

Dificultades en la intervención psicológica de un caso clínico complejo de ansiedad y obsesiones: la importancia del análisis funcional

Rebeca Pardo Cebrián y Ana Calero Elvira
Universidad Autónoma de Madrid

RESUMEN

El análisis de casos derivado de la práctica clínica contribuye al avance de intervenciones eficaces, especialmente, cuando se exponen casos complejos y las dificultades que surgen en su tratamiento. Con este objetivo, se presenta el caso de un varón de 26 años con problemas de ansiedad y obsesiones que interfieren significativamente en su funcionamiento diario. Se enfatiza el empleo del análisis funcional como elemento clave en la toma de decisiones sobre el plan de intervención e indispensable para garantizar el éxito en aquellos casos complejos. Se expone la intervención realizada centrándose en el tratamiento de los problemas más interferentes: la conducta de andar y hablar solo durante largos períodos temporales y las comprobaciones sociales. Los resultados muestran una reducción de las principales conductas problema a través de diferentes indicadores de cambio clínico: autorregistros, puntuaciones en inventario sobre obsesiones, consumo de psicofármacos e informe verbal del cliente. Se discuten los principales factores que contribuyeron al éxito del tratamiento y se ponen de manifiesto las limitaciones que conlleva un estudio de caso.

Palabras clave: casos complejos; práctica clínica; análisis funcional; obsesiones; ansiedad.

ABSTRACT

Case analysis derived from clinical practice contributes to the advancement of effective interventions, particularly when are shown complex cases and the difficulties in their treatment are discussed. To this aim, it is described the case of a 26 years old male with anxiety and obsessions that interfere significantly with daily functioning. The use of functional analysis is emphasized as a key element in making decision on the intervention plan and essential to ensure success in complex cases. It expounds the psychological treatment focusing in the treatment of the most interferer problems: behavior walking and talking alone for long periods of time and social checks. The results shows a major reduction in problem behaviors through several clinical indicators of change: self-registration, scores of inventory obsessions, psychopharmacological dose and verbal report by the client. The main factors that contributed to success of the treatment are discussed and reveal the limitations that entails a case study.

Keywords: Complex cases; clinical practice; functional analysis; obsessions; anxiety.

Agradecimientos: Este caso ha sido tratado en el Centro de Psicología Aplicada de la Universidad Autónoma de Madrid, agradecemos a todos los miembros del equipo que lo forman todas las facilidades que han puesto a nuestra disposición para llevar a cabo este estudio.

Correspondencia: Rebeca Pardo Cebrián. Universidad Autónoma de Madrid. C/ Einstein 13. Pabellón C, piso 1º. Ciudad Universitaria de Cantoblanco. 28049 Madrid. Correo electrónico: rebeca.pardocebrian@gmail.com.

Introducción

Lejos de los casos que suelen ilustrar los manuales de intervención psicológica, en la práctica clínica, habitualmente, nos encontramos con personas que presentan varios problemas psicológicos, cada uno de ellos compuestos a su vez por diversas variables y características interrelacionadas entre sí. Es común enfrentarnos a casos de gran complejidad que pueden llegar a suponer verdaderas dificultades en la intervención e incluso el fracaso parcial o total de la terapia. En cualquier caso clínico, y en aquellos complejos en particular, saber realizar correctamente una evaluación conductual y análisis funcional, minimiza los sesgos de juicio clínico, optimiza la toma de decisiones sobre el plan de intervención más adecuado y aporta mayores garantías de éxito terapéutico (Haynes, Godoy, & Gabino, 2011; Virués-Ortega & Haynes, 2005).

En este tipo de casos, los manuales y las guías sobre tratamientos empíricamente validados, que tanto pueden ayudar en la intervención psicológica de las problemáticas concretas, son instrumentos de relativa utilidad para dirigir la actuación terapéutica. Lo cierto es que el modelo psicopatológico aplicado a los problemas psicológicos suele tener demasiados inconvenientes, en la medida en que no aporta una explicación de la causa de los problemas, ni orienta al profesional a una intervención adecuada (Froján & Santacreu, 1999).

En lo que respecta a los casos clínicos complejos, los criterios para determinar dicha dificultad son clínicos y hacen referencia a múltiples dimensiones: el número de problemas y áreas afectadas; el tipo de problemática con-

creta, la intensidad, duración o frecuencia de los comportamientos problemáticos; características propias del consultante; la historia y evolución del problema, etc. Guiándonos por dichos criterios, clasificamos el caso que aquí se presenta como complejo, dado que se caracteriza por: una larga evolución del problema psicológico, una extensa historia de tratamientos psicológicos previos con escasos resultados, múltiples áreas afectadas en su vida, y una elevada intensidad y frecuencia de las conductas problemáticas que implican una interferencia muy notable en la vida del consultante.

Sumado a los problemas que se pueden encontrar en la intervención de casos con múltiples problemáticas, su conceptualización puede ser una tarea ardua e incluso inabarcable. Debido a ello, a modo de introducción nos centraremos en exponer las principales dificultades psicológicas que presentaba el consultante: ansiedad y problemas obsesivo-compulsivos, aunque con ello no se abarquen todas las problemáticas presentadas.

Los problemas de ansiedad son los problemas psicológicos más prevalentes y aquellos que se asocian con mayores alteraciones en el funcionamiento diario de las personas que los sufren. Los datos de diferentes épocas muestran que una proporción elevada de la población, alrededor del 33-40%, puede necesitar tratamiento debido a problemas de ansiedad (Barlow, 1988; Weisberg, 2009).

Las personas con problemas de *ansiedad generalizada* se caracterizan por tener preocupaciones excesivas, persistentes y difíciles de controlar, referidas a una gran variedad de

situaciones (Capafons & Alarcón, 2003). Estas preocupaciones van acompañadas de conductas de hipervigilancia hacia los estímulos considerados amenazantes y el contenido de las mismas suele hacer referencia a circunstancias de la vida diaria, dirigidas a posibles peligros futuros, de carácter improbable (Bados, 2005). La prevalencia anual de los problemas de ansiedad generalizada en población adulta es del 3,6%, siendo el doble de prevalente en mujeres que en hombres. Su curso suele considerarse crónico, aunque con fluctuaciones en función de la presencia de estresores (APA, 2011).

En lo que respecta a tratamientos eficaces se ha encontrado que, en general, la terapia cognitivo-conductual tiene una eficacia considerable y es el tratamiento de elección para este tipo de problemas (Labrador, Echeburúa, & Becoña, 2000). Aunque es difícil indicar un tratamiento concreto para los problemas de ansiedad generalizada, debido a su naturaleza heterogénea, la tendencia es incluir en la terapia cognitivo-conductual las siguientes estrategias: educación sobre la ansiedad y ansiedad generalizada, entrenamiento para identificar los estímulos que influyen en la ansiedad, relajación, reestructuración cognitiva y exposición (Bados, 2005). Por otra parte, se ha señalado que los tratamientos deben tener una duración prolongada, incluso algunos autores lo tratan como un problema crónico, extendiendo el seguimiento terapéutico de por vida (Capafons, 2001).

En lo que respecta al *comportamiento obsesivo-compulsivo*, es uno de los problemas más graves y destacados de la clínica psicológica, y desde su concepción ha supuesto un reto para

los profesionales que lo abordan, tanto en lo que se refiere a las teorías explicativas, como a su evaluación y tratamiento (Cruzado, 1997). La prevalencia global es del 2,5 % de la población adulta y se distribuye de forma similar en hombres y en mujeres (APA, 2011). Las obsesiones se han definido como pensamientos o imágenes recurrentes e intrusivas que causan gran malestar, provocados por situaciones estímulares externas o internas. Las compulsiones son los comportamientos (encubiertos o manifiestos) que la persona emite para neutralizar la obsesión, son de carácter repetitivo, acordes a unas reglas (Rachman & Shadran, 1998). Tradicionalmente, los problemas obsesivo-compulsivos han sido considerados por los principales sistemas nosológicos psiquiátricos como entidades unificadas en los que la mayor parte de los pacientes presentan tanto obsesiones como compulsiones. Sin embargo, este tipo de casos no representan todo el espectro de los problemas obsesivo-compulsivos (García-Soriano, Belloch, & Morillo, 2008). Es frecuente encontrar diversas modalidades o tipos de obsesiones y compulsiones distintas en un mismo caso, la transición de unas a otras a lo largo del curso evolutivo del problema, la falta de relación entre obsesión y compulsión y, también, es posible encontrar obsesiones sin conducta compulsiva manifiesta.

En lo que se refiere a las técnicas de intervención empleadas en este tipo de problemática, es frecuente encontrar dificultades en la modificación de dichos comportamientos debido, probablemente, a la falta de teorías completas capaces de explicar la adquisición y el mantenimiento de dichos problemas (Mon-

taño & Froján, 2005). La literatura sobre tratamientos basados en la evidencia, muestra que la exposición con prevención de respuesta (EPR) es el tratamiento psicológico más eficaz (APA, 2006).

La relación entre problemas de ansiedad y obsesivo-compulsivos es de sobra conocida, ha sido estudiada por numerosos autores a lo largo de los años (Karno, Golding, Sorenson, & Burnam, 1988; Rasmussen & Eisen, 1990) encontrando una comorbilidad elevada entre ambas problemáticas (Ruscio, Stein, Chiu, & Kessler, 2008). Incluso la comunidad científica afirma que muchas de las personas que desarrollan un problema obsesivo compulsivo, antes de su inicio tuvieron problemas de ansiedad (Sevillá & Pastor, 2010). No hay lugar a dudas de que la ansiedad es un elemento central en problemas obsesivos, no sólo porque haya sido demostrado empíricamente, sino porque si atendemos a la funcionalidad de ambos tipos de problema encontramos grandes similitudes en las contingencias de reforzamiento que explican el mantenimiento del problema.

En el presente artículo queremos hacer énfasis en las variables particulares que conforman el caso, en su complejidad, en el papel del análisis funcional, en la toma de decisiones clínicas a lo largo del proceso terapéutico y en las dificultades encontradas en el tratamiento, pues consideramos que todos estos elementos representan aspectos que no siempre se ven reflejados en los casos publicados en la literatura científica.

Caso clínico

Identificación del sujeto y motivo de consulta

Manuel es un varón de 26 años que acudió al Centro de Psicología Aplicada de la Universidad Autónoma de Madrid por problemas que él mismo describía como *ansiedad* y muchas *manías*. Actualmente vive con sus padres, está comenzando una relación de pareja y está estudiando una carrera universitaria.

Según el discurso atropellado del cliente, le preocupan muchos temas, prácticamente encuentra dificultades en todas las áreas de su vida y prácticamente en cualquier momento del día. Algunos de los problemas más notables que identifica cuando acude a consulta son: el miedo a fracasar y ser rechazado en sus relaciones sociales, la elevada ansiedad producida por una "falta de tiempo" para realizar sus actividades diarias que pueden ser desde estudiar, hasta tener tiempo para dedicarle a su relación de pareja. También manifiesta dificultades y preocupaciones sobre sus relaciones sexuales, sobre la actualidad política y las consecuencias catastróficas que pueden derivarse, elevada ansiedad ante los exámenes y preocupaciones sobre conflictos familiares y el futuro de su familia. Por otra parte, Manuel cuenta que tiene ciertas *manías* como atesorar cosas y realizar conductas supersticiosas (decir una palabra, hacer algo, tocar, etc.) para evitar que algo *malo* pase. De todo lo que le ocurre, hay dos cuestiones que le preocupan en gran medida: la primera de ellas es que se pasa muchas horas hablando solo y andando sin poder parar, lo suele hacer en dos tipos de situaciones: para desahogarse tras situaciones que le generan

mucho malestar (las constantes preocupaciones por cuestiones cotidianas hace que experimente niveles muy altos de ansiedad de forma constante) o bien para recompensarse cuando está satisfecho con su actuación en algún ámbito. Esto hace que no pueda hacer gran parte de las tareas del día, tales como estudiar, quedar con amigos, etc. La otra dificultad tiene que ver con las comprobaciones sociales que realiza cada vez que piensa que alguien se ha podido molestar por algo que haya hecho. Estas obsesiones con respecto a los otros y las comprobaciones que emite cada vez le quitan más tiempo y le genera niveles muy elevados de ansiedad que se ve incapaz de manejar y que, a su vez, están relacionados con la otra conducta problemática de andar y hablar, pues hace que ésta aumente también.

Manuel ha pasado por múltiples tratamientos a lo largo de su vida para tratar problemas obsesivos y de ansiedad; la primera vez que acude a terapia psicológica tiene 13 años, desde entonces, ha continuado de forma más o menos regular con diferentes tratamientos con escaso éxito a medio y largo plazo. Cuando era pequeño acudió a terapia psicoanalítica, el tratamiento duró unos diez años. Posteriormente acudió a otras terapias, humanista y cognitivo-conductual, pero las abandonó o bien porque notaba que no le ayudaban o bien porque el esfuerzo que tenía que hacer al realizar las tareas pautadas era demasiado elevado. Desde que comenzó las primeras intervenciones psicológicas, las combinó con tratamiento farmacológico. Comenzó a tomar fármacos para el déficit de atención e hiperactividad y, más adelante, en la época adolescente, el diag-

nóstico cambió a trastorno obsesivo compulsivo y empezó entonces a tomar ansiolíticos, antipsicóticos y antidepresivos; esta medicación la mantiene en la actualidad, concretamente: la dosis del psicofármaco antidepresivo es Adofen (fluoxetina), 20 mg 1-0-0; la dosis del psicofármaco antipsicótico, Quetiapina es de 100mg 0-0-1; y, por último, la del psicofármaco del grupo de las benzodiacepinas, Rivotril (clonazepam) es de 10 gotas 0-0-1.

Procedimiento de evaluación

La evaluación se realizó a lo largo de cinco sesiones con periodicidad semanal y se emplearon diferentes métodos: entrevista clínica (con él y con personas relevantes de su contexto), observación directa de conductas problema en la propia sesión, historia biográfica, inventario sobre trastorno obsesivo compulsivo y autorregistros. No obstante, es importante señalar que la evaluación es una *actividad clínicamente relevante* en el proceso terapéutico y como tal, no se da únicamente en un momento inicial de la terapia (Froján, Montaño, Calero, & Ruiz, 2011). Además, dada la complejidad del caso, los numerosos objetivos a abordar, el surgimiento de nuevas demandas y la extensa duración del proceso terapéutico, la evaluación fue una actividad muy presente a lo largo todo el tratamiento.

Para recoger datos sociodemográficos y generales de las diferentes áreas de la vida del consultante se utilizó la *Historia Biográfica*, instrumento del propio Centro de Psicología Aplicada.

En lo que se refiere al uso de medidas estandarizadas, se empleó el *Inventario Padua*

(Sanavio, 1988) con el objetivo de evaluar la tipología y características de los problemas obsesivo-compulsivos. Se trata de un inventario que mide cuatro factores distintos: descontrol del pensamiento, contaminación, controles y temor al descontrol de impulsos. La puntuación total del inventario se obtiene a partir de la suma de las puntuaciones de las cuatro subescalas, el total puede oscilar entre 0 y 240 puntos. El inventario no posee puntos de corte ni baremos, simplemente, una mayor puntuación significa mayor sintomatología o problemática. Este instrumento posee unas propiedades psicométricas aceptables, su fiabilidad y validez están adecuadamente contrastadas: el coeficiente alfa se sitúa entre 0,73 y 0,89 para los factores y 0,92 para el inventario total; por otra parte, el inventario tiene una correlación de 0,70-0,75 con otros cuestionarios que evalúan trastorno obsesivo compulsivo (Ibáñez, Olmedo, Peñate, & González, 2002).

Con respecto a la recogida de información mediante autorregistros, se pidió al cliente que registrara los momentos en los que se encontraba mal o preocupado. Todo ello para tener una muestra del contenido de las obsesiones, la frecuencia, intensidad y duración de las mismas, así como de las respuestas de ansiedad que suscitaban y la interferencia que producían en otros aspectos de su vida. Se empleó un autorregistro que recogía aspectos topográficos generales, en el que tenía que anotar tras autoobservarse, la situación en la que se contextualizaba el problema, lo que pensaba en ese momento, lo que sentía (anotando también con qué intensidad) y lo que hacía, en cuanto al comportamiento manifiesto se refiere. Este

método de recogida de información se mantuvo por un período de tiempo breve, únicamente durante dos semanas puesto que, por una parte, dada la elevada de frecuencia de las obsesiones, su cumplimentación se hizo tediosa (aproximadamente 30 páginas de autorregistro semanales) y, por otra parte, se corría el riesgo de que aumentaran las obsesiones al centrar su atención en ello para tener que anotarlo, como ya han señalado algunos autores (Craske & Tsao, 1999). Con el objetivo de seguir recogiendo información durante la evaluación y durante el tratamiento del problema, sin que repercutiese negativamente en el problema del cliente y en su motivación, se diseñaron autorregistros breves y específicos que no incluían la descripción de pensamientos obsesivos. En las tablas 1 y 2 se muestran los dos registros diseñados expresamente para evaluar tanto el problema relacionado con la conducta de andar y hablar solo como la de las comprobaciones sociales.

Por último, con respecto a la observación en sesión, se consideró ésta como una fuente de información más, tan relevante como el resto de los procedimientos empleados. La evaluación mediante observación directa es un procedimiento ampliamente utilizado en las ciencias del comportamiento para describir y explicar los antecedentes y consecuentes del comportamiento (Martin & Pear, 1996). Así y dado que el contexto terapéutico es un contexto más de la vida del cliente, equivalente funcionalmente al contexto fuera de la sesión, podemos evaluar directamente el problema por el que la persona acude a terapia puesto que los problemas que le han llevado a solicitar ayuda también se pueden producir dentro de la propia sesión

Tabla 1

Registro de la conducta de andar y hablar solo

Día de la semana	Frecuencia diaria	Duración total (en minutos)	Nivel de malestar (0-10)

Instrucciones de registro: la conducta a registrar es hablar solo y andar. Sólo se registrará: 1) el número de veces que se emite esta conducta (cada emisión se considera desde el inicio de la conducta hasta el final, hasta que se cambia de actividad, voluntariamente o no), 2) la duración que ha tenido dicha conducta (el intervalo de tiempo, si se ha dado varias veces en el día se suma el tiempo total que ha ocupado cada uno de los intervalos en los que se emitía dicha conducta, y 3) el malestar general que ha provocado.

Tabla 2

Registro de comprobaciones sociales

Día de la semana	Frecuencia diaria	¿Con quién compruebo?		
		Madre/Padre	Amigos	Otros

Instrucciones de registro: registrar el número de veces que se realiza una conducta de comprobación con respecto al tema social. Cada comprobación se refiere a una pregunta, frase o acción dirigida a obtener una respuesta sobre un comportamiento social realizado. Por ejemplo: preguntar "¿crees que se van a molestar conmigo?" contaría como una conducta comprobatoria (poner palito) independientemente de que se obtenga una respuesta.

(Fernández & Ferro, 2006). El discurso de Manuel era un discurso acelerado y atropellado, manifestaba un nivel de activación elevado y la necesidad de abordar los temas, dudas y preocupaciones que tenía con rapidez. En el contexto de terapia también se observaron habilidades sociales desajustadas, dificultades para regular la ira y obsesiones y conductas de comprobación con la propia terapeuta. Por último, llamaba la atención que en ciertas ocasiones, con determinados temas su discurso tuviese cierto contenido de fantasía, sin que se llegase a perder el contacto con la realidad.

Análisis Funcional

Como se ha descrito, la cantidad de problemas por los que M. consultaba era abundante

y explicar funcionalmente todas las conductas problemáticas que se abordaron durante la intervención excedería los objetivos de este artículo de caso. Nos centraremos en la descripción funcional de las principales conductas problemáticas mostrando, a su vez, la globalidad del caso para poder entender y evidenciar la complejidad del mismo.

En primer lugar, hay una serie de *variables disposicionales* que a pesar de no tener un carácter funcional afectan de forma general al problema, influyendo en el inicio y/o mantenimiento del mismo.

- *Características personales*: en lo que a los repertorios básicos de conducta se refiere, derivado de las entrevistas de evaluación, se concluye

que Manuel presenta un patrón de comportamiento ansioso y obsesivo, caracterizado por constantes preocupaciones y miedos, intenso malestar ante la incertidumbre, evitación de situaciones ansiógenas y tendencia al control: anticipación de consecuencias negativas, pensamientos recurrentes e intrusivos, conductas de confirmación y comprobación, hipervigilancia, etc. Tras muchos años con distintos problemas de ansiedad, Manuel ha ido desarrollando problemas obsesivo-compulsivos: miedo al contagio, acumulación de objetos y dudas sobre su propia actuación en sus relaciones sociales. Su patrón de pensamientos también es acorde con lo descrito (pensamientos exigentes y absolutistas, reglas de conducta inflexibles...).

-Habilidades básicas: M. muestra un claro *déficit de habilidades sociales*, carece en su repertorio de ciertas habilidades sociales de nivel intermedio e incluso básico: mala comprensión de ciertos contextos y situaciones sociales, intenso e irracional miedo a ser rechazado o criticado negativamente, omisión de conductas de aserción, etc. Además de este déficit de habilidades sociales, Manuel presenta importantes *dificultades para autorregular sus emociones*: emite gran cantidad de conductas impulsivas y tiene frecuentes respuestas de ira. En su entorno cercano (contexto familiar) se ha facilitado el mantenimiento de este tipo de comportamientos, se han atendido este tipo de conductas y se han intentado regular (desahogo) desde fuera sin que M. aprenda a tener autocontrol sobre las mismas.

-Función de refuerzo prioritaria: Refuerzo negativo, la mayor parte del comportamiento de M. son conductas de evitación y escape.

-Historia de aprendizaje: modelado materno de conductas ansiosas y obsesivas (con frecuencia anticipa lo peor en circunstancias cotidianas, no tira cosas "por si acaso", comprueba que ha cerrado puertas, etc.). Además, la madre de M. ha sido quién más ha reforzado a lo largo de toda la historia las conductas problemáticas de M., respondiendo a sus comprobaciones, tranquilizándole y aliviándole.

Variables funcionales

Hipótesis de origen

En un caso de tan larga trayectoria es difícil concretar el origen de cada dificultad. No se disponía de información suficiente sobre el pasado como para establecer hipótesis de origen firmes al respecto, aunque sí hay algunos aspectos relevantes en su historia de aprendizaje que han tenido, indudablemente, una influencia en las principales conductas problemáticas. Tanto las comprobaciones sociales como el andar y hablar solo se basan en hipótesis de origen comunes.

El intenso miedo al rechazo social que M. siente, así como las conductas de andar y hablar solo, pueden haberse visto influidas por las experiencias que M. vivió en el colegio de acoso y maltrato (estímulos incondicionados que generan respuestas incondicionadas de malestar y ansiedad). En las situaciones en las que M. era criticado o acosado, éste solía evitar la confrontación y ceder: respuestas de evitación y escape que aliviaban su malestar (refuerzo negativo).

Posteriormente, en casa, donde pasaba bastante tiempo solo, gestionaba esta situación haciendo actividades agradables que le distraían

del problema y entretenían: viendo películas de fantasía, leyendo sobre historia (refuerzo negativo) y, también, comenzaba a representar e imaginar la situación problemática que se había dado en clase representando él un papel protagonista en el que se enfrentaba exitosamente a la situación (refuerzo positivo). M. crea ese “mundo paralelo” de fantasía, ese contexto imaginario que compite con el contexto real, pues este nuevo contexto es más reforzante que el cotidiano (no hay agresiones, él sale “ganando”). Comienza a conformarse el hablar solo como una forma de regular su comportamiento, a través de la cual se desahoga (refuerzo negativo) y además se entretiene y se encuentra mejor (refuerzo positivo). En la instauración de esta conducta como forma de regular su propia ansiedad, la influencia de su madre tiene un peso importante, como posible modelo, pues ella también habla sola en ocasiones (en menor medida). Por otra parte, para la madre, esa conducta de hablar solo ha sido normalizada desde siempre y dado que la casa es el único contexto en el que dicha conducta se da, el no haber intervenido sobre ella e incluso haber propiciado espacios y momentos para que ésta se diese ha contribuido a su mantenimiento.

Comprobaciones sociales

Hipótesis de mantenimiento

Ante conflictos, críticas o discusiones de personas de su entorno social (estímulos condicionados aversivos que generan respuestas emocionales de ansiedad) o la anticipación de dichas situaciones, se disparan en M. las preocupaciones y obsesiones (estímulos condicionados): “no sé si lo he hecho bien”, “me

van a dejar de hablar”; que generan elevada ansiedad (respuesta condicionada). La cantidad de situaciones que pueden desencadenar los pensamientos obsesivos son muy amplias y extremadamente frecuentes, no están directamente relacionadas con un conflicto inminente sino con su más mínima posibilidad, como obsesión que es. Por ejemplo, despedirse de un amigo con relativa prisa, no poder asistir a una cita con sus compañeros, etc.

Esta situación estimular evoca en M. diferentes respuestas operantes de evitación y escape, principalmente comprobaciones (encubiertas y manifiestas) y conductas de neutralización: preguntar a otros sobre lo correcto de su actuación, repasar mentalmente cómo lo ha hecho, pedir disculpas (independientemente de lo apropiado de la situación), y todo tipo de conductas no asertivas (ceder independientemente de lo que quisiera, no expresar molestia y desagrado, no defender su opinión... todo ello para evitar un posible enfado de los otros). Todas estas respuestas operantes alivian el malestar momentáneamente (refuerzo negativo) y contribuyen, por tanto al mantenimiento del problema. A medio y largo plazo estas comprobaciones sociales tenían un efecto negativo en sus relaciones.

Andar y hablar solo

Hipótesis de mantenimiento

Dada una gran variedad de situaciones estímulares que hayan generado en M. respuestas emocionales muy intensas (respuestas condicionadas tanto apetitivas como aversivas): elevada ansiedad o elevada euforia y; estando en casa, en su habitación, aparecen las conductas

de andar y hablar solo en voz alta. Estas respuestas operantes tienen dos consecuentes principalmente; alivian su malestar (refuerzo negativo) en un primer momento en aquellas situaciones en las que está experimentando ansiedad; o generan bienestar y entretenimiento (refuerzo positivo) en aquellas situaciones en las que siente emociones apetitivas.

Además de señalar la funcionalidad de esta conducta de andar y hablar, es importante señalar otras características morfológicas de dicho comportamiento para entender por qué llega a ser una conducta tan interferente:

- Tiene una frecuencia muy elevada: en torno a 8 horas diarias y genera una elevada activación, malestar y fatiga aunque tenga esa funcionalidad de refuerzo positivo y/o negativo. A priori, hablar sobre algo que nos preocupa, sea de manera encubierta o manifiesta, puede resultar tremendamente adaptativo, sin embargo, en este caso, la frecuencia y la intensidad, entre otros parámetros marcan lo "patológico" de dicha conducta.

- El contenido de discurso es muy particular: puede comenzar con las cosas que le preocupan y que desencadena fuertes respuestas de ira ("*imbécil, deberías ser exterminado*"). A medida que va incrementándose la activación, mezcla las situaciones reales con fantasía o con política, por ejemplo se identifica con villanos de películas y se imagina impartiendo justicia. Estas ensoñaciones y discursos de fantasía lindaban, en ocasiones, con conducta delirante, pero en ningún momento se llegó a perder el contacto con la realidad. A pesar de todo, sí consideramos que de no haber intervenido, el siguiente grado podría pasar por empezar a

percibir de forma más clara aquello que imaginaba.

La conducta de andar y hablar conlleva a medio y a largo plazo una serie de consecuencias que, a su vez, facilitan de nuevo la conducta de andar y hablar, generando, así, un círculo vicioso. Emplear 8 horas en andar y hablar hace que aumente la ansiedad porque no ha podido realizar las tareas pendientes, también supone mayor agotamiento, fatiga e incluso aislamiento social. Todo esto, además de generar respuestas condicionadas aversivas, desencadena más pensamientos obsesivos sobre si sus amigos le van a rechazar por no quedar con ellos, con las consiguientes respuestas operantes de comprobación.

Por último, señalar que además de andar y hablar solo para regular su estado emocional, M. emitía otro tipo de conductas que tenían la misma funcionalidad: masturbarse de forma compulsiva y comer.

El análisis funcional de estas dos conductas problemáticas se resume gráficamente en la figura 1.

Objetivos de intervención

Dada la variedad y cantidad de problemas del consultante, así como las áreas afectadas y la interferencia que todo ello le causaba, los objetivos generales y transversales de la intervención fueron: reducir los niveles de ansiedad, reducir la interferencia o incapacidad que los problemas le causaban, mejorando así su calidad de vida de forma global.

Para mostrar la extensión y complejidad del caso, en la tabla 3, están descritas todas las conductas problema y sus correspondientes

Hipótesis de origen (*) Común a ambas problemáticas.

Estímulo incondicionado → **Respuesta incondicionada**

Agresión/ maltrato malestar: ansiedad, miedo.

Estímulo condicionado → **Respuesta condicionada**

- Compañeros de clase malestar: ansiedad, miedo.



- Anticipaciones

Estímulo discriminativo	Respuesta operante	Consecuente
-------------------------	--------------------	-------------

- ver películas (fantasía)		Alivio del sufrimiento (R-)
----------------------------	--	-----------------------------

+ Estar en casa solo	- hablar, representar papeles	Entretenimiento, disfrute (R+)
----------------------	-------------------------------	--------------------------------

Hipótesis de mantenimiento. Conducta problemática: comprobaciones sociales

Estímulo condicionado₁ → **Respuesta condicionada₁**

Conflicto/ discusión social malestar, ansiedad

Estímulo condicionado₂ → **Respuesta condicionada₂**

Pensamientos obsesivos malestar, ansiedad



Estímulo discriminativo	Respuesta operante	Consecuente
-------------------------	--------------------	-------------

- Comprobar (madre, amigos...)		Alivio malestar (R-)
--------------------------------	--	----------------------

- Disculparse, ceder...		
-------------------------	--	--

Hipótesis de mantenimiento. Conducta problemática: andar y hablar solo.

Estímulo condicionado → **Respuesta condicionada**

-Variedad de contextos estimulares estresantes Ansiedad, malestar

(Elevada carga de trabajo, situación social/familiar de discusión/conflicto, pensamientos obsesivos...)

-Variedad de contextos estimulares agradables Alegría, satisfacción

(Aprobar un examen, haber cumplido tareas propuestas...)



Estímulo discriminativo	Respuesta operante	Consecuente
-------------------------	--------------------	-------------

- Hablar y andar solo		Desahogo (R-)
-----------------------	--	---------------

+ Solo en casa/habitación		Bienestar, entretenimiento (R+)
---------------------------	--	---------------------------------

Figura 1. Análisis funcional de las principales conductas problemáticas: andar solo y hablar y realizar comprobaciones sobre aspectos sociales.

objetivos, ordenados por relevancia tal y cómo se fueron abordando durante el proceso terapéutico en función del grado de interferencia en su vida, junto con las técnicas de intervención que se pudieron en marcha para lograr cada uno de ellos. A pesar de no ser un objetivo propuesto al inicio de la intervención, a lo largo del tratamiento se planteó el objetivo de reducir, y llegado el caso, eliminar la medicación una vez se hubiesen adquirido la gran mayoría de los objetivos planteados y M. tuviese las herramientas suficientes para manejar de forma exitosa las situaciones que le generaban malestar.

Dado el deficitario funcionamiento general, la variedad de áreas de su vida afectadas, los numerosos contextos que contribuían al mantenimiento del problema y la interacción de unos problemas con otros, la planificación específica del tratamiento era un punto central en este caso. La consecución de determinados objetivos, en un primer lugar, era condición imprescindible para poder alcanzar otros.

Intervención

La intervención constó de 60 sesiones de terapia, cada una de ellas con una duración de 50 minutos. Las *actividades clínicamente relevantes* (Froján et al., 2011) del proceso de intervención fueron: evaluación, explicación del problema, tratamiento y seguimiento, sin embargo, dada la extensa duración del proceso y la amplia variedad de objetivos terapéuticos es difícil dividir el proceso en fases, de esta manera, se fueron intercalando actividades de seguimiento con evaluación o intervención con explicación. Por ejemplo, sesiones de se-

guimiento de la conducta problema de andar y hablar solo con el comienzo de la intervención en gestión de la ira. Aproximadamente, se dedicaron cuatro sesiones a la evaluación inicial del caso, una sesión a la explicación del problema, y alrededor de 50 sesiones de tratamiento, por último, se dedicaron unas 7 sesiones al seguimiento. De las sesiones de intervención, 4 fueron dirigidas exclusivamente a la intervención con los padres.

Durante la evaluación, hasta la mitad de la intervención las sesiones tuvieron una periodicidad semanal y hacia la mitad del tratamiento y durante el seguimiento, las sesiones se espaciaron progresivamente. No obstante, en algunos puntos del tratamiento, se espaciaban las sesiones de forma quincenal para poder comprobar la aplicación de forma autónoma de lo aprendido y que se diesen suficientes situaciones estimulares para evaluar dicha ejecución. Además se realizó un seguimiento prolongado en el tiempo, por lo que todo el tratamiento tuvo lugar a lo largo de 1 año y 9 meses.

Cabe mencionar que los objetivos previamente planificados para una sesión concreta, con frecuencia, tenían que ser modificados en el momento, dado que M. acudía con nuevas demandas debidas a la ansiedad que le causaban situaciones concretas que habían sucedido esa semana (exámenes, problemas con su pareja, discusiones familiares, discusión con un amigo...) y que era incapaz de manejar. Esto contribuía a un enlentecimiento de la intervención y a un reajuste constante del plan de tratamiento, con la correspondiente toma de decisiones de qué objetivos había que posponer momentáneamente para dar prioridad a otros.

Tabla 3

Listado de conductas problema, objetivos terapéuticos, ordenados según intervención y técnicas de intervención aplicadas

Conductas problemáticas	Objetivos terapéuticos	Técnicas de intervención
Andar y hablar solo	Disminuir la frecuencia de la conducta de andar y hablar solo, así como de otras conductas desadaptativas que emplea para regular su estado emocional. A su vez, aprender a emitir comportamientos alternativos adaptativos en las situaciones "disparadoras" implementando respuestas de afrontamiento eficaces ante las situaciones ansiógenas.	- Técnicas para el control de la activación: respiración abdominal y controlada, relajación muscular progresiva. -Entrenamiento en autoinstrucciones y tareas distractoras. -Exposición con prevención de respuesta e implementación de actividades alternativas e incompatibles (moldeamiento). -Entrenamiento en habilidades de afrontamiento: resolución de problemas.
Comprobaciones sociales	Disminuir o eliminar los pensamientos obsesivos y las comprobaciones sociales, implementando comportamientos alternativos habilidosos para la gestión de interacciones sociales.	-Exposición con prevención de respuesta. -Entrenamiento en autoinstrucciones. -Control estimular. -Manejo de contingencias en contexto familiar.
Interacciones sociales inhibidas	Implementar respuestas asertivas: decir no, expresar y recibir críticas, mostrar desagrado, etc.	-Entrenamiento en habilidades sociales. -Reestructuración cognitiva.
Dificultades en la planificación del tiempo	Eliminar rituales de organización y aprender a planificar su tiempo de forma flexible.	-Exposición gradual. -Entrenamiento en habilidades de planificación y organización del tiempo.
Respuestas de ira y agresividad	Reducir los enfados y las respuestas de ira y mejorar las interacciones personales en el manejo de conflictos.	-Entrenamiento en autocontrol emocional: tiempo fuera, tareas distractoras, respiración abdominal, autoinstrucciones. -Entrenamiento en habilidades sociales: habilidades de aserción.
Atesorar/acumular objetos	Almacenar sólo la documentación/información imprescindible.	-Exposición con prevención de respuesta.

No obstante, era parte del gran problema de ansiedad el que apareciesen nuevos y potentes estresores de forma recurrente. En algunas ocasiones, además, M. no traía las tareas por no haber podido hacerlas (como parte del problema: una *conducta clínicamente relevante*) lo que también dificultaba un avance óptimo.

Tras la sesión de explicación del análisis funcional, comenzamos la intervención abordando el primero de los objetivos: la disminución de la conducta de andar y hablar solo, así como de otras estrategias desadaptativas para reducir su activación: masturbación e ingesta de alimentos. En primer lugar, dedicamos un espacio a la explicación detallada del funcionamiento de la ansiedad y se siguió trabajando, a lo largo de todo el proceso terapéutico, en el análisis funcional hasta conseguir que M. conociese al detalle los estímulos desencadenantes de su ansiedad y la funcionalidad de sus respuestas. Después, creamos un listado de actividades alternativas e incompatibles con la respuesta de andar y hablar solo (por ejemplo: salir a correr escuchando música, hacer unos ejercicios muy automatizados de rehabilitación del brazo, ver algo concreto en la TV, hacer tareas de la casa, etc.). El proceso de selección de estas actividades alternativas fue prolongado, pues fuimos poniendo a prueba la eficacia de las mismas hasta que seleccionamos aquellas de carácter más motor y distractor, pues tuvieron un mejor efecto. Después, dado que algunas de estas actividades no formaban parte de su repertorio de conducta, las fuimos implementando en su día a día, de manera que nos asegurásemos con mayor probabilidad de que se pudieran poner en marcha

en el momento de comenzar la exposición. De forma paralela, entrenamos estrategias para el control de la activación en las situaciones problemáticas: respiración abdominal y entrenamiento en autoinstrucciones para guiar su conducta. También se aplicó la respiración abdominal para reducir, en general, la ansiedad y se entrenó en relajación muscular progresiva para ese mismo fin.

Una vez entrenadas todas estas estrategias y teniendo identificados de manera muy minuciosa los contextos estímulares que desencadenaban con mayor frecuencia dicha respuesta, comenzamos a sustituir la conducta de andar y hablar por las actividades alternativas y por estrategias de relajación. La secuencia de pasos consistía en cortar la respuesta de andar y hablar lo antes posible (preferiblemente que no se llegue a dar), dándose una autoinstrucción e inmediatamente después implementando la actividad incompatible. La respiración abdominal y la relajación muscular también se empleaban siempre que el nivel de activación fuese elevado y M. lo requiriese, antes o después de implementar conductas alternativas.

Para la consecución de este objetivo, encontramos algunas dificultades a lo largo de la intervención. En primer lugar, lo que mejor se controló fue la conducta de andar y hablar cuando ésta cumplía una función de refuerzo negativo, sin embargo, cuando M. andaba solo y hablaba como forma de premiarse y entretenerse, era muy difícil para él no “meterse” en su mundo de fantasía e interminable diálogo. Buscamos actividades que compitiesen con dicha respuesta y se consiguió disminuir a niveles muy aceptables la frecuencia de apa-

rición de dicha conducta pero, en ocasiones, voluntariamente M. volvía a emitir ese comportamiento de forma mucho más controlada.

El manejo de esta conducta desadaptativa de andar y hablar era el primer paso, y el paso necesario, que permitía abordar de forma íntegra su ansiedad y obsesiones. La respuesta de ansiedad seguía dándose de forma frecuente, pues aunque una parte central del tratamiento consistía en manejar muchos de los miedos y preocupaciones, así como controlar su grado de activación, era necesario entrenar diversas habilidades y estrategias para afrontar adecuadamente las situaciones ansiógenas que se presentaban. Se fueron detallando las situaciones que producían ansiedad: exámenes, relaciones con su pareja, relaciones con amigos, futuro laboral, etc. Se aplicaron a lo largo del tratamiento las siguientes estrategias para su manejo: reestructuración cognitiva, entrenamiento en resolución de problemas y entrenamiento en gestión y planificación del tiempo.

Una vez M. comenzó a tener mayor control sobre la respuesta de andar y hablar solo, comenzó a disminuir su nivel de ansiedad general. Entonces se pasó a abordar el siguiente objetivo, las comprobaciones sociales (sin dejar de realizar un seguimiento del anterior). Para este objetivo las estrategias de intervención fueron: en primer lugar exposición con prevención de respuesta (no comprobar), seguida de actividad distractora o control estimular (apagar el móvil, hacer otra tarea...) y autoinstrucciones. Para eliminar las comprobaciones en casa, también se intervino con los padres, sobre todo con la madre que tiene un papel

protagonista en el refuerzo de estas comprobaciones. Se les explicó el funcionamiento del problema y se les entrenó en extinción y refuerzo de conductas alternativas (que se dé él mismo la autoinstrucción en voz alta y siga haciendo otra cosa). Además de reducir las comprobaciones sociales, se intervino en habilidades sociales de forma amplia, pues además de comprobar, la exposición también consistió en no emitir ciertas conductas inhibidas por miedo a las consecuencias. Se realizó un entrenamiento específico en: expresión y recepción de críticas, decir no y expresión de emociones positivas. Dicho entrenamiento en habilidades sociales también se complementó con reestructuración cognitiva sobre el funcionamiento de algunas situaciones sociales y psicoeducación sobre asertividad.

La evolución de este objetivo fue adecuada y progresiva. Además de reducirse la frecuencia de este comportamiento, la forma o contenido de las comprobaciones cambió y se hizo de una forma socialmente más adecuada. Por ejemplo, antes de la intervención, podía disculparse repetidamente por algo que había hecho (por ejemplo: no contestar un WhatsApp en dos horas) antes de que la otra persona hubiese mostrado el más mínimo signo de molestia. Una vez comenzamos la intervención, en lugar de disculparse, emitía otra comprobación pero algo más adaptada socialmente: iniciaba otra conversación con la persona sobre otro tema para comprobar (en función de la respuesta de éste) si el otro estaba molesto.

No obstante, y a pesar de la evolución positiva, de nuevo surgieron dificultades durante la intervención. La primera de ellas tenía que

ver con que las autoinstrucciones planteadas inicialmente M. las fue cambiado hasta que llegaron a ser *conductas neutralizadoras*, que le tranquilizaban sobre una situación social y mantenían las obsesiones a lo largo del tiempo aunque, en general, se habían reducido en gran medida. Por otra parte, el manejo de las comprobaciones en casa, a pesar haber comenzado muy favorablemente en un primer momento, a los meses, dados ciertos estímulos estresantes que desencadenaron respuestas emocionales mucho más intensas en M., los padres volvieron a reforzar dichas conductas de comprobación.

Tras la consecución, al menos parcial, de ambos grupos de objetivos prioritarios y haciendo un seguimiento constante de los mismos, se recomendó la reducción de la medicación y se continuó la intervención en gestión de la ira, en la reducción de las conductas de acumulación de material, en la planificación y gestión del tiempo y en el entrenamiento en diversas habilidades sociales (aserción, trabajo en equipo, expresión y recepción de críticas, etc.).

Resultados

La eficacia de la intervención se evaluó mediante autorregistros a lo largo del proceso terapéutico sobre las principales conductas problema, entrevista clínica y observación en sesión, cambios en el tratamiento psicofarmacológico e inventario pre-post sobre comportamientos obsesivos.

Autorregistros: conducta de andar y hablar solo y comprobaciones sociales

En cuanto a la conducta de andar y hablar, los datos muestran un descenso en la frecuen-

cia y la duración de la misma a lo largo del proceso terapéutico. La duración de estas conductas comenzó siendo de unas 15 horas semanales, como media durante la evaluación, y se fue reduciendo progresivamente a lo largo de la intervención, pasando por períodos hacia el final del tratamiento en los que la duración se reducía a cero durante un mes completo, hasta llegar a una duración de 30 minutos, como media, en el último mes de seguimiento. En lo que se refiere a la frecuencia, estos comportamientos pasaron de emitirse hasta 13 veces por semana en el primer mes, a menos de una vez por semana durante el último mes de seguimiento. En la figura 2 pueden observarse con detalle los cambios en la frecuencia de dicha conducta durante la intervención. El descenso de dicho comportamiento no fue lineal sino que tuvo ascensos y descensos precipitados por diferentes aspectos: estresores nuevos o muy intensos para él (época de exámenes, nueva relación de pareja, etc.), no aplicación de las estrategias entrenadas, etc.

En lo que respecta a la conducta de comprobar sobre situaciones sociales, los datos de los autorregistros también muestran un descenso progresivo a lo largo del proceso terapéutico, tal y como se muestra en la figura 4. M. pasó de emitir hasta 120 comprobaciones semanales (proceso de evaluación) a emitir una o ninguna (fase de seguimiento).

Entrevista y observación en sesión

A lo largo del proceso terapéutico, especialmente en los últimos tres meses de la terapia, M. verbalizaba con frecuencia su sensación de control y manejo sobre su ansiedad y sus ob-

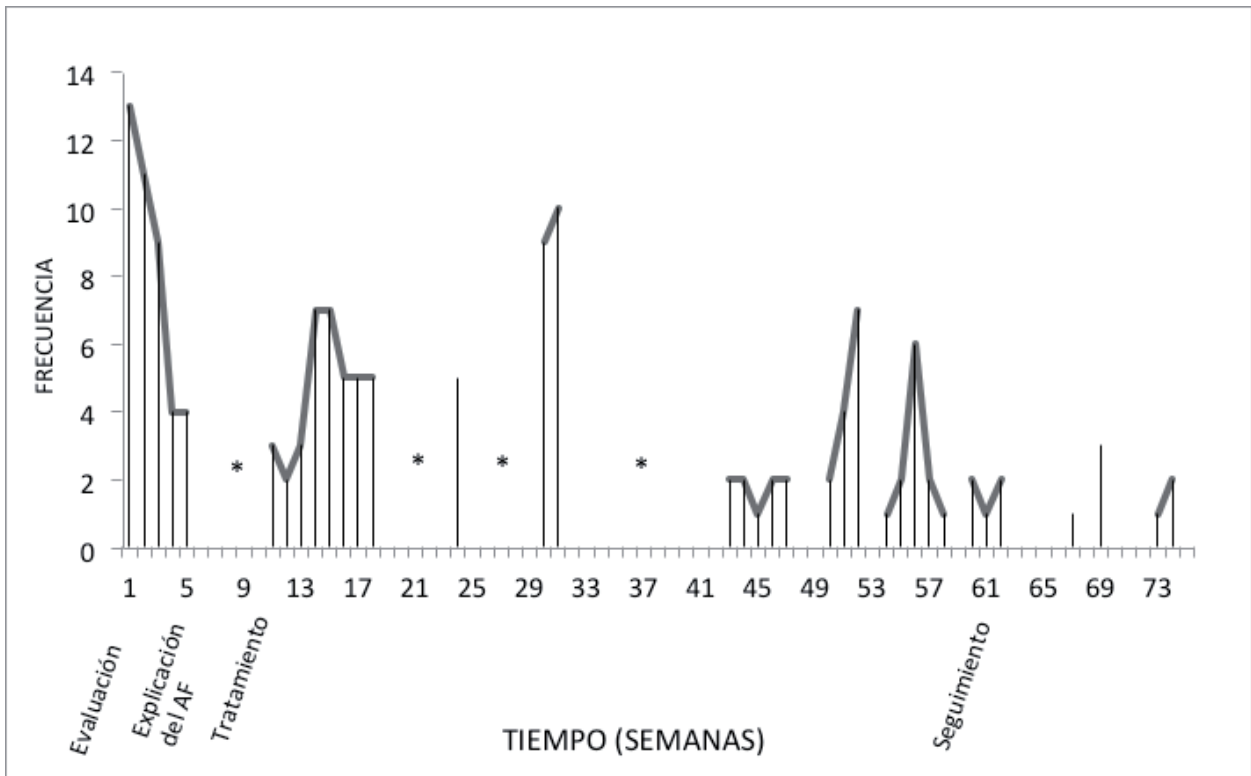


Figura 2. Frecuencia de aparición de la conducta de andar y hablar a lo largo del proceso de intervención.

* Período sin registros por diferentes motivos: vacaciones, estrés por exámenes, descanso programado de AR, etc.

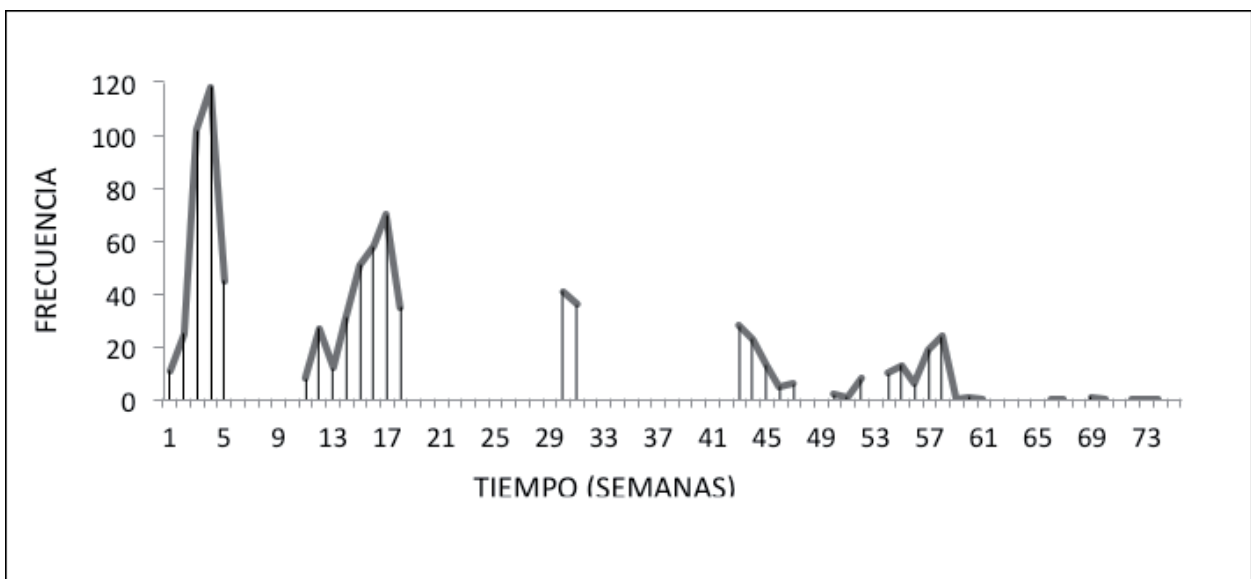


Figura 3. Frecuencia de las comprobaciones sociales a lo largo de la intervención.

sesiones y, en concreto, sobre las dos conductas problemáticas más interferentes. En la fase de seguimiento, M. era capaz de anticiparse a futuras situaciones difíciles e identificar las herramientas a aplicar, analizando correctamente (funcionalmente), los errores que cometía cuando se daban y cómo los podía solventar. Además, de forma general, su nivel de funcionamiento fue siendo cada vez mejor, fue pudiendo implementar en su día a día las actividades y tareas que quería desarrollar sin verse impedido por la falta absoluta de tiempo y descontrol emocional que generaba el andar y hablar solo y las comprobaciones. Por ejemplo, terminó la carrera, obtuvo calificaciones académicas excelentes en algunas asignaturas, mantuvo su relación de pareja y mejoró sus relaciones de amistad. Las respuestas de ansiedad excesivas no desaparecieron por completo incluso cuando el tratamiento psicológico estaba avanzado, pero su manejo era radicalmente diferente; M. encontró otras formas de regular aquellas situaciones estresantes (planificación del tiempo de ocio y de estudio, deporte, técnicas para el control de la activación, autoinstrucciones...) y tanto la duración de la respuesta de ansiedad como la intensidad de ésta se vieron reducidas notablemente.

A partir de la consecución de los dos principales objetivos, se fueron consiguiendo el resto de los objetivos planteados de forma más cómoda y sencilla.

Inventario sobre comportamiento obsesivo

Los datos muestran una diferencia entre las puntuaciones pre y post intervención en el Inventario de Padua. El total pasa de 152 a

95 puntos. En lo que se refiere a las subescalas, en todos los factores se reduce la puntuación. El factor 1: descontrol del pensamiento, pasa de 57 a 33 puntos. El factor 2: contaminación, pasa de 13 a 12 puntos. El Factor 3: controles o comprobaciones, obtiene una puntuación de 30 antes de la intervención y de 8 puntos tras el tratamiento. El Factor 4: temor al descontrol de impulsos, pasa de 11 puntos Preintervención a 1 punto Postintervención. De esta forma, los factores que experimentan la mayor reducción son los factores 1 y 3, descontrol del pensamiento y comprobaciones, respectivamente.

Además del análisis de las puntuaciones en las subescalas y en el total, el inventario recoge una medida más que tiene un claro interés clínico: cuántos ítems han sido valorados con un 4, siendo la escala de 0 (nada) a 4 (muchísimo). Antes de la intervención, se valoraron 26 ítems con un 4 y tras la intervención tan solo 1 ítem. Consideramos que este dato aporta un aspecto cualitativo diferente y relevante al que aportan las puntuaciones de la escala, pues nos señala que tras la intervención la persona ya no valora las diferentes dificultades que tiene de forma extrema, sino que, independientemente de que se hayan eliminado más o menos comportamientos problemáticos, la intensidad de los mismos ha cambiado, en este caso se ha visto reducida de forma muy notable.

Cambios en el tratamiento psicofarmacológico

El tratamiento farmacológico de M. se redujo tras la intervención. Se eliminó el fármaco antidepresivo y se disminuyeron las dosis tanto del psicofármaco antipsicótico, pasando de

100 a 25 mg de Quetiapina, como del psicofármaco del grupo de la benzodiazepinas, que se rebajó de 10 gotas de Rivotril antes de la intervención a 3 tras finalizar la intervención.

En el momento de finalizar la intervención no se plateó seguir reduciendo medicación dado que el último cambio en el tratamiento farmacológico fue relativamente cercano al final del tratamiento y se prefirió esperar más tiempo para poder valorar de forma más adecuada la estabilidad y el mantenimiento de los cambios clínicos. No obstante, sí se guió a M. hacia la reducción o eliminación en un futuro, bajo la supervisión del psiquiatra, en caso de cumplirse las condiciones ya mencionadas.

Discusión

Teniendo muy presentes las limitaciones de este estudio de caso, consideramos que la intervención realizada ha sido eficaz. Los datos obtenidos apuntan que el consultante ha alcanzado, en gran medida, los objetivos terapéuticos que se planteó al comienzo de la terapia. De forma global, se han reducido los niveles generales de ansiedad y ha aumentado su nivel de funcionamiento cotidiano. En lo que se refiere a los problemas que más le interferían, ha disminuido la conducta de andar y hablar solo y, en su lugar, regula sus emociones con otras estrategias más adaptativas. Por otra parte, se han reducido las obsesiones y comprobaciones sociales y, en su lugar, se comporta de forma más habilidosa en sus interacciones sociales. Además de los parámetros de duración y frecuencia, también se evaluaba en sesión la intensidad de ambas problemáticas y se comprobó que la intensidad disminuyó no-

tablemente cuando lo hizo la duración de cada episodio.

La evolución en ambos objetivos no fue lineal ni breve aunque su curso sí estuvo sincronizado: a medida que disminuía la conducta de andar y hablar solo, disminuía también la conducta de comprobar; cuando aumentaba una también solía aumentar la otra. Como se ha comentado, la similitud funcional entre uno y otro problema era clara y probablemente cuando M. se “desbordaba” y no conseguía aplicar las pautas adecuadamente en situaciones estimulantes determinadas, también le era complicado hacerlo en otros eventos semejantes.

Además de los cambios mencionados, se han logrado otros muchos objetivos importantes a lo largo de la intervención de este caso con múltiples problemáticas: se han eliminado rituales de organización y se ha aprendido a planificar su tiempo de forma flexible, han disminuido los conflictos y las respuestas de ira en diferentes contextos, M. ha aprendido a almacenar sólo la documentación imprescindible, decreciendo la conducta de atesorar cosas y se ha reducido la medicación que tomaba antes de comenzar la intervención.

Los resultados hallados van en consonancia con la literatura científica sobre las intervenciones psicológicas eficaces en casos de ansiedad generalizada, en los que el empleo de estrategias terapéuticas como las empleadas en este caso: explicación de la ansiedad, reestructuración cognitiva, resolución de problemas y relajación, han demostrado su eficacia como paquete de tratamiento (Bados, 2005). Con respecto a las intervenciones eficaces en casos de problemas obsesivo compulsivos, también

la principal estrategia terapéutica empleada, la exposición con prevención de respuesta, es el tratamiento de elección (APA, 2006).

No obstante, lo interesante del caso no es tanto que algunos de los procedimientos empleados coincidan con los tratamientos con más evidencia empírica, la cuestión central, desde nuestro punto de vista, es que en un caso tan complejo como el aquí presentado la eficacia del tratamiento viene explicada en gran medida por el empleo de un adecuado análisis funcional que pudo guiar la toma de decisiones sobre el diseño específico de la intervención. Probablemente, si varios clínicos evaluaran este caso, llegarían a conclusiones diferentes sobre su diagnóstico, pues el juicio clínico de los terapeutas es poco homogéneo y las hipótesis diagnósticas son tan imprecisas que no pueden refutarse (Godoy, 1994). Consideramos que cuando del diagnóstico del caso depende todo lo demás, y no de su análisis funcional, tenemos muchas probabilidades de fallar en las intervenciones.

En casos como el presentado, con diversos objetivos, diversas áreas afectadas y tratamientos tan prolongados es fácil “perderse” en la intervención, esto es, volver atrás en objetivos alcanzados, que surjan dudas sobre el procedimiento más eficaz, que no “funcionen” algunas estrategias terapéuticas en la línea esperada, tener que volver en repetidas ocasiones a repasar las mismas estrategias, etc. Existen diferentes acciones que los terapeutas podemos poner en marcha para “encontrarnos” en estos casos y dar respuesta a las dificultades. A continuación detallamos aquellas que consideramos de especial relevancia para

superar exitosamente dichos obstáculos, a la luz de las estrategias empleadas en este caso.

En primer lugar, como ya se ha resaltado, es fundamental tener un buen “mapa” del problema para no perdernos, ese mapa es nuestro análisis funcional (Froján & Santacreu, 1999; Haynes, Godoy, & Gabino, 2011; Virués-Ortega & Haynes, 2005). Este análisis es cambiante, evoluciona y se amplía a medida que avanzamos en el caso. En segundo lugar, es importante que los terapeutas seamos sistemáticos y realizamos un seguimiento de nuestra propia actuación, de los cambios del cliente y del proceso terapéutico en general. Para ello es indispensable tomar medidas de los cambios clínicos, como los autorregistros del cliente a lo largo de la intervención, para comprobar si realmente esos cambios que identificamos de forma poco sistemática en terapia, se corresponden con los datos. No es una tarea sencilla diseñar un buen sistema de medida, dicho sistema ha de medir aspectos relevantes y, a su vez, ser simple para que el cliente no se desmotive y aumentemos la probabilidad de que lo cumplimente adecuadamente. En este sentido, creemos que los registros diseñados para el caso han sido exitosos, pues se han cumplimentado en multitud de ocasiones a lo largo de un proceso terapéutico prolongado en el tiempo.

Por último, en estos casos en los que la problemática del cliente está tan arraigada y generalizada en su vida, es básico tener en cuenta las variables disposicionales que intervienen y comprender el caso de forma global. En ocasiones, es posible que los terapeutas nos centremos en conductas problemáticas concretas y perdamos, por momentos, la pers-

pectiva general. Es indispensable, por ello, intervenir en aquellas variables disposicionales que podamos y ajustar nuestras expectativas (y las del cliente), sobre los objetivos, los ritmos y los cambios a alcanzar. La terapia psicológica tiene sus propias limitaciones en los cambios que puede ejercer en las personas. El que ciertos cambios se produzcan de forma parcial o lenta, es razonable cuando pretendemos cambios tan amplios.

En lo referente a las limitaciones del presente artículo, algunos de los cambios clínicos descritos no poseen una medida pretratamiento ni postratamiento. La principal medida empleada se basó en la observación del terapeuta sobre dichos comportamientos, en los autorregistros del cliente y en un autoinforme, sin embargo, no se evaluaron de forma sistemática todos los comportamientos objetivo de cambio, sino aquellos considerados principales. Aunque en nuestro estudio no podemos hablar de cambios estadísticamente significativos, en este caso, basándonos en las medidas descritas y los resultados hallados, sí podemos hablar de cambios clínicamente significativos.

Por otra parte, tampoco existe un registro continuo de todas las problemáticas que presentaba el cliente y de su evolución a lo largo del proceso terapéutico, no obstante, sí se realizó dicho seguimiento de las dos problemáticas principales. En este sentido, algunas mejoras para evaluar el proceso y la eficacia de las propias intervenciones podrían ser, por una parte, diseñar y generar registros sencillos sobre algunas dimensiones de los problemas del cliente y cumplimentarlos de forma breve y sistemática

en cada sesión. Hay multitud de razones, y todas ellas tremendamente relevantes, por las que los clínicos han de recabar datos de forma sistemática a lo largo del proceso terapéutico, entre otras, porque sin datos exhaustivos podemos incurrir en errores importantes como considerar que nuestros procedimientos son eficaces cuando no lo sean (Martin & Pear, 1999).

Por último, otra de las limitaciones de este trabajo es que no existen datos de seguimiento a largo plazo que avalen el mantenimiento de los resultados hallados. En esta línea, un procedimiento que mejoraría la evaluación de los resultados sería tomar medidas de seguimiento de forma telefónica u online para los casos en los que no puede realizarse de forma presencial, dado que en clínica a veces es complicado hacer seguimientos largos cuando los consultantes ya se encuentran bien (Bados, García, & Fusté, 2002).

Consideramos que divulgar el análisis teórico y aplicado de los terapeutas sobre sus intervenciones psicológicas en casos clínicos, es un elemento de gran valor, pues pone a disposición de la comunidad científica información muy útil que contribuye a la mejora de la práctica psicológica y el avance de la psicología clínica aplicada. Creemos que este valor es aún mayor, en la medida en que se muestran los problemas existentes en el contexto terapéutico, lo que contribuye a que las dificultades no sean ignoradas sino identificadas y solventadas.

Referencias

- American Psychiatric Association (2011). *DSM-5*. Recuperado de www.dsm5.org
- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in

- psychology. *American Psychologist*, 61, 271-285. doi: 10.1037/0003-066x.61.4.271
- Bados López, A. (2005). *Trastorno de ansiedad generalizada*. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/357/1/116.pdf>
- Bados, A., García, E., & Fusté, A. (2002). Eficacia y utilidad clínica de la terapia psicológica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 477-502.
- Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders. Clinical Handbook of Psychological Disorders* (5ª ed.). Nueva York: The Guilford Press.
- Capafons, A. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la ansiedad generalizada. *Psicothema*, 13, 442-446.
- Capafons, A., & Alarcón, A. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno de ansiedad generalizada. En M. Pérez, J.R. Fernández, C. Fernández e I. Amigo (Coords.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I: Adultos* (pp.223-233). Madrid: Pirámide.
- Craske, M. G., & Tsao, J. C. (1999). Self-monitoring with panic and anxiety disorders. *Psychological Assessment*, 11, 466.
- Cruzado, J. A. (1997). Técnicas de intervención con pacientes obsesivo-compulsivos. *Ansiedad y Estrés*, 3, 289-318.
- Fernández, A., & Ferro, R. (2006). Psicoterapia analítico-funcional: una aproximación contextual funcional al tratamiento psicológico. *Edupsykhe*, 5, 203-229.
- Froján, M. X., & Santacreu, J. (1999). *Qué es un tratamiento psicológico*. Madrid. Biblioteca Nueva.
- Froján, M. X., Montaña, M., Calero, A., & Ruiz, E. (2011). Aproximación al estudio funcional de la interacción verbal entre terapeuta y cliente durante el proceso terapéutico. *Clínica y Salud*, 22, 69-85. doi: 10.5093/cl2011v22n1a5
- García-Soriano, G., Belloch, A., & Morillo, C. (2008). Sobre la heterogeneidad del trastorno obsesivo-compulsivo: una revisión. *Revista de Psicopatología y psicología Clínica*, 13, 73-93. doi: 10.5944/rppc.vol.7.num.2.2002.3923
- Godoy, A. (1994). Validez a posteriori de los diagnósticos clínicos. *Psicothema*, 6, 139-153.
- Haynes, S., Godoy, A., & Gavino, A. (2011). *Cómo elegir el mejor tratamiento psicológico. Formulación de casos clínicos en terapia del comportamiento*. Madrid: Pirámide.
- Ibáñez, I., Olmedo, E., Peñate, W., & González, M. (2002). Obsesiones y compulsiones: estructura del Inventario de Padua. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 263-288.
- Karno, M., Golding, J. M., Sorenson, S. B., & Burnam, M. A. (1988). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Archives of general Psychiatry*, 45, 1094-1099.
- Labrador, F. J., Echeburúa, E., & Becoña, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos. Hacia una nueva psicología clínica*. Madrid: Dykinson.
- Martin, G., & Pear, J. (1999). *Modificación de Conducta: Qué es y cómo aplicarla*. Madrid: Prentice Hall.
- Montaña, M., Calero, A., & Froján, M. X. (2006). ¿ Por qué la gente cambia en terapia?: Un estudio preliminar. *Psicothema*, 18, 797-803.
- Montaña, M., & Froján, M. X. (2005). Literatura científica y práctica clínica. Un estudio comparativo sobre la intervención en los problemas obsesivo-compulsivos. *Clínica y Salud*, 16, 237-251.
- Rachman, S. J., y Shafran, R. (1998). Cognitive and behavioral features of obsessive-compulsive disorder. En R. P. Swinson, M. M. Antony, S. Rachman, y M. A. Richter (Eds.), *Obsessive-compulsive disorder: theory, research and treatment*. Nueva York: Guilford Press.
- Ruscio, A. M., Stein, D. J., Chiu, W. T., & Kessler, R. C. (2008). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular psychiatry*, 15, 53-63. doi: 10.1038/mp.2008.94
- Sanavio, E. (1988). Obsessions and compulsions: The Padua Inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 169-177.
- Sevillá, J., & Pastor, C. (2010). *Tratamiento psicológico del trastorno obsesivo compulsivo*. Un

manual de autoayuda paso a paso (5ª ed.). Valencia: Publicaciones Centro de Terapia de Conducta.

Virués-Ortega, J., & Haynes, S. N. (2005). Functional analysis in behavior therapy: Behavioral foundations and clinical application. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 567-587. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10481/32655>

Weisberg, R. B. (2009). Overview of generalized anxiety disorder: epidemiology, presentation, and course. *Journal of clinical psychiatry*. 70(2), 4-9. doi: 10.4088/jcp.s.7002.01

