salud de I y II Nivel de Complejidad que asume la "Cultura de la Calidad" como su gran reto, con los ciudadanos de Pamplona y regiones aledañas.

Nuestros Servicios incluyen Urgencias, Tratamientos Médicos y Quirúrgicos, Hospitalización y Procesos de Rehabilitación, Apoyo Diagnóstico, Terapéutico y Servicios Ambulatorios, apoyados por los mejores profesionales en Salud y la mejor tecnología, encaminados siempre a mejorar la calidad de salud de nuestros usuarios.

ESTRUCTURA LEGAL

| | |
|----------------------|---------------------------------|
| Razón Social: | Sociedad Clínica Pamplona Ltda. |
| Representante legal: | Ariel de Jesús Freyte |
| Dirección: | Carrera 8 N° 11-55 |
| Teléfonos: | 5681070, 5681060, 5681010 |
| Teléfono: | PBX (7) 5681070 |