



ANÁLISIS FUNCIONAL

de la Conducta

Modelo teórico, aplicación clínica y protocolo de evaluación

Una guía práctica para la evaluación conductual en consulta

✓ Basado en evidencia

✓ Aplicación clínica

✓ Protocolo incluido

Jonathan García-Allen

Psicólogo · emprendepsicologo.com

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Intro	Qué es el Análisis Funcional de la Conducta	3
Capítulo 1	Fundamentos teóricos y marco conceptual	4
Capítulo 2	El modelo ABC: Antecedente, Conducta y Consecuente	6
Capítulo 3	Variables organísmicas y el modelo multivariado	8
Capítulo 4	Técnicas de recogida de información	10
Capítulo 5	El proceso de evaluación funcional paso a paso	12
Capítulo 6	Hipótesis funcionales y formulación del caso	14
Capítulo 7	Análisis funcional en trastornos frecuentes en consulta	16
Capítulo 8	Errores comunes en la práctica clínica	18
Anexo	Protocolo de evaluación y plantilla de registro	20
Cierre	Recursos y contacto	22

Qué es el Análisis Funcional de la Conducta

Por qué la evaluación funcional transforma la práctica clínica

El Análisis Funcional de la Conducta (AFC) es el proceso mediante el cual el psicólogo identifica las variables ambientales y organísmicas que controlan el comportamiento de un individuo. No se trata simplemente de observar qué hace el paciente, sino de comprender por qué lo hace, qué lo desencadena y qué consecuencias lo mantienen en el tiempo.

A diferencia de los modelos diagnósticos categoriales (como el DSM o la CIE), el AFC no busca etiquetar: busca explicar. Esta distinción es fundamental, porque un mismo diagnóstico —por ejemplo, trastorno de ansiedad generalizada— puede tener funciones completamente distintas en dos pacientes diferentes, y por tanto requerir intervenciones también distintas.

Modelo categorial (DSM/CIE)	Análisis Funcional de la Conducta
Clasifica síntomas en categorías	Explica la función de cada conducta
Diagnóstico basado en topografía	Evaluación basada en contingencias
Mismo tratamiento por diagnóstico	Intervención individualizada
Estático: etiqueta el problema	Dinámico: analiza el proceso
Énfasis en el qué	Énfasis en el para qué

"El análisis funcional no es una técnica; es una forma de pensar sobre el comportamiento humano."
— Kanfer & Saslow, 1969

Para qué sirve esta guía

Esta guía está dirigida a psicólogos que desean sistematizar su evaluación clínica. Encontrarás el marco teórico, el proceso paso a paso y un protocolo aplicable directamente en consulta desde la primera sesión.

Fundamentos teóricos y marco conceptual

Del conductismo clásico al análisis funcional contemporáneo

El AFC hunde sus raíces en el conductismo de Skinner y en el análisis experimental del comportamiento, pero ha evolucionado enormemente para incorporar variables cognitivas, emocionales y contextuales. El modelo contemporáneo es interaccional y multicomponente.

Conceptos fundamentales

Conducta

Cualquier actividad del organismo susceptible de medición. Incluye conductas motoras, cognitivas (pensamientos) y fisiológicas (respuestas autonómicas).

Función de la conducta

El papel que cumple una conducta en el repertorio del individuo: obtener refuerzo positivo, escapar de un estímulo aversivo, regulación emocional, etc.

Topografía vs. función

Dos conductas con la misma forma (topografía) pueden tener funciones completamente distintas, y viceversa. El AFC prioriza la función sobre la forma.

Contingencia

Relación de dependencia entre la conducta y sus consecuencias. Es el mecanismo central de mantenimiento de cualquier patrón conductual.

Contexto

El conjunto de variables situacionales, históricas y organísmicas que determinan la probabilidad de emisión de una conducta en un momento dado.

Autores de referencia

Autor	Aportación principal	Obra de referencia
B.F. Skinner	Condicionamiento operante y análisis experimental	Science and Human Behavior (1953)
Frederick Kanfer	Modelo S-O-R-K-C y evaluación conductual	Helping People Change (1991)

Victor Meyer	AFC aplicado a la clínica	Behaviour Analysis and Therapy (1970)
Kirk Strosahl	Formulación funcional en ACT	A Practical Guide to ACT (2012)
Steven Hayes	Teoría del Marco Relacional y AFC cognitivo	Relational Frame Theory (2001)

Tipos de análisis funcional

En la práctica clínica se distinguen principalmente dos niveles de análisis que el psicólogo puede combinar según el caso:

Análisis funcional molar

Evalúa patrones conductuales amplios y su relación con el contexto vital del paciente. Útil para comprender el problema en su globalidad y establecer objetivos terapéuticos.

- Identifica los problemas principales y su interrelación
- Permite priorizar qué conductas abordar primero
- Establece la relación entre distintas áreas vitales afectadas
- Base para la formulación del caso clínico

Análisis funcional molecular

Analiza episodios conductuales específicos con detalle, identificando las contingencias exactas que mantienen una conducta concreta.

- Examina antecedentes inmediatos y consecuentes específicos
- Permite diseñar intervenciones precisas y medibles
- Ideal para conductas-problema concretas (rituales, evitaciones, autolesiones)
- Facilita la exposición con prevención de respuesta

Aplicación práctica

En consulta, lo habitual es comenzar con un análisis molar (formulación global del caso) y profundizar con análisis moleculares en las conductas que más interfieren en la vida del paciente o que presentan mayor riesgo.

El modelo ABC: Antecedente, Conducta y Consecuente

La unidad básica del análisis funcional

El modelo ABC es la unidad de análisis fundamental del AFC. Establece que toda conducta ocurre en un contexto (antecedente) y produce consecuencias que determinan su probabilidad de ocurrencia futura. Comprender esta tríada es el primer paso de cualquier evaluación funcional.



Antecedentes: qué desencadena la conducta

Los antecedentes son los estímulos que preceden a la conducta y aumentan o disminuyen su probabilidad de ocurrencia. Se clasifican en:

Tipo de antecedente	Definición	Ejemplo clínico
Estímulo discriminativo (Ed)	Señal que indica disponibilidad de refuerzo	Ver una botella de alcohol para un paciente con TUA
Estímulo delta (EΔ)	Señal que indica ausencia de refuerzo	Presencia del terapeuta que inhibe conducta de purga
Operaciones motivacionales	Variables que alteran el valor del reforzador	Privación de sueño que aumenta irritabilidad
Antecedentes distales	Historia de aprendizaje y experiencias previas	Trauma infantil que sensibiliza al rechazo
Antecedentes internos	Estados emocionales, pensamientos, sensaciones	Pensamiento "soy un fracasado" → aislamiento

La conducta: más allá de lo observable

En el AFC contemporáneo, la conducta no se limita a la conducta motora visible. Se trabaja con el sistema de respuesta triple:

Motor / conductual	Lo que el paciente hace o deja de hacer. Incluye conductas de aproximación, evitación, escape y conductas de seguridad.
---------------------------	---

Cognitivo / verbal	Pensamientos automáticos, creencias, reglas verbales, imágenes mentales y diálogo interno. En el marco de la RFT, incluye las relaciones entre estímulos establecidas por el lenguaje.
Fisiológico / autonómico	Respuestas del sistema nervioso autónomo: taquicardia, sudoración, tensión muscular, hiperventilación. Especialmente relevante en trastornos de ansiedad y somatización.

Consecuentes: qué mantiene la conducta

Los consecuentes son los eventos que siguen a la conducta y modifican su probabilidad futura. Son el mecanismo central del mantenimiento de cualquier patrón conductual problemático.

Tipo de consecuente	Efecto sobre la conducta	Ejemplo
Refuerzo positivo (R+)	Aumenta la probabilidad de la conducta	Atención social tras conducta disruptiva
Refuerzo negativo (R-)	Aumenta la probabilidad eliminando algo aversivo	Evitación reduce la ansiedad → mantiene fobia
Castigo positivo (C+)	Reduce la probabilidad añadiendo algo aversivo	Crítica social reduce conducta asertiva
Castigo negativo (C-)	Reduce la probabilidad eliminando algo positivo	Pérdida de privilegios en contexto familiar
Extinción	Reduce la probabilidad eliminando el reforzador	Ignorar las quejas excesivas de dolor

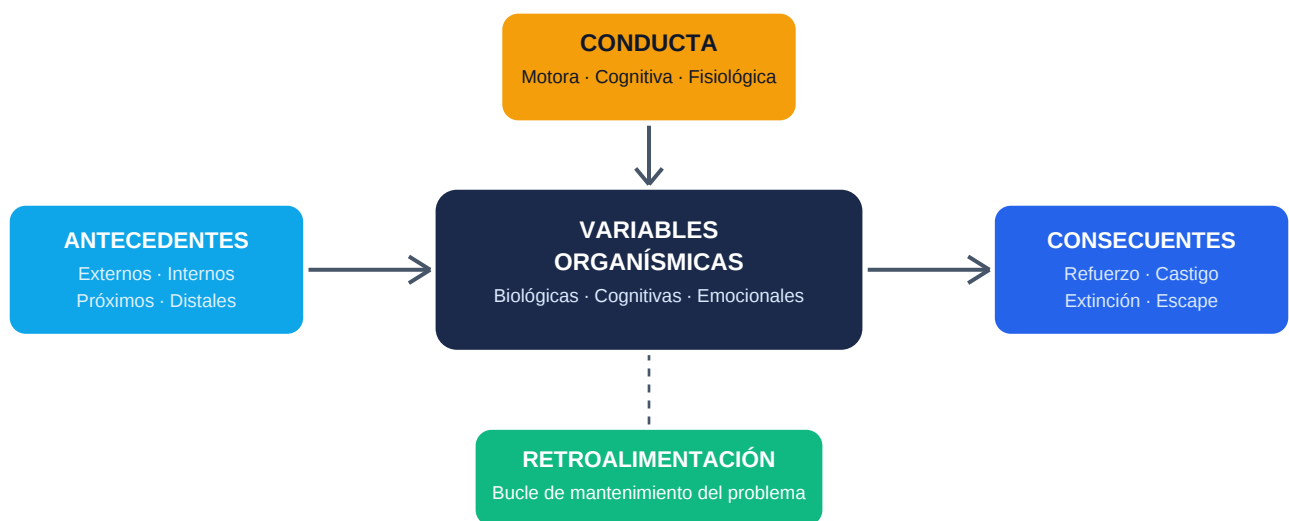
Clave clínica: el refuerzo negativo

El refuerzo negativo es el mecanismo más frecuente de mantenimiento en los trastornos de ansiedad, TOC, depresión y TCA. La conducta problemática se mantiene porque elimina a corto plazo un malestar, aunque a largo plazo empeore el problema. Identificarlo es clave para diseñar la intervención.

Variables organísmicas y el modelo multivariado

El organismo como variable moduladora del análisis

El modelo ABC clásico es necesario pero insuficiente para explicar la complejidad del comportamiento humano. El modelo S-O-R-K-C de Kanfer y Saslow (1969) amplía el análisis incorporando las variables organísmicas (O) que modulan la relación entre los estímulos y las respuestas.



Variables organísmicas relevantes en la evaluación

Biológicas y genéticas

- Historia médica y farmacológica del paciente
- Predisposición genética a determinados trastornos
- Estado de salud general, sueño, alimentación y ejercicio
- Efectos de medicación psicotrópica sobre la conducta

Historia de aprendizaje

- Experiencias de condicionamiento clásico y operante previas
- Patrones de apego y modelos parentales de referencia
- Experiencias traumáticas y su impacto en la sensibilización
- Repertorio de habilidades y déficits aprendidos

Variables cognitivas

- Creencias nucleares y esquemas cognitivos (Beck)

- Reglas verbales rígidas y fusión cognitiva (ACT)
- Sesgos atencionales e interpretativos
- Autoeficacia percibida y locus de control

Variables emocionales

- Regulación emocional y tolerancia al malestar
- Alexitimia y dificultad para identificar emociones
- Reactividad emocional basal del paciente
- Historia de pérdidas, duelos y experiencias de rechazo

Técnicas de recogida de información

Cómo obtener los datos necesarios para el análisis funcional

La calidad del AFC depende directamente de la calidad de la información recogida. El psicólogo dispone de múltiples técnicas complementarias que debe combinar de forma sistemática.

Entrevista conductual

La herramienta principal. Debe ser semiestructurada, orientada a identificar los patrones A-B-C de las conductas problema.

- Entrevista de evaluación conductual (BEI, Meyer 1970)
- Entrevista motivacional para explorar ambivalencia al cambio
- Análisis de episodios específicos: "cuéntame la última vez que..."
- Exploración de la historia de aprendizaje y contexto vital

Autorregistros

Permiten recoger datos en el contexto natural del paciente, reduciendo el sesgo de memoria retrospectiva.

- Registro ABC diario (situación, pensamiento, emoción, conducta, consecuencia)
- Diario de conductas-problema con intensidad, duración y frecuencia
- Registro de situaciones evitadas y jerarquía de evitación
- Monitorización de síntomas fisiológicos (ej: ataques de pánico)

Observación conductual

Directa o análoga, permite observar la conducta en condiciones controladas o naturalistas.

- Observación en sala de espera o sala de juego (infantil)
- Role-play de situaciones problema en consulta
- Análisis funcional análogo (IISCA, Hanley et al.)
- Vídeo-grabaciones con consentimiento del paciente

Cuestionarios y escalas estandarizadas

Complementan la entrevista y permiten cuantificar la gravedad y el impacto funcional.

- BDI-II (Beck) para depresión
- BAI (Beck) o STAI para ansiedad
- EDE-Q para trastornos alimentarios
- Escala de Evitación y Acción-II (AAQ-II) para flexibilidad psicológica

El proceso de evaluación funcional paso a paso

Protocolo sistemático para la evaluación en consulta

La evaluación funcional no es un proceso lineal, sino iterativo. A medida que avanza la terapia, el psicólogo revisa y refina continuamente sus hipótesis. No obstante, existe una secuencia lógica que estructura las primeras sesiones.

Paso 1 Identificación y definición operacional de las conductas problema

- Define las conductas en términos observables y medibles
- Evita etiquetas diagnósticas vagas ("depresión", "ansiedad")
- Especifica topografía: qué hace exactamente el paciente
- Cuantifica: frecuencia, duración, intensidad y latencia
- Distingue entre excesos conductuales (hacer de más) y déficits (hacer de menos)

Paso 2 Análisis de antecedentes

- Identifica las situaciones en que ocurre la conducta (y en las que no)
- Explora antecedentes externos: lugares, personas, momentos del día
- Explora antecedentes internos: estados emocionales, pensamientos previos
- Identifica operaciones motivacionales: privación, saciación, estrés
- Pregunta clave: "¿Qué sucede justo antes de que aparezca la conducta?"

Paso 3 Análisis de consecuentes

- Identifica qué ocurre inmediatamente después de la conducta
- Distingue consecuentes a corto y largo plazo
- Clasifica: refuerzo positivo, negativo, castigo o extinción
- Explora consecuentes sociales: reacción del entorno ante la conducta
- Pregunta clave: "¿Qué consigues cuando haces eso? ¿Qué evitas?"

Paso 4 Evaluación de variables orgánsmicas

- Historia de aprendizaje relevante para la conducta problema
- Estado biológico actual: salud, medicación, sueño, alimentación

- Variables cognitivas: creencias, reglas verbales, esquemas
- Habilidades y déficits en el repertorio del paciente
- Recursos y fortalezas disponibles para la intervención

Paso 5 Formulación de hipótesis funcionales

- Integra toda la información en un modelo explicativo coherente
- Formula hipótesis sobre los mecanismos de mantenimiento del problema
- Contrasta la hipótesis con el paciente (valida la formulación)
- Identifica los objetivos terapéuticos prioritarios
- Diseña la intervención a partir del análisis funcional

Hipótesis funcionales y formulación del caso

De los datos a la conceptualización clínica

La hipótesis funcional es el corazón del AFC. Es la explicación del psicólogo sobre por qué el paciente se comporta como lo hace y qué variables mantienen el problema. Una buena hipótesis funcional debe ser coherente con los datos, comprensible para el paciente y útil para guiar la intervención.

Estructura de la hipótesis funcional

Una hipótesis funcional completa responde a estas preguntas:

Componente	Pregunta que responde	Ejemplo
Conducta problema	¿Qué hace exactamente?	"Evita situaciones sociales y se aísla en casa"
Antecedentes	¿Cuándo y en qué contexto?	"Ante situaciones de interacción o evaluación social"
Consecuentes	¿Qué mantiene la conducta?	"Reducción inmediata de la ansiedad (R-)"
Variables Org.	¿Qué historia y variables modulan?	"Historia de rechazo escolar y creencia de incompetencia"
Función	¿Para qué le sirve la conducta?	"Evitar el malestar del juicio de los demás"
Hipótesis	¿Por qué persiste el problema?	"El alivio inmediato refuerza la evitación e impide la habituación"

Ejemplo de formulación funcional completa

Paciente: Mujer de 34 años, derivada por fobia social con componente de ansiedad de evaluación y aislamiento progresivo.

Conducta problema: Evitación activa de situaciones sociales (reuniones, llamadas, salidas), conductas de seguridad (hablar en voz baja, evitar el contacto visual) y rumiación sobre el desempeño social post-situación.

Antecedentes: Situaciones de interacción social, especialmente con desconocidos o en grupos; percepción de ser observada o evaluada; pensamiento automático "van a pensar que soy tonta".

Consecuentes: A corto plazo: reducción del malestar y sensación de seguridad (R-). A largo plazo: aumento de la ansiedad anticipatoria, pérdida de habilidades sociales, deterioro de relaciones y confirmación de la creencia nuclear.

Hipótesis funcional: La conducta de evitación se mantiene por refuerzo negativo (eliminación del malestar ansioso). La ausencia de exposición impide la habituación y la desconfirmación de las predicciones catastrofistas, perpetuando el ciclo de ansiedad-evitación-alivio.

AFC en trastornos frecuentes en consulta

Aplicación clínica del análisis funcional por trastorno

A continuación se presentan los patrones funcionales más frecuentes en los trastornos que más se ven en consulta psicológica. Estos esquemas son puntos de partida, no diagnósticos: cada paciente requiere su propio análisis individualizado.

Trastornos de Ansiedad

Antecedentes típicos	Estímulos condicionados, incertidumbre, evaluación social, sensaciones interoceptivas
Conductas problema	Evitación, escape, conductas de seguridad, búsqueda de reaseguro
Consecuentes	R-: alivio inmediato del malestar que mantiene la evitación
Función central	Regulación emocional a corto plazo mediante el control del contexto
Intervención clave	Exposición con prevención de respuesta, eliminación de conductas de seguridad

Depresión

Antecedentes típicos	Pérdidas, fracasos, pensamientos negativos, disminución de reforzadores positivos
Conductas problema	Aislamiento, inactividad, rumiación, abandono de actividades placenteras
Consecuentes	R-: evitación del esfuerzo; pérdida progresiva de R+ en el ambiente
Función central	Evitar el contacto con estímulos asociados a pérdida o fracaso
Intervención clave	Activación conductual, programación de actividades, reestructuración de reglas verbales

TOC

Antecedentes típicos	Estímulos obsesionógenos, pensamientos intrusos, duda patológica
Conductas problema	Rituales (compulsiones motoras o cognitivas), evitación, búsqueda de reaseguro
Consecuentes	R-: reducción temporal de la ansiedad que refuerza el ritual

Función central	Neutralización del malestar generado por la obsesión
Intervención clave	EPR (Exposición con Prevención de Respuesta), defusión cognitiva (ACT)

TCA

Antecedentes típicos	Emociones negativas, imagen corporal, situaciones sociales con comida, conflictos
Conductas problema	Restricción, purgas, atracones, control excesivo de la ingesta, pesaje compulsivo
Consecuentes	R-: reducción de la ansiedad; R+: sensación de control; C+: culpa y vergüenza
Función central	Regulación emocional, sensación de control, evitación de emociones difíciles
Intervención clave	Análisis funcional de episodios de atracón/purga, regulación emocional (DBT)

Errores comunes en la práctica clínica

Lo que puede invalidar tu análisis funcional

El AFC es una herramienta poderosa, pero su correcta aplicación requiere rigor metodológico y autocrítica. Estos son los errores más frecuentes que los psicólogos cometen al realizar análisis funcionales en consulta.

✗ Confundir topografía con función

Asumir que dos conductas con la misma forma tienen la misma función. El llanto puede ser un intento de regulación emocional, una conducta de búsqueda de apoyo social o una respuesta al dolor físico. La topografía no determina la función.

✗ Basarse solo en el autoinforme del paciente

El paciente no siempre tiene acceso consciente a los antecedentes y consecuentes de su conducta. El AFC requiere triangulación de fuentes: entrevista, observación, autorregistros y collaterals cuando sea posible.

✗ Ignorar los consecuentes a largo plazo

La conducta de evitación produce alivio inmediato (que la refuerza) pero deterioro a largo plazo. Un análisis que solo contemple las consecuencias inmediatas será incompleto e ineficaz.

✗ Formular hipótesis rígidas sin revisarlas

El AFC es un proceso hipotético-deductivo. Las hipótesis deben actualizarse con cada nueva información. Una hipótesis funcional es provisional, no un diagnóstico permanente.

✗ Omitir las variables orgánicas

El modelo ABC sin las variables O es incompleto. La historia de aprendizaje, el estado biológico y las variables cognitivas son esenciales para explicar por qué el mismo antecedente produce conductas distintas en personas diferentes.

✗ No contrastar la formulación con el paciente

La hipótesis funcional debe ser compartida y validada con el paciente. Una formulación que el paciente no reconoce como propia tiene escasa utilidad terapéutica y compromete la alianza.

✗ Saltar a la intervención sin análisis completo

La presión por hacer algo puede llevar al psicólogo a intervenir antes de tener un análisis funcional sólido. Las técnicas sin formulación son disparos al aire.

Protocolo de evaluación y plantilla de registro

Herramientas de uso directo en consulta

Protocolo de primeras sesiones (sesiones 1-3)

Sesión	Objetivos	Técnicas	Entregables
Sesión 1	Establecer alianza terapéutica. Motivo de consulta. Listado de problemas.	Entrevista semiestructurada. Escucha activa.	Listado de conductas-problema priorizadas
Sesión 2	Análisis A-B-C de las 2 conductas principales. Variables O.	Entrevista de episodios. Inicio de autorregistro.	Primer borrador de hipótesis funcional
Sesión 3	Completar el AFC. Validar formulación con el paciente.	Revisión del autorregistro. Devolución de formulación.	Formulación validada. Plan de intervención

Plantilla de registro ABC (para autorregistro del paciente)

Fecha/Hora	Situación (Antecedentes)	Reflexamiento automático	Emoción (0-10)	Conducta realizada	Consecuencia
__/__/__ __:__h					
__/__/__ __:__h					
__/__/__ __:__h					
__/__/__ __:__h					
__/__/__ __:__h					

Checklist de evaluación funcional completa

- Conductas-problema definidas operacionalmente (observable y medible)

■ Cuantificadas: frecuencia, duración, intensidad y latencia registradas
■ Antecedentes externos identificados (situaciones, personas, momentos)
■ Antecedentes internos identificados (pensamientos, emociones, sensaciones)
■ Consecuentes a corto y largo plazo especificados
■ Tipo de refuerzo/castigo identificado para cada conducta principal
■ Variables organísmicas evaluadas (biológicas, historia, cognitivas, emocionales)
■ Hipótesis funcional formulada y documentada
■ Formulación contrastada y validada con el paciente
■ Objetivos terapéuticos derivados del análisis funcional
■ Plan de intervención coherente con la hipótesis funcional

Formación, marketing y mentoría para psicólogos emprendedores

Si has llegado hasta aquí, eres el tipo de psicólogo que se toma en serio su formación y su práctica clínica. En Emprende Psicólogo trabajamos con profesionales como tú: psicólogos que quieren crecer, llenar su agenda y construir un negocio sostenible sin perder su identidad profesional.

Mentoría para psicólogos emprendedores	Acompañamiento personalizado para lanzar o escalar tu consulta: estrategia de negocio, posicionamiento, captación de pacientes y marca personal.
Marketing digital para psicólogos	SEO, redes sociales, publicidad en Google y Meta, diseño web y estrategias de contenido adaptadas al sector de la salud mental.
Desarrollo web para psicólogos	Webs profesionales, rápidas y optimizadas para convertir visitas en pacientes. Con sistema de reservas integrado y adaptadas a tus especialidades.
Formación en negocio y emprendimiento	Cursos, workshops y recursos formativos sobre gestión de consulta, fijación de precios, modelo de negocio y estrategia digital.

¿Quieres que trabajemos juntos?

Escríbenos y cuéntanos en qué punto está tu consulta:

info@emprendepsicologo.com

emprendepsicologo.com