



Un caso de Trastorno Obsesivo Compulsivo abordado desde una perspectiva conductual

Máster de Psicología General Sanitaria

Autor: Synne Sandberg

Tutor: Oscar García Leal

28/02/22

Resumen

El Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) se refiere a un patrón de conducta indicada por obsesiones y compulsiones que genera disfunción y/o malestar a medio-largo plazo. El problema se mantiene mediante conducta encubierta y/o manifiesta de evitación y/o escape, evocadas por la exposición a situaciones o configuraciones estímulares anticipatorias de un malestar subsecuente. Estas conductas tienen la función de lograr una reducción del malestar generado. Se expone un caso de un varón previamente diagnosticado con TOC que acude a consulta por el malestar que le generan sus pensamientos. El tratamiento fue llevado a cabo por una terapeuta con orientación conductista en Madrid. Mediante la observación en sesiones, auto-registros, y verbalizaciones del cliente, se desarrolló un análisis funcional del caso particular a partir de los principios básicos de aprendizaje, particularmente aludiendo a procesos de condicionamiento clásico y operante. Se describe el análisis funcional y el tratamiento individualizado realizado en base a tal análisis en detalle. Al terminar el tratamiento se había eliminado la conducta obsesiva compulsiva y la disfunción implicada, así como otras conductas problemáticas. Se aboga por el tratamiento de TOC a través de la intervención diseñada en base a los principios científicos de aprendizaje y el análisis funcional.

Palabras clave: análisis funcional de conducta, el conductismo radical, estudio de caso, los principios de aprendizaje, trastorno obsesivo compulsivo.

Abstract

Obsessive Compulsive Disorder (OCD) refer to a behavioural pattern indicated by obsessions and compulsions that generate disfunction and distress on the long-term basis. The problem is maintained by covert and/or overt behaviour of avoidance and/or escape, evoked by the exposure to situations or stimulus configurations that anticipate subsequent discomfort. Such behaviours have the function of alleviating the generated distress short term. It is presented a case of a male previously diagnosed with OCD who comes to the clinic due to the distress generated by his thoughts. The treatment was carried out by a behaviourally oriented therapist in Madrid. Through observation in sessions, self-registers, and client verbalizations, a functional analysis of the particular case was developed based on classical and operant conditioning. The functional analysis and the individualized treatment performed based on such analysis are described in detail. At the end of the treatment, obsessive-compulsive behaviour and the disfunction involved, as well as other problem behaviours, had been eliminated. It is advocated for the treatment of OCD through intervention designed based on the scientific principles of learning and the functional analysis.

Keywords: case study, functional analysis of behaviour, obsessive compulsive disorder, principles of learning, radical behaviourism.

Índice

1.	Introducción	6
1.1.	La Psicología Conductual Radical	6
1.2.	Los Principios de Aprendizaje.....	6
1.3.	Análisis Funcional de Conducta.....	8
1.4.	Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC).....	9
2.	Caso Clínico	12
2.1.	Identificación del Cliente y Motivo de Consulta	12
2.2.	Evaluación.....	13
2.2.1.	Figura 1.....	13
2.3.	Formulación Clínica del Caso.....	15
2.3.1.	Variables Disposicionales de la Persona.....	15
2.3.2.	Variables Moduladoras del Entorno.....	15
2.3.3.	Hipótesis de Origen.....	16
2.3.4.	Hipótesis de Mantenimiento.....	17
2.3.5.	Figura 2.....	17
2.3.6.	Figura 3.....	19
2.4.	Objetivos del Tratamiento y Procedimientos.....	20
2.5.	Tratamiento.....	21
2.5.1.	Figura 4.....	24
2.5.2.	Figura 5.....	25
2.6.	Valoración del tratamiento.....	32
2.6.1.	Consecución de Objetivos.....	32
2.6.2.	Adherencia al Tratamiento.....	34



3.	Discusión.....	36
4.	Conclusión.....	38
5.	Referencias Bibliográficas.....	40
6.	ANEXOS.....	45

1. Introducción

En el trabajo realizado se expone un caso clínico de trastorno obsesivo compulsivo (TOC) desde el marco conductual y el análisis de conducta. Antes de exhibir el motivo de la consulta, la explicación del problema, y los objetivos y procedimientos de la intervención, se abordará los principios teóricos fundamentales para explicar el caso: el conductismo radical en tanto marco teórico general, los principios de aprendizaje, el análisis funcional de conducta, y el trastorno obsesivo compulsivo (TOC).

1.1. La Psicología Conductual Radical

Desde el Conductismo Radical, propuesto por B.F. Skinner, se asume que el objetivo de estudio de la Psicología es la conducta, definida como la interacción entre respuestas manifiestas (i.e., observables) y cubiertas (i.e., pensamientos, emociones y sensaciones fisiológicas) y el entorno (Parga, 2020). Según su punto de vista, las personas son organismos biológicos que operan en un contexto que tiene influencia sobre su comportamiento, así como su comportamiento tiene efecto sobre el contexto, y se cambian por sus experiencias en tal contexto (Chiesa, 1992).

1.2. Los Principios de Aprendizaje

Según Skinner, las presiones ambientales tienen un efecto sobre las especies a nivel filogenético, incrementando la probabilidad de mantenimiento de manifestaciones fenotípicas, como por ejemplo conductas, que incrementan la probabilidad de supervivencia y reproducción de los individuos a nivel ontogenético. Este ocurre a través de la historia de aprendizaje única de cada individuo, resultado de la interacción del individuo con su entorno (Díaz y Antón, s.f.). A continuación, se expone los procesos en los que los individuos aprenden:

El aprendizaje preasociativo se refiere al proceso en el que la persona cambia su comportamiento solamente por exposición repetida a un estímulo particular de su entorno (Orgaz, s.f.). A través de un proceso de *habituación*, la intensidad de la respuesta de un individuo hacia un estímulo que se presenta de manera repetida en el ambiente disminuye (Gutierrez, 2012). En *sensibilización*, la intensidad de la respuesta provocada por el estímulo incrementa (Domjam, 2007).

Los términos de condicionamiento clásico y condicionamiento operante hacen referencia a procesos de aprendizaje asociativo (Mozzachiodi, Baxter, y Byrne, 2013). Una diferencia fundamental entre el condicionamiento operante y el clásico es que, en condicionamiento operante, el individuo “opera” sobre su entorno para producir un efecto, no solamente responde (Sánchez, 2009). Asimismo, el condicionamiento operante favorece la aparición, mantenimiento y perfeccionamiento de respuestas nuevas (Díaz y Antón, s.f.).

El *condicionamiento clásico* (CC) es un proceso de aprendizaje en el que un estímulo (estímulo condicionado, EC) adquiere la propiedad de evocar una respuesta semejante (respuesta condicionada, RC) a la evocada inicialmente (respuesta incondicionada, RI) por otro estímulo con relevancia biológica (estímulo incondicionado, EI) con el que se presenta de manera apareada (Kosinski y Zaczek-Chrzanowska, 2003). En condicionamiento de segundo orden (CSO), un EC adquiere la función de evocar un RC sin emparejamiento previo con un EI (Lee, 2021).

Incubación se refiere a el fenómeno en el que la respuesta de miedo (RC) se incrementa durante un intervalo de tiempo aislado de exposición adicional al estímulo que generó el miedo (Díaz y Antón, s.f.). Otro fenómeno de CC es el *Contracondicionamiento* se refiere a un proceso en el que la RC es debilitada a través de la asociación del estímulo que genera miedo con otro estímulo que genera una respuesta incompatible con la respuesta de miedo (Garay, Orozco, Suarez y Torres, 2008)

En *condicionamiento operante* (CO), el estímulo antecedente (estímulo discriminativo o estímulo delta) presente en el momento de aprendizaje controla la conducta operante a través de la transmisión de información sobre la ocurrencia del estímulo consecuente resultante de realizar tal conducta (Figueroba, 2014).

Se denomina estímulo discriminativo (ED) a una señal que indica a la persona que un consecuente determinado con valor reforzante estará disponible en caso de que la persona realice cierta conducta (Márquez-González, et al., s.f.). Por contrario, el estímulo delta ($E\Delta$) informa sobre la ausencia de tal consecuente (Figueroba, 2014). Cuando el ED está presente se incrementa la frecuencia de la respuesta operante, mientras cuando está presente el estímulo delta, disminuye la tasa de respuesta (Aguirre, González, Hernández y Madrigal, 2017).

La respuesta operante (RO) es cualquier conducta aprendida, sea un pensamiento, emoción o acción, que opera sobre el ambiente y conduce a una consecuencia (Foxall, 2002). La probabilidad de ocurrencia de la respuesta operante, a su vez, depende del estímulo consecuente que aparece después.

El estímulo consecuente (C) tendrá un valor reforzante si aumenta la probabilidad de que se de la respuesta operante en próximas ocasiones; por el contrario, si disminuye la probabilidad de ocurrencia de la respuesta, aludiremos a un procedimiento de castigo (Weiss, 2014). Además, la contingencia entre la respuesta y el estímulo consecuente puede ser positiva o negativa. Si la respuesta se sigue por un estímulo consecuente positivo, significa que se presenta un estímulo, y si es negativo, implica la eliminación de un estímulo (Chase, 2006). Sin embargo, el refuerzo/castigo no depende de la simple presentación o retirada de estímulo, sino del cambio de una condición estimular a otra (Sidman, 2006).

Generalización se refiere al proceso en el que el individuo aprende a responder ante un estímulo similar que el estímulo que originalmente provocó una respuesta concreta (Ghirlanda y Enquist, 2003) mientras *discriminación* de estímulo se refiere al fenómeno en el que el individuo aprende a no responder a estímulos similares (Till y Priluck, 2000). En CC, generalización se ve cuando un EC provoca una RC similar a la que inicialmente provocó otro EC, y discriminación ocurre cuando la persona diferencia entre ECs, respondiendo solamente al estímulo previamente entrenado (Rabinovich y Kacen, 2012). En CO, generalización implica un incremento en respuestas similares a una respuesta inicialmente reforzada o la ejecución de la respuesta inicialmente reforzada ante estímulo nuevo (Stokes y Osnes, 2016), mientras discriminación implica la no generalización.

En CC, cuando el EC se presenta en ausencia del EI, la respuesta se disminuye a través del proceso de *extinción* (Parga, 2020). En CO, una conducta se extingue cuando se elimina la contingencia de reforzamiento o cuando se refuerza la conducta independientemente de la ocurrencia de la respuesta (Cerutti, 2001).

A través de aprendizaje indirecto (vicario), el individuo aprende a través de identificar e imitar algo que han observado hacer a un modelo, y las consecuencias que siguen a su comportamiento, o a través de representaciones escritas o pictóricas (simbólicas) (Myers, 2018).

La conducta gobernada por reglas se refiere a descripciones verbales de contingencias que son parte del entorno de la persona (Kunkel, 1997) (ej. un padre puede decir a su hijo que “no se pega porque dolería a la otra persona”).

1.3. Análisis Funcional de Conducta

El análisis funcional de conducta es relacionado histórica y disciplinarmente con el conductismo radical y la teoría operante (Iñesta, 2016). En el contexto clínico, es la herramienta básica de terapia psicológica (Orgaz et al., s.f.), y consiste en analizar y explicar las relaciones que hay entre conductas diferentes, sus determinantes, y las variables del organismo con el fin de controlar, y predecir, la conducta (Díaz y Antón, s.f.). Es una manera de ordenar y presentar la información obtenida en la fase evaluativa en que se describe el problema y se establecen hipótesis explicativas (Parga, 2020). Por lo tanto, nos permite diseñar un programa de intervención dirigida a modificar las variables funcionalmente relacionadas con la conducta problema de la persona (Ortega, 2004).

El análisis se hace en base a los elementos de la ecuación funcional de las conductas problema identificadas (Gimeno y Gascó, 1990), teniendo en cuenta los estímulos antecedentes (condicionado o discriminativo), las respuestas aprendidas (condicionadas o operantes), los estímulos consecuentes (en caso de condicionamiento operante), reglas verbales, y variables

moduladoras (Parga, 2020). Las variables moduladoras se refieren a variables disposicionales, que son factores biológicos y psicológicos de la persona, así como operaciones de establecimiento y su historia de aprendizaje (Parga, 2020), y a variables moduladoras ambientales, haciendo referencia a factores del entorno físico de la persona y de su contexto social y cultural con impacto sobre su comportamiento (Orgaz et al., s.f.). No son causantes del problema en si, pero pueden incrementar la vulnerabilidad de la persona de desarrollar y mantener cierta conducta cuando se produce algún acontecimiento estresante en la vida de la persona (Díaz y Antón, s.f.).

En la «Guía para la Elaboración de un Análisis Funcional del Comportamiento Humano», elaborado por la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid, Orgaz et al. (s.f) destacan los pasos que se debería seguir en la elaboración del AF. El primer paso es identificar áreas problemáticas y operativizarlas en respuestas concretas. Segundo, se identifica variables moduladoras para cada área, y preferiblemente, también las fortalezas de la persona. Tercero, se elabora la hipótesis de mantenimiento para cada respuesta problema. Aquí se clarifica si la respuesta es respondiente u operante, se destacan antecedentes y se identifican cadenas E-R, y se anota estímulos consecuentes y establece cadenas E-R-E. Cuatro, se relaciona las variables moduladoras con cada cadena. En paso cinco, se elabora la hipótesis de origen para cada respuesta problema. En relación con la hipótesis de origen, hay que evaluar si la conducta es producto de aprendizaje vicario, facilitadores ambientales o condicionamiento clásico. Finalmente, se establecen objetivos terapéuticos y técnicas de intervención basadas en la hipótesis de mantenimiento y evaluando el efecto que pueden jugar las variables moduladoras.

1.4. Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC)

"Muchas personas mantienen obsesiones que en el pasado le fueron útiles por algún motivo, y las mantienen incluso aunque el contexto cambie" (Tabuyo, 2020). El modelo de condicionamiento operante establece que, si le ha resultado útil a una persona un comportamiento, es más probable que vuelva a utilizar tal estratégica, y con tiempo, la conducta de utilizarla se intensificará y generalizará (Díaz y Antón, s.f.). En caso de hábitos obsesivos compulsivos, la persona ha aprendido a controlar el malestar que le genera sus pensamientos a través de estrategias de escape o control (Márquez-González, et al., s.f.). Cuando trata de un trastorno obsesivo compulsivo (TOC), un esfuerzo exagerado de ejecutar tal control genera malestar y disfuncionalidad (Lozano-Vargas, 2017). Basado en registros clínicos de la atención primaria en España, la prevalencia de TOC es 1.1% con poca diferencia entre sexos (Ministerio de Sanidad, 2020).

Se considera que ciertos factores aumentan la vulnerabilidad de la persona a desarrollar un trastorno obsesivo-compulsivo. Primero, no se deniega la posibilidad de influencia de un componente genético. Se han encontrado que la probabilidad de desarrollar un trastorno obsesivo-compulsivo o síntomas sub-clínicas son entre 4-20 veces más alta en parientes de primer grado y la concordancia es evidentemente más alta entre gemelos monocigóticos que entre gemelos dicigóticos (Strom, Soda, Mathews y Davis, 2021). Además, hay autores que consideran que la alteración estructural y funcional del circuito cortico-estriado-tálamo-cortical, del circuito fronto-límbico, el circuito fronto-parietal, y las redes cerebelosas se relaciona con una predisposición genética (Bellia et al., 2021).

En la Guía para la Intervención Psicológica en el Trastorno Obsesivo-Compulsivo, proporcionada por la facultad de psicología de la Universidad Autónoma de Madrid, Márquez-González et al. (s.f.) destaca variables moduladoras que pueden ser relevantes en el desarrollo del trastorno. Indican que variables moduladoras del ambiente pertinentes incluyen estilos educativos que enfatizan la responsabilidad y el perfeccionismo, así como el seguimiento rígido de reglas morales o religiosas. Asimismo, enfatizan el rol de modelo de familiares con patrones de conducta obsesivo-compulsivos. Por otra parte, en relación a factores socio-culturales, mencionan que puede ser relevante creencias que resaltan aspectos como el moral, la limpieza, y el pecado.

En relación con variables disposicionales que pueden predisponer a la persona a desarrollar un patrón de comportamiento obsesivo-compulsivo (y incluso contribuir al mantenimiento) dan importancia a ciertas creencias. Según los autores, las personas con un repertorio conductual obsesivo-compulsivo muestran una tendencia a sobreestimar. Suelen sobreestimar el poder que tiene un pensamiento en que deciden hacer y la conexión entre un pensamiento y la realidad. Además, muestran una tendencia a sobreestimar su propia implicación en poder controlar sus pensamientos y la importancia de tal control. Suelen también sobreestimar su propia responsabilidad en controlar los pensamientos, o diferentes situaciones. Otra creencia que destacan es la creencia de que hay una respuesta perfecta siempre y que no se puede permitirse fallar nunca, sobreestimando consecuencias del fracaso. Explican que el miedo a cometer fallos puede discriminar otra variable disposicional; la dificultad para tomar decisiones. Finalmente, mantienen que una intolerancia a la incertidumbre puede hacer que sea más probable que la persona desarrolle un problema obsesivo-compulsivo.

En caso de hábitos obsesivos-compulsivos, un evento mental o entidad física (EC) llega a generar malestar a través de la presentación repetida junto con un estímulo que por su naturaleza genera malestar (EI) (Franklin y Foa, 2011). Sin embargo, los pensamientos pueden también adquirir la función de EC, generando malestar, por una creencia que sobreestima la importancia de

los pensamientos (Márquez-González et al., s.f.). El carácter del malestar en caso de TOC puede ser de ansiedad, asco, vergüenza o una sensación de incompletitud (Veale y Roberts, 2014).

El pensamiento y el malestar relacionado puede convertirse en un estímulo discriminativo cuando el individuo opera sobre su ambiente para aliviarse de tal malestar. En caso de hábitos obsesivos-compulsivos, la respuesta operante que genera el alivio es la compulsión, refiriendo a respuestas motoras o cognitivas que tienen la función de prevenir o reducir el malestar que genera cierto pensamiento, o para prevenir consecuencias anticipadas (Márquez-González et al., s.f.). Con repetición, los pensamientos se convierten en obsesiones, definidas como pensamientos intrusivos y repetitivos, por la función reforzante de la respuesta operante (Márquez-González et al., s.f.). Asimismo, la conducta de usar la estrategia de usar la compulsión se fortalece y generaliza por la efectividad que tiene la conducta en neutralizar el pensamiento y consecuentemente reducir el malestar relacionado a corto plazo (Franklin y Foa, 2011). En casos donde la respuesta de compulsión se generaliza evidentemente la persona puede además llegar a extinguir la obsesión y el malestar asociado por la presentación repetida de EC-RC en ausencia del EI, manteniendo la respuesta operante en contacto con el estímulo discriminativo por mera contigüidad con el refuerzo (Márquez-González et al., s.f.).

En adición a refuerzos obtenidos por conducta obsesivo-compulsivo, también puede contribuir al mantenimiento del patrón de conducta otros refuerzos, como el refuerzo negativo de aliviarse de responsabilidades o el refuerzo positivo por obtener cariño de gente alrededor (Márquez-González et al., s.f.). Además, frecuentemente contribuye al mantenimiento de TOC la respuesta operante de evitación del EC que genera malestar por refuerzo negativo (Roberts, 2014).

A través del proceso de generalización los hábitos obsesivos compulsivos y de evitación pueden llegar a afectar a la persona en una variedad de dominios, especialmente en las áreas del trabajo, familiar, y social (Coluccia et al., 2016). Estudios de los Estados Unidos indican que las obsesiones consumen un promedio de 5.90 horas al día y las compulsiones un promedio de 4.90 horas (Ruscio et al., 2010; García-Soriano, Rufer, Delsignore y Weldt, 2014). La alta interferencia de las conductas obsesivas-compulsivas y las de evitación favorecen el desarrollo de otros trastornos psicológicos. Primero, favorece el desarrollo de otros tipos de trastornos de ansiedad por prevención o evitación de estímulos ansiegénicos. Además, el malestar en si favorece el desarrollo de otros tipos de respuestas operantes que alivian malestar, por ejemplo, la consumición de drogas o alcohol. La interferencia de las conductas también proporciona a la persona a desarrollar una depresión por la alta frecuencia de malestar y por eliminar tiempo y oportunidades para obtener refuerzos positivos del ambiente.

Los principales pilares de tratamiento en caso de TOC son los inhibidores de la recaptación de serotonina (SSRI) y el tratamiento utilizando la técnica de exposición y prevención de

respuesta (EPR) (Fineberg, 2020). La técnica de EPR consiste en la exposición gradual y sistemática a desencadenantes de malestar y la subsecuente abstención de realizar compulsiones o evitación (Sheu, McKay y Storch, 2020). A través de romper la cadena E-R-E de esta manera, la frecuencia de respuesta operante disminuye a través de un proceso de extinción por falta de refuerzo, y el malestar disminuye porque la persona aprende que las consecuencias anticipadas no ocurren y que el malestar se disminuye independientemente de realizar compulsiones (Márquez-González et al., s.f.). En adición a EPR, se recomienda implementar la técnica de exposición, poniendo la persona en contacto con estímulo que evita para favorecer la extinción de malestar relacionada (Ponniah, Magiati y Hollon, 2013) y la técnica de parada de pensamiento para cortar el curso rumiativo y favorecer actividades alternativas (Caja, 2016). Sin embargo, antes de implementar tales técnicas sería importante trabajar en ajustar pensamientos. Aparte de explicar el análisis funcional, se recomienda hacer psicoeducación para incrementar el entendimiento que tiene la persona de su problemática (Spinetto, 2008). Además, se trabaja en modificar pensamientos irracionales y creencias relevantes a través de técnicas como la reestructuración cognitiva y desliteración cognitiva (Márquez-González et al., s.f.).

A continuación, se expone el tratamiento de un caso de TOC. El objetivo del trabajo es destacar las aportaciones del análisis funcional, basado en los principios de aprendizaje, en la intervención psicológica de sufrimiento y disfunción por conducta obsesiva compulsiva.

2. Caso clínico

2.1 Identificación del Cliente y Motivo de Consulta

Cumpliendo con la Ley Orgánica de Protección de Datos y el código deontológico profesional se hará referencia al cliente mediante datos personales ficticios. En la continuación, se aludirá al cliente con la inicial M.

M. es un hombre de 32 años de edad, vive en Barcelona y es profesor de informática. Actualmente vive solo en su casa de Barcelona, mientras que su esposa e hijo están viviendo en un pueblo cercano (en casa de los abuelos). Se ha separado de su esposa, pero todavía están casados. Él ve a su hijo los fines de semana.

Viene a consulta motivado por su mujer. Es la primera vez que recibe tratamiento psicológico. Su motivo de consulta es la ansiedad que le genera su Trastorno Obsesivo Compulsivo, diagnosticado hace un año por un psiquiatra de la seguridad social. Al comienzo de la terapia M. está medicado con Zertalina (1 pastilla por las mañanas).

M. refiere haber tenido TOC durante toda su vida; sin embargo, nota que el problema ha ido en aumento los dos últimos años. Cuando se le pregunta por lo que él considera TOC, explica

que son sus pensamientos que le dicen que tiene que hacer algo. Cuando tiene un pensamiento así, cree que tiene que hacer lo que esta pensando para que desaparezca ese pensamiento en concreto. Por otra parte, siente una necesidad fuerte de buscar control sobre su ambiente y no tolera que la gente le toca o que tocan sus pertenencias.

Refiere que sus pensamientos más aversivos tienen que ver con la incertidumbre, con obtener control, con prepararse, con el orden, y con la estructura. Según él, está pensando las 24 horas del día sobre cosas triviales e importantes.

Cuando no está trabajando, suele estar mirando el móvil o la televisión o jugando a los videojuegos para intentar distraerse de sus pensamientos. Además, dice que fuma marihuana y que bebe alcohol para bajar los pensamientos. A veces también conduce rápido en la moto para distraerse (también después de haber bebido y fumado) y le suele venir pensamientos de idealización de escape. Además, tiene dificultad de dormir por rumia.

2.2. Evaluación

La evaluación se llevó a cabo en tres sesiones semanales, a lo largo de las cuales se le explicó al paciente las fases de la terapia, el modelo de trabajo y el marco teórico desde el cuál trabajarían. Además, se recogió información a través de la entrevista semiestructurada, la historia biográfica (ve ANEXOS) y el auto-registro de situaciones de malestar. Mediante la entrevista semiestructurada se obtuvo información sobre el origen y mantenimiento del problema y sobre factores moduladoras. Además, se excluyó esquizofrenia mediante la entrevista semiestructurada e ideación suicida utilizando la guía del Protocolo de Idealización Suicida de la Universidad Autónoma de Madrid (UAM) (ve Martí, 2013).

El auto-registro se utilizó con el objetivo de obtener información desde un entorno natural sobre la frecuencia, el contenido, los antecedentes y la función que mantiene las conductas problema, así como el grado de malestar que le generaba (ve figura 1).

2.2.1. Figura 1

Auto-registro de situaciones de malestar

Día	Hora	Situación	¿Qué pienso?	¿Qué siento?	¿Qué hago después?	Grado de malestar (0-10)

Nota. En figura 1 se ve el auto-registro que se mandó al cliente para que lo rellenara lo antes posible después de situaciones de malestar. Antes de mandar el registro la terapeuta le indica como rellenarlo en sesión, explicando que debería apuntar el día y hora de la situación, que pasa,

que piensa, siente y hace en respeto, y el grado de malestar que él experimenta en una escala de 1 a 10.

A continuación, se muestran ejemplos de conductas identificados a partir del auto-registro realizado:

- Si algo está descolocado, piensa “las cosas tienen que estar bien, en su sitio” y lo coloca (pierde mucho tiempo porque tiene que estar perfecto).
- Cuando coge el coche que comparte con su padre y ve que el reposacabezas está colocado a altura diferente piensa “las cosas tienen que estar en su sitio, bien colocadas” y no arranca el coche hasta colocarlo.
- Le dice a su madre que quiere ir a ver a su hijo al pueblo. Anticipa que la madre avisará a su esposa. Al preguntarle 30 minutos antes de salir con el coche para el pueblo si le ha avisado, y cuando la madre dice que no, decide no ir al pueblo, pensando que “mi madre no hizo lo que deberá hacer, así no puedo ir a ningún sitio”.
- Un compañero de trabajo le toca el brazo mientras habla con él. Piensa “la gente no respeta el espacio de las personas”. Retira el brazo sutilmente pero no dice nada a la otra persona.
- Se compra una estantería nueva y al traerla a casa, está todo el día pensando “tengo que montar la estantería”. Lo pensamiento no se va hasta que no la monta, aunque le venga mal hacerlo ese día y tenga que llegar tarde al trabajo.
- Ve una pegatina en el ordenador que no le gusta. Intenta irse a dormir, pero no deja de pensar “quita la pegatina, no te gusta”.
- Por las noches, antes de dormir, siente malestar/ansiedad ante la incertidumbre de qué pasará con el divorcio y cómo lo harán. Se pone a hacer una lista mental de todo lo que tiene que hacer y se inventa fechas para hacerlo.
- Va a cenar con sus padres y les pide cenar a las 21:00. Llega a casa a cenar con ellos y son las 21:05 y aún están terminando de hacer la cena. Piensa “no puede dejar de pensar que no le hacen caso y no cumplen su palabra”. Responde con regañar a la madre o comer él antes que los demás.

2.3. Formulación Clínica del Caso

A través de la información recopilado en la fase de evaluación se desarrolló un análisis funcional explicando el origen y mantenimiento de la problemática, así como las variables moduladoras relevantes a las cadenas conductuales que aparecen en tal análisis.

Para un análisis más específico, se dividió las conductas problemas en dos tipos/áreas: obsesiones y compulsiones, por un lado, y la necesidad de control por otro.

A continuación, se explican las variables moduladoras tanto de la persona como del entorno, que influyen las conductas problema.

2.3.1. Variables Disposicionales de la Persona

1. M. cuenta con una gran necesidad de orden, estructura y control desde pequeño. La gran rigidez que tiene dificulta que acepte situaciones de incertidumbre e influye en su necesidad de control
2. La carencia de habilidades para hacer frente a las esperas hace que busque constantemente la inmediatez.
3. Es una persona que a lo largo de su historia de aprendizaje ha aprendido y generado muchas reglas/valores/creencias muy marcadas. Algunas de esas reglas/creencias son:
 - a. Importancia del espacio personal. Piensa que hay que permitir que la persona tenga espacio personal para respetar a la persona.
 - b. Importancia a la responsabilidad y la culpa de cada uno.
 - c. Creencia de que las cosas se tienen que hacer de forma inmediata como que no hay tiempo que perder.
 - d. Creencia de que las personas estructuradas tienen mejores resultados.

2.3.2. Variables Moduladoras del Entorno

1. Ha estado toda la vida con la misma pareja (única pareja y han estado juntos 10 años): Esto ha hecho que tuviera que enfrentarse a pocos cambios en su vida (hasta ahora); además ya conocía y controlaba las contingencias.
2. En el último año ha vivido muchos cambios. Se compraron una casa, tuvieron un hijo, los padres de su mujer se fueron a vivir con ellos durante una temporada, pasó por un confinamiento por el Covid, y ahora ha decidido vivir solo. A diferencia del pasado, ahora está expuesto a situaciones estresantes que se le escapan de su control.

3. Ha decidido separarse de su mujer. Esto le genera una situación estresante más, ya que le estresa pensar en cuando se separarán, cómo será la custodia de su hijo, si le podrá ver, y de si o no sigue queriendo a su esposa. Además, puede ser que tenga que vender la casa.

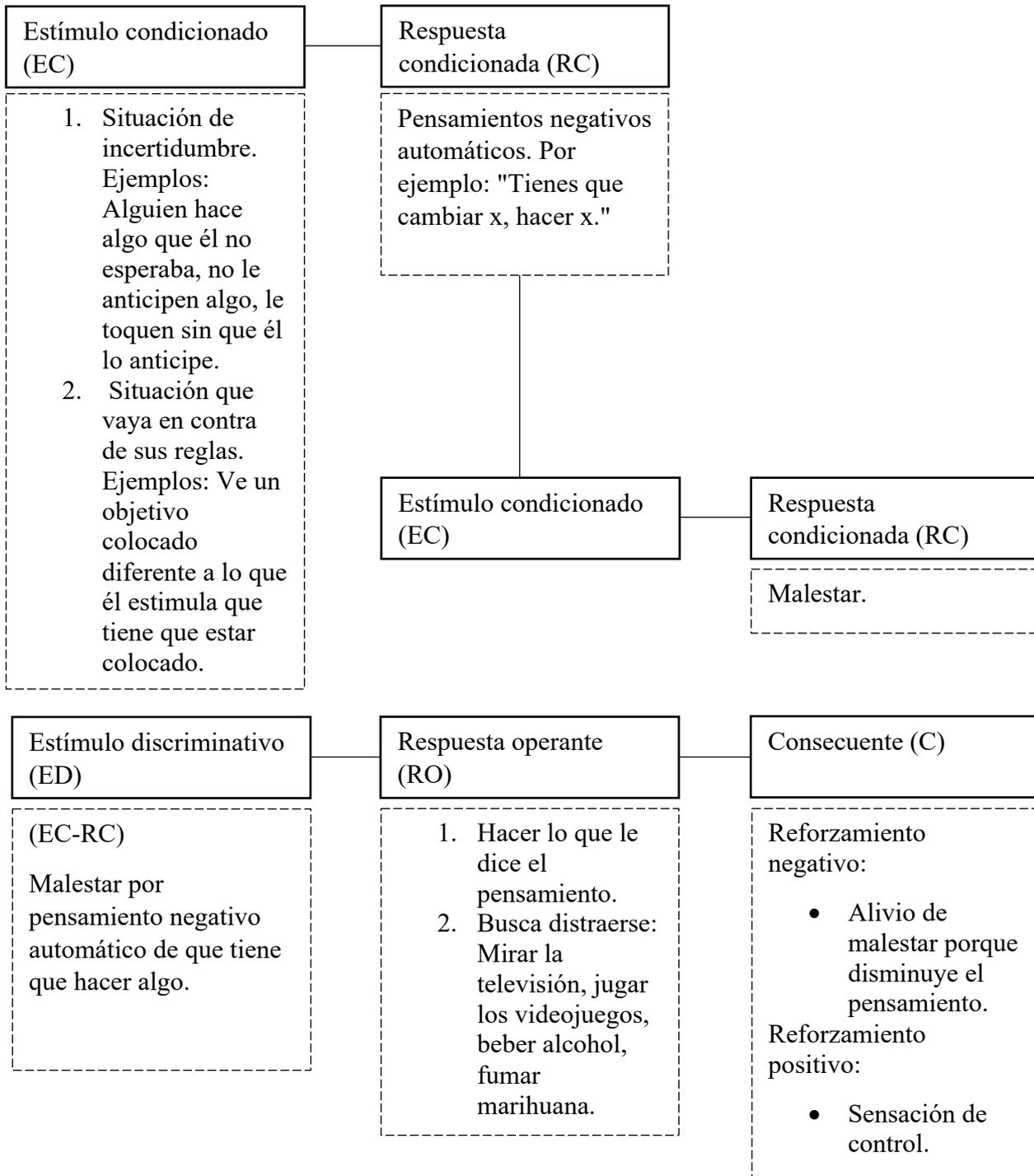
2.3.3. Hipótesis de Origen

Según el cliente, el TOC es algo que siempre ha tenido, y no se identifica ningún periodo o situación concreto en su vida donde se generaron los síntomas. Se hipotetizó que los síntomas se originan en sus rasgos conductuales de rigidez, de no tolerar la incertidumbre, y en la alta necesidad de control.

2.3.4. Hipótesis de Mantenimiento

2.3.5 Figura 2

Obsesiones y compulsiones



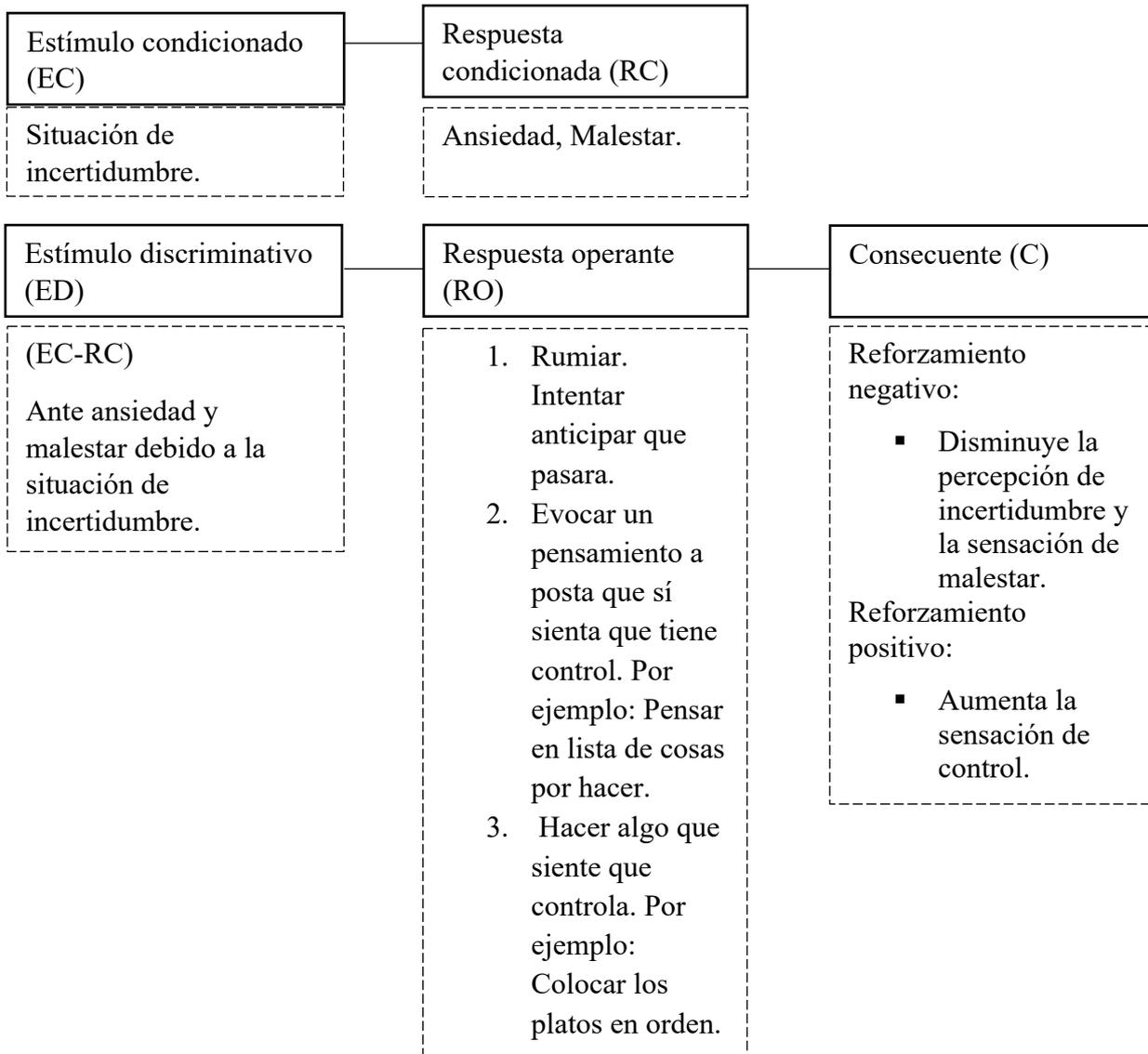
Nota. Cuanto más incertidumbre o cambiante es la situación, menos control siente tener, y cuando menos control siente tener, más pensamientos suelen venirle. En su caso, situaciones de incertidumbre o situaciones que iban en contra de sus reglas (ve variables disposicionales) fueron estímulos condicionados (EC) que generaron pensamientos negativos “automáticos” (RC). Luego, los pensamientos negativos automáticos (EC) produjeron malestar (RC). Ante el malestar que produce el pensamiento negativo “automático” (ED), se discrimina las conductas de responder al pensamiento y/o buscar distraerse (RO), eliminando el ED a través de la sensación de alivio y control (C).

Consecuencias a medio plazo:

Aunque M. consigue disminuir el pensamiento de forma inmediata haciendo lo que el “pensamiento” pide o distrayéndose, al rato (minutos, horas, días) el pensamiento vuelve y aumenta, haciéndose más frecuente y provocándole más malestar por el pensamiento en si y por no tener control sobre que quiere hacer o no. Además, esto le quita tiempo de hacer otras cosas que le gustaría hacer, afectando a su estado anímico.

2.3.6. Figura 3

Necesidad de control



Nota. Ante situaciones de incertidumbre (no saber qué va a pasar) (EC) el cliente experimenta ansiedad y malestar (RC). El malestar que experimenta en estas situaciones de incertidumbre (ED) conduce la persona a rumiar, evocar pensamientos a posta que sí sienta que controla, o hacer algo que siente que controla (RO). La conducta se ve reforzada por alivio del malestar antecedente y la percepción de control aumentada (C).

Se incluye la necesidad de control como otra área porque la función de las conductas implicadas no es aliviar un pensamiento previo, sino conseguir control. Las variables moduladoras que más están influyendo en esta área son las creencias/valores que tiene, así como el hecho de que actualmente vive en una situación donde ha aumentado la incertidumbre.

Consecuencias a medio plazo:

Hacer este tipo de comportamientos le acaba quitando tiempo para hacer otras cosas que le gustan o le gustaría hacer (actividades gratificantes), afectando a su estado de ánimo.

2.4. Objetivos del Tratamiento y Procedimientos

1. *Disminuir valoración de la importancia de las obsesiones y el malestar/ansiedad asociada a ellas*
 - Psico-educación.
 - Respiración diafragmática.
 - Desliteración cognitiva.
 - Moldeamiento de pensamiento.
 - Parada de pensamiento.
2. *Modificar ideas relacionadas con sus creencias/valores (Falta de distancia personal = falta de respeto; incertidumbre; inmediatez; el perfeccionismo)*
 - Psico-educación.
 - Moldeamiento en sesión.
 - Reestructuración cognitiva.
 - Exposición con prevención de respuesta.
3. *Reducir/eliminar la frecuencia de las compulsiones*
 - Parada de pensamiento con auto-instrucción.
 - Exposición con prevención de respuesta.
4. *Disminuir comportamientos dirigidos a buscar control*
 - Reestructuración.
 - Exposición con prevención de respuesta.
5. *Retomar actividades que no ha podido hacer por culpa del tiempo gastado por las compulsiones*
 - Activación conductual.
6. *Aumentar la probabilidad de conseguir satisfacción y cooperación intrafamiliar*

Nota. Este objetivo no era incluido en la lista de objetivos terapéuticos que establecieron antes de iniciar la fase de intervención. Fue incluido luego en el proceso terapéutico por la observación de la terapeuta de que el ambiente conflictivo familiar afectaba al cliente y a su familia más cercana de manera negativa y que complicaba el conseguimiento de los objetivos terapéuticos inicialmente establecidos.

- Exposición.
- Establecimiento de reglas.
- Entrenamiento en habilidades asertivas y comunicativas: Role-play.

2.5. Tratamiento

El tratamiento fue llevado a cabo por una terapeuta con orientación conductista en el centro Implica Psicología en Madrid. La terapia consistió en 20 sesiones; tres de evaluación, 15 de intervención, y dos de seguimiento. La terapia se hizo de forma presencial en el centro y cada sesión tuvo una duración de 50 minutos aproximadamente. Hasta sesión 13 hicieron una sesión cada semana. Las sesiones 14-18 fueron espaciadas con dos semanas entre cada sesión. Después de la sesión 18 hubo un mes antes de la primera sesión de seguimiento y luego llevaron a cabo la sesión de alta después de tres meses.

La fase de intervención fue diseñada en base al análisis funcional y los objetivos terapéuticos establecidos. La terapeuta inició cada sesión interviniente evaluando los resultados obtenidos la semana pasada.

A continuación, se describen las conductas clínicamente relevantes del cliente, procedimientos de la terapeuta, y tareas de cada sesión interviniente.

Sesión 3 (Parte de la fase de evaluación)

Estrategias:

- Psico-educación sobre la ansiedad. Explicó al cliente las diferencias entre las divisiones del sistema nervioso autónomo: El sistema parasimpático y el sistema simpático. Denominó la respuesta del sistema simpático la respuesta de “lucha o huida” y explicó los procesos y sensaciones fisiológicas que implica tal respuesta. Luego, diferenció entre el miedo y la ansiedad, explicando que, aunque implican la misma respuesta fisiológica, en caso de ansiedad, la respuesta es exagerada o irracional en perspectiva con la amenaza objetiva que se frente.

Sesión 4

Estrategias:

- Psico-educación sobre que es conducta, condicionamiento clásico y operante, y el análisis funcional.
- Devolución del análisis funcional del caso, abordando la hipótesis de origen, la hipótesis de mantenimiento, y las variables moduladoras relevantes. En segundo lugar, se explicitó las consecuencias de las conductas problemas a largo plazo.
- Psico-educación sobre cómo afecta el reforzamiento intermitente que hacía con su esposa a sus niveles de estrés.
- Entrenamiento en y explicación de la técnica de respiración + tensión y distensión del puño. Le explicó el efecto fisiológico de respirar profundo. Además, le explicó que el objetivo con el puño era que aprendiera a asociar el movimiento con estar tranquilo y que el movimiento operaría como un discriminativo para recordar respirar en situaciones cuando está tenso por ansiedad.

Tareas:

- Le pautó practicar la respiración al mismo tiempo que tensaba y distensaba/relajaba el puño. Mientras inspiraba, tensaba el puño, y al expirar destensaba. Debería practicar la técnica con los ojos cerrados en un sitio tranquilo, con el objetivo de aprender a controlar la técnica de forma correcta. Si quería, tenía la opción de escuchar a música mientras practicara.

Sesión 5

Conducta clínicamente relevante:

- En sesión dijo que cosas que antes le dio ansiedad, ya no tanto, porque tenía explicación.
- Dijo que se había decidido que tuviera que exponerse a tomar ciertas decisiones importantes y que se había expuesto a varias obsesiones sin realizar una compulsión.
- Dijo que mantener conducta problemática mientras estar consciente de su rol en mantenerla sería para débiles.
- No había hecho la tarea de respiración diafragmática.

Estrategias:

- La terapeuta le reforzó por la exposición que ha hecho por su cuenta. No obstante, le explicó la importancia de ser sistemático y le anticipó dificultades ya que había usado las estrategias que tenía (E.g. compulsiones) durante mucho tiempo y todavía no había aprendido estrategias alternativas para lidiar con sus pensamientos y emociones difíciles.
- La terapeuta volvió a explicar los beneficios de practicar la respiración, y la función del puño, y condicionó el aprendizaje de nuevas estrategias a aprender previamente las que le había explicado.

Tareas:

- La respiración diafragmática añadida a movimiento de tensión/distensión del puño. Cinco minutos, dos veces cada día.

Sesión 6

Conducta clínicamente relevante:

- El cliente dijo que había hecho la respiración y que le resultó útil en bajar su activación (sin el movimiento del puño).
- Contó que seguía controlando palabras.

Estrategias:

- La terapeuta le reforzó por haber practicado.
- Le explicó la técnica de parada de pensamiento. Le pautó que pensara en una palabra que pudiera decir a sí mismo para recordarse a cambiar su enfoque de atención a otra actividad.

Tareas:

- La respiración diafragmática añadida a movimiento. Cinco minutos, dos veces cada día.
- Auto-registro de la técnica de parada de pensamiento (ve figura 4).

2.5.1. Figura 4.

Auto-registro utilizado para estudiar el efecto de la técnica de Parada de Pensamiento

Día	¿He conseguido parar el discurso de pensamiento negativo?

Nota. En figura 4 se ve el auto-registro que se mandó al cliente. Le pautó que cada vez que practicara la técnica de Parada de Pensamiento debería indicar el día de la práctica y si o no hubiera conseguido interrumpir el discurso de pensamiento. La terapeuta le pidió que, si funciona, pusiera un “I”, y si no, pusiera un “X”.

Sesión 7

Conducta clínicamente relevante:

- Dijo sentirse mejor en respeto a sus pensamientos.
- Había usado la técnica de parada de pensamientos y había funcionado bien. Además, dijo que funcionaba con sus pensamientos más intrusivos: Pensamientos relacionados a la necesidad de saber. Usaba la palabra “stop” (como clave), antes de cambiar su atención a la tarea distractora de contar matrículas. Como dificultades, verbalizó que, después de terminar la distracción, solía preguntarse que inicialmente estuvo pensando. No había registrado nada.
- Había hecho la respiración sin el puño (una vez al día).
- Había salido con amigos, cosa que hacía tiempo que no hacía.

Estrategias:

- La terapeuta sacó artículos científicos explicando la eficacia de la técnica de exposición con prevención de respuesta frente otras técnicas.
- Hicieron una jerarquía para la exposición (ve figura 5).

Tareas:

- Respiración (sin/con movimiento) al menos una vez al día durante cinco minutos.
- Se empieza a pautar como tarea que se exponga a la jerarquía (exponerse al pensamiento sin hacer la compulsión). Le comunicó que le podría ayudar utilizar la parada de pensamiento aquí.

2.5.2. Figura 5.

Jerarquía de exposición

1	Colocar objetos por orden/colores/formas (cubiertos, vasos, platos). También, alinear la mesa y objetivos que tiene en la mesa.
2	Jugar videojuegos.
3	Ante los pensamientos “mi hijo no me quiere” /” estoy perdiendo su infancia”, exigir a la esposa que le ponga con el hijo en video llamada.
4	Dejar de intentar hacer algo que no le está saliendo (ej. Arreglar la patilla de unas gafas, encontrar algo que no sabe dónde dejó...).
5	Rebobinar película si no entiende algo.
6	Seguir con la lectura en lado de parar de leer para buscar una palabra en el diccionario.
7	No cumplir con algo que ha anticipado que iba a hacer (ej. Irse a la farmacia a por vitaminas...).
8	No enviar varios WhatsApps preguntando si le ha leído cuando no le responden en el momento.
9	Tener dulces y alcohol en la nevera y no ingerirlos solo por el hecho de saber que están en casa y tiene acceso a ellos.
10	No buscar información sobre cualquier cosa que le digan y no entienda.

Nota. En figura 5 se ve la jerarquía de exposición que la terapeuta desarrolló basado en como ordenó el cliente las situaciones de desafío según el grado de dificultad de exposición que percibía. Debería exponerse a la obsesión antecedente, sin realizar la compulsión. Se ordenó las situaciones de más a menos dificultad percibido.

Sesión 8

Conducta clínicamente relevante:

- El cliente vino con peor estado anímico debido a dificultades en el entorno familiar. Lloro en sesión diciendo que él y su hijo no estaban disfrutando su tiempo juntos y que tenía miedo de que iba a perder la infancia de su hijo.
- Contó que tuvo dificultad de exponerse a tener comida recién comprada en casa sin comerlo en el momento cuando sentía ansiedad.
- Había hecho la respiración (sin el puño y música).

Estrategias:

- Le explicó la implicación que tuviera la técnica de parada de pensamiento en dejar de hacer compulsiones (Comida, buscar información, etc.).
- Reestructuración cognitiva sobre las creencias y verbalizaciones negativas del futuro de “no voy a disfrutar de la infancia de mi hijo” y “me voy a olvidar como padre”.

Tareas:

- Seguir llevando a cabo la reestructuración que hicieron en sesión en el caso de que le volviera a venir los mismos pensamientos debatidos.
- Seguir exponiéndose a las obsesiones/pensamientos sin hacer la compulsión (jerarquía de exposición).

Sesión 9

Conducta clínicamente relevante:

- Se vuelven a dar situaciones complicadas en el ámbito familiar. Confiesa que en los momentos en los que está con su hijo / va a verle al pueblo y éste se pone nervioso o a llorar, escapa de la situación, llevando al niño con su madre o con los abuelos y marchándose del pueblo.
- Dijo que seguía haciendo la parada de pensamiento pero que era difícil por la noche al intentar dormir, ya que, en esos casos, cuando dejaba de hacer la tarea distractora, volvía a pensar. Se le pautó practicar la respiración + imaginación en los momentos de irse a dormir, para tener la mente ocupada.

Estrategias:

- Le explicó el efecto de las conductas de escape en aumentar el miedo de que perdiera la infancia de su hijo.
- Revisaron las estrategias del cliente para fomentar la probabilidad de que tuviera éxito en lidiar con el hijo cuando se pusiera a llorar (psico-educación en manejo de contingencias básicas).
- La terapeuta le pautó que se pusiera a pensar en algo concreto, como contar, cuando tuviera problema para el pensamiento.
- Desliteración cognitiva. Le explicó que a medida que le damos más atención e importancia a un pensamiento, más afecta sobre nuestras emociones y forma de comportarnos. Si convertimos el pensamiento en lo que es “un pensamiento” dejando de pensar en su contenido/lo que nos preocupa sino en su forma como pensamiento, conseguiremos romper

la función y por tanto las consecuencias emocionales y comportamentales derivadas de éste.

Tareas:

- Practicar la deslateralización.
- Seguir exponiéndose a las obsesiones/pensamientos sin hacer la compulsión (jerarquía de exposición).

Sesión 10

Conducta clínicamente relevante:

- Vino contento porque se había expuesto a quedarse con su hijo mientras lloraba y se sentía mejor en respeto a la situación con él.
- Había conseguido hacer la deslateralización de sus pensamientos. Le había ayudado a no hacer compulsiones (“Si no entiendo algo, lo superé”).

Estrategias:

- Moldeamiento y reestructuración cognitiva de sus ideas de perfeccionismo. Verbalización objetiva: “No siempre podemos hacer las cosas perfectas”.
- La terapeuta volvió a sacar el análisis funcional. Vieron que se tiene la oportunidad de pensar algo sin actuar sobre el pensamiento.

Tareas:

- Practicar la deslateralización.
- Seguir exponiéndose a las obsesiones/pensamientos sin hacer la compulsión (jerarquía de exposición).

Sesión 11

Conducta clínicamente relevante:

- Según él, estaba controlando mucho los pensamientos. Se notaba menos enfado al no tener que hacer siempre lo que pensaba. Verbalizó sentir alivio.
- Dijo que le costaba menos exponerse a sus pensamientos obsesivos.

Estrategias:

- Le recordó de cómo aumenta su vulnerabilidad para hacer compulsiones cuando tiene más ansiedad, anticipándole de situaciones difíciles por el hecho de hacer muchos cambios.

- La terapeuta le dijo que pensaba que él estaba evitando ciertas situaciones por miedo y que debería exponerse a tales situaciones. Le preguntó por cosas que evitaba para escribir una lista de exposición (ve figura 6).

Tareas:

- Que hablara con el abogado para firmar los papeles del divorcio.
- Seguir exponiéndose a las obsesiones/pensamientos sin hacer la compulsión (jerarquía de exposición).

A continuación, se expone las situaciones que dijo el cliente que evitaba por el sentido de falta de control:

- Encontrar una pareja nueva.
- Conocer a gente nueva.
- Estar con su hijo.
- Buscar un trabajo nuevo.

Sesión 12

Conducta clínicamente relevante:

- No había hablado con el abogado. Dijo exponerse bien. Ya no sentía tanta necesidad de ordenar cosas (dentro de casa y en el coche).

Estrategias:

- La terapeuta revisó las expectativas que tenía en respeto a la custodia de su hijo. Le recordó de las otras actividades importantes en su vida que tuviera que limitar en caso de tener la custodia entera (trabajo, gimnasio, conocer a chicas, amigos).

Tareas:

- Que hablara con el abogado para firmar los papeles del divorcio.
- Que se expondría a hablar con su esposa sobre que iban a hacer con la casa y que respondiera sus mensajes sobre el hijo.
- Seguir exponiéndose a las obsesiones/pensamientos sin hacer la compulsión (jerarquía de exposición).

Sesión 13

Conducta clínicamente relevante:

- El cliente contó que a veces hacía las compulsiones y otras no. Seguía exponiéndose y le parecía gratificante ver que estaba mejorando.
- Refirió tener miedo de salir de su zona de confort y a volver a tener la problemática por los cambios rápidos.
- Había hecho la respiración con música. Contento como que no se aburriera tanto.

Estrategias:

- Le pautó que, después de hacer la parada de pensamiento, se daría una instrucción y que debate consigo mismo (E.g. “Stop” o “hoy no”, ¿Por qué tengo que hacerlo?).

Tareas:

- Que hablara con el abogado para firmar los papeles del divorcio.
- Que pensara en una lista de situaciones que le generan miedo.
- Seguir exponiéndose a las obsesiones/pensamientos sin hacer la compulsión (jerarquía de exposición).

Sesión 14

Conducta clínicamente relevante:

- Había hablado con el abogado, pero no era de acuerdo con la esposa y tuvieron conflicto. Le hacía sentir bien que podía estar en una situación tan estresante y sentirse en control y bien. Dijo no haber hecho ninguna compulsión. También se había expuesto a situaciones que sentía que no controlaba.

Estrategias:

- Le preguntó por cuales dificultades estaba anticipando y pidió que se expusiera a estas situaciones.

Tareas:

- Que se expusiera a hablar con su esposa sobre la co-paternidad del hijo y a estar más tiempo con el hijo.
- Seguir exponiéndose a las obsesiones/pensamientos sin hacer la compulsión (jerarquía de exposición).

Sesión 15

Conducta clínicamente relevante:

- El cliente vino a sesión 15 con nerviosismo y confusión. Había avanzado con una chica y ya le consideraba una pareja. Concretamente, tenía miedo porque no estaba seguro de que realmente quería otra relación tan rápido y no sabía como incorporarla en su vida.

Estrategias:

- La terapeuta hizo reestructuración para que viera que la nueva relación no tiene porque ser como la última y que estar en una pareja no significa no poder tener independencia.
- Hacen rol-play para fomentar la probabilidad de que hablara con su esposa sobre la custodia de su hijo y la vende de su casa de manera asertiva.

Tareas:

- Exponerse a hablar con la exmujer.
- Seguir exponiéndose a las obsesiones/pensamientos sin hacer la compulsión (jerarquía de exposición).

Sesión 16

Conducta clínicamente relevante:

- Había tenido conflictos con la esposa.
- Había disminuido los antidepresivos en acuerdo con su psiquiatra.
- En sesión dice sentirse más ansioso, pero no sabe si tiene que ver con la pastilla.
- Usa la respiración cuando se siente nervioso y le funciona bien.

Estrategias:

- Revisan estrategias para evitar conflicto con la esposa. Deciden que el cliente tiene que avisar el martes si no va a poder ver al hijo durante el fin de semana.
- Psico-educación sobre los efectos de su medicación y qué posibles consecuencias o síntomas puede tener con su disminución.
- Revisan objetivos.
- De cara a conseguir el quinto objetivo de intervención, revisan que actividades ha recuperado y cuales no. Desarrollan una lista de actividades que quiere retomar.

A continuación, se expone la lista de actividades que quiere retomar:

- Irse a vacaciones sólo.
- Montar en moto sin la función de escape.
- Hacer ejercicio.

- Encontrar una nueva casa que le guste.
- Dedicar más tiempo a sí mismo.

Sesión 17

Conducta clínicamente relevante:

- Había conseguido hacer ejercicio.
- Le preocupaba no tener suficiente tiempo para ver a su hijo y para ver a la nueva chica que había conocido. A pesar de que eso le ponía nervioso, no tenía más ganas a hacer compulsiones.
- Reconoció que todo no tiene que ser inmediato y que no significa que es menos válido si otra persona hace algo de otra manera de él.

Estrategias:

- Planificaron que el cliente pusiera una fecha concreta para hacer las cosas que no quería hacer.
- Moldeamiento de creencias. Verbalización objetiva: que reconociera que todo no tiene que ser inmediato y que no significa que es menos válido si otra persona hace algo de otra manera de él.

Tareas:

- Seguir incorporando actividades que le hagan sentir bien.

Sesión 18

Conducta clínicamente relevante:

- Había salido con amigos y se había ido sólo a la montaña.
- Reconoció que los demás pueden tocarle por cariño (no necesariamente es una falta de respeto).
- Notó que todavía tenía la obsesión de: “Tengo que”.

Estrategias:

- Hablaron sobre su objetivo de mantener tiempo para sí mismo, reforzando las actividades que ya había hecho.
- Reestructuración de la idea de que significa un falto de respeto si te toquen.

Tareas:

- Seguir incorporando actividades que le hagan sentir bien.

Sesión 19

Conducta clínicamente relevante:

- Dijo que tenía más ganas a hacer cosas y se sentía más activo.

Estrategias:

- Se trabaja en prevención de caídas. Revisaron situaciones que él anticipó fueran difíciles y la terapeuta le preguntó que haría. Ej. qué haría en caso de sentir la necesidad de: encontrar la significativa de una palabra, ordenar, rebobinar la película, etc.
- Se comprueba que sabe cómo gestionar cada una de esas situaciones y está preparado para el alta. Se le cita para dentro de tres meses, anticipando que, si todo sigue bien, la siguiente sesión será la última.

Sesión 20

Conducta clínicamente relevante:

- Los avances conseguidos seguían ahí: seguía exponiéndose y ya no necesitaba si quiera la necesidad de “exponerse” como tal a la obsesión, porque ya no tenía obsesiones y si algún día veía algún pensamiento, lo hacía frente sin mayor dificultad. Dijo: “Me siento liberado y a gusto” “A pesar de no saber que pasará en el futuro me siento bien”.

Estrategias:

- Repasaron los objetivos de intervención conseguidos, y cómo se consiguió (estrategias a seguir llevando a cabo). También Revisaron que debería hacer (Seguir exponiéndose, quitar importancia de sus pensamientos, abstenerse de hacer compulsiones).

2.6. Valoración del Tratamiento

2.6.1. Consecución de Objetivos

Se evaluó la eficacia del tratamiento, entendida como el logro de los objetivos terapéuticos. La evaluación se realizó mediante un procedimiento de observación directa en las sesiones intervinientes y a través de los auto-registros y las verbalizaciones del cliente. La terapeuta revisó la conducta del cliente de manera continua para evaluar si necesitaba regresar para volver a explicar algo o progresar en la terapia. Además, retomó los objetivos terapéuticos

establecidos en la sesión 4 durante la sesión 11, 16, y 19 para evaluar el progreso junto con el cliente.

Durante el proceso terapéutico se observó una reducción significativa de la intensidad y frecuencia del pensamiento obsesivo y el malestar asociado. Al iniciar la terapia, el cliente reportó estar pensando las 24 horas del día y que sus pensamientos le generaban mucha ansiedad. Durante la terapia, comentó sentirse mejor/más tranquilo en la mayoría de las sesiones. En sesión 7 comentó que se sentía mejor en relación a sus pensamientos y en la sesión 13, comentó que cada semana se sentía mejor. En la sesión de alta, el cliente verbalizó que se sentía liberado de sus pensamientos y a gusto, y que a pesar de no saber que pasaría una vez finalizada la terapia, se sentía bien.

Además, se observó una eliminación completa de compulsiones. Ya en sesión 5 se había expuesto a varios pensamientos sin realizar una compulsión. Las compulsiones que le parecía costar más dejar era buscar por información sobre aspectos o cuestiones que no conocía y tener comida fresca/recién comprada en casa sin comerlo inmediatamente. En sesión 14 comentó que no había realizado ninguna compulsión y en sesión 16, al revisar los objetivos, consideraron que el objetivo de disminuir/eliminar compulsiones era cumplido. Esta consideración se fortaleció por la verbalización del cliente en sesión 17: “Aunque me siento estresado no tengo más ganas de hacer compulsiones”.

Asimismo, disminuyeron los comportamientos dirigidos a buscar control, ya que el trabajo desde el moldeamiento de sus creencias y reglas le ayudaron a no necesitar realizar comportamientos como (intentar anticipar qué pasar y darle muchas vueltas al respecto, pensar en cosas que sí tenía control, ordenar sus cosas) para hacer frente a la incertidumbre. Este objetivo se consiguió a raíz de trabajar el objetivo de las obsesiones/compulsiones (exponiéndose a ello) y también gracias a la reestructuración de sus ideas/creencias.

Con respecto al objetivo de modificación de ideas relacionadas con creencias/valores, se analizó e intervino sobre aspectos relacionados con la inmediatez y significación de falta de espacio personal de manera sencilla. El cliente reconoció que no es necesario que todo estuviera hecho de manera inmediata y que no es menos válido si otra persona hace algo de manera diferente (sesión 17). Además, reconoció que no necesariamente significa una falta de respeto si te tocan, sino que también puede ser un gesto de cariño (sesión 18). Con relación al perfeccionismo, podía percibir consecuencias aversivas por su perfeccionismo excesivo, al menos en el área social (sesión 10). Las creencias que tenían que ver con la incertidumbre se veían modificadas a través de experiencia generada por exposición. El cliente reconoció que la incertidumbre no necesariamente es mala (sesión 18) y en general disminuyó la ansiedad relacionada.

Además, se logró el objetivo de retomar actividades que él había abandonado. Durante el proceso terapéutico el cliente incorporaba las actividades de salir con amigos, conocer a mujeres nuevas, hacer ejercicio, irse en viajes sólo (usando así la moto como forma de disfrute y no de escape), y en general mantener más tiempo para sí mismo.

Con respecto al objetivo de aumentar la probabilidad de conseguir satisfacción y cooperación intrafamiliar, los resultados eran parciales. Después de intervenir (psico-educación y role-play) surgió conflictos con la esposa. El cliente reportó no haber conseguido mantenerse asertivo al hablar con ella. Sin embargo, se interpretó que se evitó cierto conflicto al haber podido establecer ciertas reglas al respecto a la co-paternidad de su hijo y por la exposición del cliente a hablar con el abogado sobre finalizar el divorcio. Aunque era un área que al paciente le generaba mucho malestar y ansiedad, se fue exponiendo poco a poco a ella, gestionando diferentes temas que tenía abierto (custodia, divorcio).

2.6.2. Adherencia al tratamiento

Según la terapeuta responsable del caso, no era un caso difícil en aspecto técnico, pero se complicó por los rasgos conductuales del cliente. Primero, tenía una tendencia a percibir la gente que le rodeaba como menos inteligente. Contó que no quería dedicar tiempo en personas que no eran lo suficiente inteligentes y que necesitaba obtener beneficios para hacer algo a nivel social. Además, vino a consulta con escepticismo hacia psiquiatras y psicólogos. Por esto tipo de observaciones la terapeuta decidió implementar ciertas estrategias en la terapia con el objetivo de darle la impresión de que ella le estaba aportando algo, esperando fomentar la probabilidad de mostrarse receptivo y activo en terapia. Concretamente, decidió implementar una parte de intervención en sesión 3, explicando que es la ansiedad, y sacó artículos científicos explicando la eficacia de la técnica de exposición con prevención de respuesta frente otras técnicas en la parte de intervención.

Otra de las dificultades era la resistencia del paciente a hacer algunas de las tareas y también a registrar las estrategias que aprendía y practicaba. El cliente a veces hizo las tareas que le mandó la terapeuta, pero otras no, y solía alterar las tareas que realizó. Con el fin de aumentar su implicación con las tareas, la terapeuta repitió varias veces que beneficios podría anticipar al implicarse. Además, condicionó avanzar en el tratamiento y la explicación de otras estrategias a que aprendiera a hacer la respiración diafragmática con éxito. En relación con la respiración, para aumentar la probabilidad de que el paciente la practica, la terapeuta también le ofreció que escuchara música (actividad apetitiva para él) mientras practicara la estrategia con el fin de que no se aburriera tanto y disminuir el coste de respuesta de su realización. Sin embargo, por la observación de que era imprescindible para él mantener cierto control, decidió no insistir en que él

siguiera la mayoría de las pautas que ella estableció de manera rígida y le dejó a él decidir que pensamientos dejar con el objetivo de evitar que le rechazara por completo.

Por otra parte, la terapeuta refirió tener dificultad en establecer el vínculo terapéutico. Aparte del escepticismo y la demanda de control que observó, la terapeuta observaba comportamientos que consideraba poco éticos o en contra de sus propios valores. En sesión, el cliente dice que es egoísta y que lo acepta. Además, se observó arrogancia y falta de paciencia y respeto interpersonal. Estos tipos de rasgos conductuales eran especialmente evidentes en relación con su ambiente familiar (cómo trabaja a su exmujer, padres, hijo). La dificultad del caso fue sobretodo en el esfuerzo de la terapeuta por condicionar de forma apetitiva el cliente en sesión para poder crear un vínculo terapéutico con él, a pesar de no compartir los mismos valores.

Un reto adicional implicó el manejo de información, así como manejaba la información que obtuvo del cliente y información proporcionada por la esposa. Al mismo tiempo que venía a terapia el cliente, también venía su esposa a terapia en la misma clínica con otra terapeuta. Por esta concurrencia, la terapeuta sabía que la esposa estaba mala debido al comportamiento del cliente, pero no podía dejar que este conocimiento afectara la terapia con M. Además, su conducta anti-simpática y la relación con su esposa no era algo que él percibió como problemático o algo que quería trabajar en terapia.

Sin embargo, la terapeuta observó que los conflictos intrafamiliares afectaban a su nivel de estrés y a su bienestar porque complicaba la co-paternidad de su hijo. Consecuentemente, dedicó una parte de la terapia a manejar este conflicto. Allí encontró otro reto; Incrementar la probabilidad de que el cliente tomará decisiones pro-sociales sin que se sintiera criticado y sin que sintiera que lo haría con el fin de beneficiar a la esposa. En sesión, la terapeuta le dijo que debería terminar de hacer el refuerzo intermitente con su esposa porque, al final, afectaba a los niveles de estrés del cliente. Además, le pautó que hablara con el abogado sobre el divorcio porque debería dejar de evitar cosas, ya que esto también afectaba a su nivel de estrés y era parte del mantenimiento del problema (la esposa estaba desesperada de separarse, pero él no quería lidiar con los papeles por el trabajo que implicaba). También, cuando el cliente vino a terapia diciendo que iba a amenazar a la esposa con demandar la custodia entera de su hijo, la terapeuta disminuyó la probabilidad de conflicto futuro recordándole de las actividades que iba a tener que dejar en caso de tener la responsabilidad para el hijo todos los días, haciéndole darse cuenta de las consecuencias reales de su conducta.

Curiosamente, su arrogancia resultó ser un rasgo pro-terapéutico. En sesión 5 la terapeuta observó que el cliente ya había conseguido cambios. El cliente reportó que situaciones que antes le daba ansiedad ya no le afectaba tanto y que había dormido bien. Además, dijo que se había dado cuenta de que tenía que tomar decisiones y que se había expuesto a varios pensamientos sin hacer

las compulsiones. Cuando la terapeuta le preguntó porque creía que había conseguido tantos cambios antes de empezar la parte de intervención, el cliente le dijo que era porque era consciente de como funcionaba su problemática después de la devolución del análisis funcional. Según él, mantener conducta problemática mientras estar consciente de que es bajo su control sería para débiles. Dijo que, después de darse cuenta, puede sentirse ansioso sin hacer compulsiones, y le motivaba mucho. Después de devolverle el análisis funcional la terapeuta también observó que vino más receptivo a terapia, aunque seguía modificando pautas durante todo el proceso terapéutico.

3. Discusión

El uso de clasificaciones diagnósticas ha sido importante en la investigación porque ha permitido tener consenso en el etiquetado de patrones de conducta y ha facilitado la comunicación entre profesionales (Cañon y Rodríguez-Acelas, 2010). En ese sentido, en el trabajo realizado, la etiqueta de “trastorno obsesivo compulsivo” ha sido relevante para dar al lector una idea de qué tipo de problema se va a tratar. Sin embargo, una etiqueta diagnóstica es de escasa utilidad en el ámbito clínico. Aunque varias personas pueden encajar en la misma etiqueta diagnóstica, las variables que han originado y mantenido el problema pueden variar evidentemente. La etiqueta es meramente una descripción de conducta prototípica de un grupo determinado de personas y nos proporciona escasa información en relación a cómo intervenir en un caso concreto. Además, la asignación de una etiqueta diagnóstica puede conllevar efectos adversos que pueden influir en la mejora de la persona (e.g. mediante la realización de razonamiento circulares que se derivan de la comprensión del diagnóstico como una entidad interna que causa su malestar – “No puedo trabajar porque tengo ansiedad”). Por las limitaciones de las clasificaciones diagnósticas, se aborda utilizar una forma de intervención en el ámbito clínico que sea más útil y que esté basada en el conocimiento científico vigente, como es el análisis funcional.

La importancia de una intervención tan individualizada como que es la intervención basada en el análisis funcional se ve claramente en un caso tratando un trastorno tan heterogéneo como TOC. Aunque se destacan ciertas variables moduladoras que se han visto implicadas en una variedad de casos en los que se ha observado conducta obsesiva (ve introducción), estas variables, así como las de origen, varían de un caso a otro. Asimismo, dependiendo de la persona, el contenido, frecuencia y duración de las obsesiones, compulsiones, y conductas de evitación diferirá (Márquez-González et al., s.f.). Se argumenta que la heterogeneidad de la sintomatología del trastorno implicaría dificultad en concretar subtipos diagnósticos y dificultaría el desarrollo de tratamiento estandarizado.

En general, cualquier conducta del psicólogo en sesión debe tener una función terapéutica, establecida por el análisis funcional del caso particular. Como que un adecuado análisis funcional nos proporciona información sobre qué variables contextuales y disposicionales únicas de la persona están relacionadas con el sufrimiento y/o disfunción que experimenta al venir a terapia, y por su descripción en cadenas E-R-E, nos permite identificar qué variables concretas hay que modificar con el fin de disminuir tal sufrimiento y/o disfunción. Consecuentemente, da al psicólogo información imprescindible para poder elegir las técnicas de intervención más adecuadas en el caso concreto.

Por otra parte, la devolución del análisis funcional al cliente en sesión puede tener un efecto terapéutico significativo, ya que la persona obtiene una explicación detallada de por qué hace lo que hace y qué consecuencias tiene eso a medio-largo plazo. Asimismo, le da conocimiento sobre qué cambiar con el fin de solucionar el problema que actualmente tiene.

En respeto al caso destacado en este trabajo, se considera que el análisis funcional era fundamental en relación con conseguir los objetivos terapéuticos. Esta consideración se hace en base a el efecto terapéutico profundo que tenía la exposición en sesión y en la elección adecuada de técnicas de intervención. Aparte del análisis de variables funcionales implicadas en el mantenimiento de conducta problema, era importante la consideración constante de variables moduladoras.

La importancia de la consideración de variables moduladoras se observa en la elección de técnicas, por ejemplo, en la elección de la técnica de deslitteración de pensamiento frente la técnica de reestructuración de pensamiento. Es cierto que la terapeuta implementó reestructuración también, pero hizo mayor énfasis en la deslitteración con el fin de evitar que el cliente se entrara demasiado por su carácter rumiativo. Además, se ve claramente la importancia de tal consideración en el apartado de *Adherencia*. Se considera que, al ignorar ciertas variables moduladoras (e.g. necesidad de control), el cliente posiblemente hubiera abandonado la terapia. Tampoco se puede atribuir todo cambio terapéutico a las técnicas terapéuticas, así ignorando el posible efecto pro-terapéutico de variables moduladoras (e.g. Creencia de que sufrir cuando es bajo su control sería para débiles).

Sabiendo qué las conductas que resultan reforzadas tienden a repetirse, el análisis funcional de la conducta no sólo nos permite analizar las variables que mantienen un comportamiento concreto, sino también predecir el propio comportamiento. En el caso de M., se consideró importante que la mayoría de los cambios se mantuvieran. Era iluminante para el cliente aprender cómo se originó y mantenía su problemática y le resultó profundamente reforzante experimentar que podría controlar su conducta, en lugar de dejarse controlar. Además, le resultó reforzante utilizar las técnicas de modificación de pensamiento (reestructuración y deslitteración) y

la parada de pensamiento, así como la respiración, por su eficacia inmediata en disminuir su malestar e incrementar la sensación de control. Asimismo, le resultó reforzante retomar actividades gratificantes. Como que hemos visto, al terminar la terapia, el cliente reportó no experimentar malestar por sus pensamientos, no realizaba compulsiones, no evitaba situaciones ansiogénas, y dedicaba mucho más tiempo en las actividades que realmente quería hacer y que tenían para él un valor reforzante.

Por otro lado, aunque la terapeuta consiguió verbalizaciones apoyando el cambio de creencias, no hay evidencia que nos permite asumir que se mantuvieran en el tiempo. Concretamente, había razón para asumir que se mantuvieran cambios acerca de las creencias de incertidumbre y espacio personal por reforzamiento obtenido a través de exposición, pero se obtuvo menos evidencia que apoyara el cambio de creencias acerca de la inmediatez y el perfeccionismo.

En relación con las creencias acerca de la inmediatez, aunque reconoció que otras personas puede hacer las cosas de otra manera que él, y que no significa que es peor, su impaciencia ha sido reforzada durante mucho tiempo por desahogo y no tenemos evidencia de que se mantuviera el cambio conductual. Además, M. tiene un carácter poco empático, disminuyendo la probabilidad de que viera reforzante el hecho de ser más paciente con la gente que le rodea. En relación con el perfeccionismo, también hay que reconocer el factor reforzante de mantener tal conducta por la valoración social, dificultando su modificación (Fidalgo y Parga, 2005). Aquí también es relevante destacar que el cliente en ningún momento verbalizó percibir consecuencias aversivas por su perfeccionismo en otras áreas que el social.

De todos modos, en comparación con los otros objetivos, se dedicó menos tiempo a trabajar sobre las creencias desadaptativas del cliente acerca de la inmediatez y el perfeccionismo. Se argumenta que la terapeuta hubiera podido fortalecer y generar cambios en estas áreas a través de moldeamiento y reestructuración adicional. En relación con su impaciencia pudiera haber resultado influyente hacerle reconocer el efecto emocional negativo que le genera las emociones relacionadas en si, pero también los conflictos intrafamiliares que surgen debido a su comportamiento. Asimismo, en relación con el perfeccionismo, pudiera haber sido influyente resaltar el hecho de que la perfección es inalcanzable y las emociones negativas y el tiempo perdido relacionada al intento de alcanzarlo.

4. Conclusión

Con este trabajo se pretende destacar las aportaciones del análisis funcional, realizado desde la orientación conductista, en el tratamiento de sufrimiento y disfunción por conducta obsesiva compulsiva. Se observa su valor en la exhibición ordenada y completa de las variables

que mantenía la conducta problema del cliente, en el desarrollo de objetivos terapéuticos coherentes con este análisis, y en la subsecuente elección de técnicas de intervención destinados a modificar las variables relevantes. Además, se considera que la exposición del análisis en sesión tuvo un efecto terapéutico significativo, ya que el cliente cambió conducta desadaptativa en base a tal exposición.

Generalmente, en toda terapia psicológica, nunca se puede garantizar el éxito de tratamiento. Sin embargo, al analizar la interacción entre la conducta de la persona y su contexto inmediato, así como las variables moduladoras, se fomenta la probabilidad de conseguirlo. Consecuentemente, en este trabajo, se aboga por la utilización del análisis funcional, basado en las leyes científicas de aprendizaje, en la práctica psicológica frente al diagnóstico categórico y el tratamiento estandarizado.

5. Referencia Bibliográficas

- Aguirre, C. J. F., González, G. V., Hernández, C., y Madrigal, K. (2017). Efectos de variar la posición temporal de un estímulo neutro sobre el responder. *PSIENCIA: Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 9(4), 1851-9083. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7329459>
- Bellia, F., Vismara, M., Annunzi, E., Cifani, C., Benatti, B., Dell'Osso, B., y D'Addario, C. (2021). Genetic and epigenetic architecture of obsessive-compulsive disorder: in search of possible diagnostic and prognostic biomarkers. *Journal of Psychiatric Research*, 137, 554-571. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.10.040>
- Caja, R. (2016). Evaluación de un caso de trastorno obsesivo compulsivo e intervención. *Clínica y salud*, 27(1), 23-28. <https://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v27n1/original4.pdf>
- Cañón-Montañez, W., y Rodríguez-Acelas, A. L. (2010). Desarrollo de la investigación en diagnósticos de enfermería. *Revista Cuidarte*, 1(1), 62-72. <https://www.proquest.com/docview/1954230014>
- Cerutti, D. T. (2001). Extinción. En N. J. Smelser y P. B. Baltes (Eds.), *Internacional Encyclopedia of the Social and Behavioural Sciences* (2nd ed., pp. 2501-2511). Pergamon. <https://doi.org/10.1016/B0-08-043076-7/01471-6>
- Chase, P. N. (2006). Teaching the distinction between positive and negative reinforcement. *The Behavior Analyst*, 29(1), 113-115. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2223171/>
- Chiesa, M. (1992). Radical behaviorism and scientific frameworks: From mechanistic to relational accounts. *American psychologist*, 47(11), 1287-1299. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.47.11.1287>
- Coluccia, A., Fagiolini, A., Ferretti, F., Pozza, A., Costoloni, G., Bolognesi, S., & Goracci, A. (2016). Adult obsessive-compulsive disorder and quality of life outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Asian Journal of Psychiatry*, 22, 41-52. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2016.02.001>
- Díaz, R. M. y Antón, G. A. (s.f.). *Manual Curso Análisis Funcional*. Instituto Terapéutico de Madrid (ITEMA).
- Domjam, M. (2007). *Principios de aprendizaje y conducta* (5ta ed.). Paraninfo. https://books.google.es/books?hl=en&lr=&id=RsP0BDhRjwgC&oi=fnd&pg=PR2&dq=aprendizaje+o%09Sensibilizaci%C3%B3n&ots=SV2i3YCMg1&sig=ArJRUYIPhXDxdPI6MOELVyrbMxk&redir_esc=y#v=onepage&q=Sensibilizaci%C3%B3n&f=false
- Fidalgo, M. O. y Parga, M. X. F. (2005). Literatura científica y práctica clínica. Un estudio comparativo sobre la intervención en los problemas obsesivo-compulsivos. *Clinical and Health*, 16(3), 237-251. <https://journals.copmadrid.org/clysa/archivos/97396.pdf>
- Figueroba, A. (2014). Condicionamiento operante: conceptos y técnicas principales. *Revista electrónica Psicología y Mente*. https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/56744592/C._Operante_Conceptos_y_Tecnicas-

- [with-cover-page-v2.pdf?Expires=1646086003&Signature=VMuLkMrIJoQ2J5SHMjoO6e~P2WVfqPNUT7KgGjhVUQ180i8~DBLGcX36oBBiNx2O4F44SKDGwy9ZYNPqn4A75yDV6Pl47eS3xtynnfOLA3-IVkwJSq5qy32CMGEZ9doAMXtUEOBmg5t8Ql9Eib5bmhDxs602JWCARUG~Rsdiod6Cdz oMBqq3tut2FfibJ9Kjai-yf3p4-d7WylvazDJjpk4fgqJST8ouJCRDzgz0ua4lixGbzZdX3azJW4-cKkV7Btz8BzPTcFtKsnPJ7QfnTISdhfaA1XgjuUxcuLTelBkliHpYtZ1orLCpAxpK67gLCql3-cBwERABTyCRTGVg_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA](#)
- Fineberg, N. A., Hollander, E., Pallanti, S., Walitza, S., Grünblatt, E., Dell'Osso, B. M., ... y Menchon, J. M. (2020). Clinical advances in obsessive-compulsive disorder: a position statement by the International College of Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders. *International clinical psychopharmacology*, 35(4), 173-193. [10.1097/YIC.0000000000000314](#)
- Foxall, G. R. (2002). *Consumer Behaviour Analysis: The behavioural basis of consumer choice* (1era ed.). Taylor & Francis.
https://books.google.es/books?hl=en&lr=&id=wnLXcw7IVI0C&oi=fnd&pg=PR13&dq=Consumer+Behaviour+Analysis:+The+behavioural+basis+of+consumer+choice+edited+by+G.+R.+Foxall&ots=Wdv7nPLfOS&sig=DjHGXGHWMetLxAuKSHEQjNEBMPQ&redir_esc=y#v=onepage&q=Consumer%20Behaviour%20Analysis%3A%20The%20behavioural%20basis%20of%20consumer%20choice%20edited%20by%20G.%20R.%20Foxall&f=false
- Franklin, M. E., y Foa, E. B. (2011). Treatment of obsessive compulsive disorder. *Annual review of clinical psychology*, 7, 229-243.
<https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev-clinpsy-032210-104533>
- Garay, A., Orozco, L., Suarez, C., y Torres, M. (2008). Contracondicionamiento en ratas. *Laberinto*, 8(1), 13–16. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/lab/article/view/47301>
- García-Soriano, G., Rufer, M., Delsignore, A., y Weidt, S. (2014). Factors associated with non-treatment or delayed treatment seeking in OCD sufferers: a review of the literature. *Psychiatry Research*, 220(1-2), 1-10.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.07.009>
- Ghirlanda, S., y Enquist, M. (2003). A century of generalization. *Animal Behaviour*, 66(1), 15-36.
<https://doi.org/10.1006/anbe.2003.2174>
- Gimeno, C. P., y Gascó, J. S. (1990). Análisis funcional de la conducta. Un modelo práctico de intervención. *Informacio Psicologica*, (42), 33-38.
<https://www.informaciopsicologica.info/revista/article/download/1305/1246/6323>
- Gutierrez, R. (2012). Why don't people just follow the rules? A psychologist's explanation of safety management beyond behavior based safety. *DuPont Sustainable Solutions*.
https://www.researchgate.net/profile/Rod-Gutierrez/publication/266665089_Why_Don't_People_Just_Follow_the_Rules_The_Psych

- [ology_of_Safety_Management/links/5ac4cbfb458515564eafd12e/Why-Dont-People-Just-Follow-the-Rules-The-Psychology-of-Safety-Management.pdf](#)
- Iñesta, E. R. (2016). El análisis de la conducta: ¿Cruza de especies o ejemplar transdisciplinario?. *Acta Comportamentalia: Revista Latina de Análisis de Comportamiento*, 24(2), 221-243. <https://www.redalyc.org/journal/2745/274545739007/>
- Kosinski, W., y Zaczek-Chrzanowska, D. (2003, September 15-17). *Pavlovian, Skinner, and other behaviourists' contributions to AI*. Intelligent Motion and Interaction Within Virtual Environments (pp. 135-148). <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.95.3498&rep=rep1&type=pdf#page=141>
- Kunkel, J. H. (1997). The analysis of rule-governed behavior in social psychology. *The Psychological Record*, 47(4), 699-716. <https://doi.org/10.1007/BF03395254>
- Lee, J. C. (2021). Second-order conditioning in humans. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 146. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2021.672628>
- Lozano-Vargas, A. (2017). Aspectos clínicos del trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados. *Revista de neuro-psiquiatría*, 80(1), 35-35. <https://doi.org/10.20453/rnp.v80i1.3058>
- Márquez-González, M., Romero-Moreno, R., Marcos, T. F., Otero, M. O., & Marcos, F. (s.f.). *Guía para la Intervención Psicológica en el Trastorno Obsesivo-Compulsivo*. Facultad de Psicología: Universidad Autónoma de Madrid (UAM). <https://docplayer.es/5991248-Guia-para-la-intervencion-psicologica-en-el-trastorno-obsesivo-compulsivo-facultad-de-psicologia-uam.html>
- Martí, M.T. (2013). *Protocolo para la Detección y Manejo Inicial de la Ideación Suicida*. Centro de Psicología Aplicada (CPA): Universidad Autónoma de Madrid (UAM). https://psicologosemergenciasbaleares.files.wordpress.com/2018/01/protocolo_ideacion_suicida.pdf
- Ministerio de Sanidad (2020). *Trastorno Obsesivo Compulsivo* (Publicación BDCAP-Series 2). Secretario General de Salud Digital, Ministerio de Sanidad (pp. 35). https://www.mschs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud_mental_datos.pdf
- Mozzachiodi, R., Baxter, D. A., y Byrne, J. H. (2013). Comparison of operant and classical conditioning of feeding behavior in *Aplysia*. *Handbook of Behavioral Neuroscience*, 22, 183-193. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-415823-8.00015-0>
- Myers, C. G. (2018). Coactive vicarious learning: Toward a relational theory of vicarious learning in organizations. *Academy of Management review*, 43(4), 610-634. <https://journals.aom.org/doi/abs/10.5465/amr.2016.0202>
- Orgaz, I. Z., Lago, T. M., González, A. L., Moreno-Agostino, D., Rubio, E. A., Pillado, C. M., Tabuyo, M. G. y Márquez-González, M. (s.f.). *Guía para la elaboración de un análisis funcional del comportamiento humano*. Facultad de Psicología: Universidad Autónoma de

- Madrid (UAM).
<https://pavlov.psyciencia.com/pdf/Protocolo%20ana%CC%81lisis%20funcional.pdf>
- Ortega, J. V. (2004). Análisis funcional y tratamiento de un paciente con graves problemas de conducta diagnosticado de trastorno límite de la personalidad. *International journal of clinical and health psychology*, 4(1), 207-232.
<https://www.redalyc.org/pdf/337/33740112.pdf>
- Parga, M. X. F. (2020). *Análisis funcional de la conducta humana, concepto, metodología y aplicaciones* (1era ed.). Pirámide.
https://books.google.no/books/about/An%C3%A1lisis_funcional_de_la_conducta_human.html?id=UWL8DwAAQBAJ&redir_esc=y
- Ponniah, K., Magiati, I., y Hollon, S. D. (2013). An update on the efficacy of psychological treatments for obsessive-compulsive disorder in adults. *Journal of obsessive-compulsive and related disorders*, 2(2), 207-218. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2013.02.005>
- Rabinovich, M., y Kacen, L. (2012). Transference in view of a classical conditioning model. *The American journal of psychology*, 125(2), 209-223.
<https://doi.org/10.5406/amerjpsyc.125.2.0209>
- Veale, D., y Roberts, A. (2014). Obsessive-compulsive disorder: a review. *Bmj*, 348, 0959-8138.
<https://doi.org/10.1136/bmj.g2183>
- Ruscio, A. M., Stein, D. J., Chiu, W. T., y Kessler, R. C. (2010). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular psychiatry*, 15(1), 53-63. <https://www.nature.com/articles/mp200894>
- Sánchez, A.B.E. (2009). Técnicas de Modificación de Conducta: Orientaciones para su Empleo en el Aula. Innovación y Experiencias Educativas.
https://archivos.csif.es/archivos/andalucia/ensenanza/revistas/csicsif/revista/pdf/Numero_2_5/ANA%20BELEN_%20ESTEVEZ%20SANCHE_1.pdf
- Sheu, J. C., McKay, D., & Storch, E. A. (2020). COVID-19 and OCD: Potential impact of exposure and response prevention therapy. *Journal of Anxiety Disorders*, 76, 102314.
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102314>
- Sidman, M. (2006). The distinction between positive and negative reinforcement: Some additional considerations. *The Behavior Analyst*, 29(1), 135. [10.1007/BF03392126](https://doi.org/10.1007/BF03392126)
- Spinetto, M. (2008). Tratamiento Cognitivo Conductual para las ideas sobrevaloradas en pacientes que padecen un Trastorno Obsesivo Compulsivo. *Vertex rev. argent. psiquiatr*, 123-131.
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-539691>
- Stokes, T. F., y Osnes, P. G. (2016). An operant pursuit of generalization—Republished article. *Behavior Therapy*, 47(5), 720-732. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.08.012>
- Strom, N. I., Soda, T., Mathews, C. A., & Davis, L. K. (2021). A dimensional perspective on the genetics of obsessive-compulsive disorder. *Translational psychiatry*, 11(1), 1-11.
<https://doi.org/10.1038/s41398-021-01519-z>
- Tabuyo, M. (16 de marzo de 2020). *Cuarentena: ansiedad y obsesión*.
<https://www.elcorreogallego.es/hemeroteca/cuarentena-ansiedad-obsesion-BTCG1236007>

- Till, B. D., y Priluck, R. L. (2000). Stimulus generalization in classical conditioning: An initial investigation and extension. *Psychology & Marketing*, 17(1), 55-72.
[https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1520-6793\(200001\)17:1<55::AID-MAR4>3.0.CO;2-C](https://doi.org/10.1002/(SICI)1520-6793(200001)17:1<55::AID-MAR4>3.0.CO;2-C)
- Weiss, S. J. (2014). Instrumental and classical conditioning. *The Wiley Blackwell handbook of operant and classical conditioning*, 417-451.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/9781118468135.ch17>

6. ANEXOS

6.1. Historia Biográfica: Adultos

Nº Exp: _____

Fecha: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Trata de describir con tus palabras qué dificultad o dificultades tienes y cómo afectan a tu vida.

¿Hace cuánto tiempo tienes estas dificultad/es? ¿A qué edad estimas que se iniciaron?

¿Con qué frecuencia te ocurre aproximadamente (mensual, semanal, diaria...)?

En la actualidad, ¿qué crees que puede estar causando tus dificultades?

¿Hay factores que las inician o **empeoran**?

(Descríbelos)

- Momentos del día

- Personas

- Lugares

- Situaciones

¿Hay factores que las amortiguan o **mejoran**?

(Descríbelos)

- Momentos del día

- Personas

- Lugares

- Situaciones

¿Quién te aconsejó venir?

¿Tienes algún problema de carácter médico que pueda interferir, contribuir y/o intensificar tus dificultades actuales?

- SÍ** (especifique cuál): _____
- NO**

Señala los síntomas que padeces actualmente (rodea el número):

1. Dolores de cabeza	7. Ataques de pánico	13. Ideas de suicidio
2. Dolores de estómago	8. Fatiga	14. Temblor
3. Alteración del apetito (aumento / disminución)	9. Dificultades para disfrutar	15. Pensamientos negativos /repetitivos
4. Tristeza y/o apatía	10. Tensión muscular	16. Ahogos
5. Mareos y/o desmayos	11. Pesadillas	17. Miedos
6. Alteración del sueño (aumento / disminución)	12. Dificultades de concentración	18. Tics

19. Otros: _____

REFERENCIA A TRATAMIENTOS ANTERIORES

¿Has buscado tratamiento psicológico, psiquiátrico o médico anteriormente?

- SÍ*** (especifique de qué tipo): psicológico psiquiátrico médico
- NO**

*En caso de que hayas buscado tratamiento anteriormente, escribe en orden cronológico la especialidad profesional de quien te atendió (endocrinología, psiquiatría, cardiología...) y el tratamiento que te prescribió:

Fecha	Especialidad	Tratamiento

Actualmente, ¿tomas alguna medicación?

- SÍ** (especifique cuál): _____
- NO**

Especifica tu consumo, pasado y actual, de las siguientes sustancias:

° Alcohol: Pasado _____ Actual _____

° Tabaco: Pasado _____ Actual _____

° Marihuana/Hachís: Pasado _____ Actual _____

° Otras sustancias (cocaína, etc.): Pasado _____ Actual _____

EXPECTATIVAS SOBRE LA TERAPIA Y MOTIVACIONES

¿Qué interés tiene para ti seguir un tratamiento psicológico en este momento?

¿Te ha costado mucho decidirte a acudir a un/a psicólogo/a?

Después de una primera entrevista, ¿crees que la terapia te puede servir?

¿En qué crees que puede ayudarte?

¿Cuánto tiempo estimas que puede durar la terapia?

¿Qué desearías cambiar en tu vida? ¿Qué crees que puede impedirte cambiar?

DATOS FAMILIARES

Indica la edad de cada uno de tus familiares y describe el carácter y la relación con cada uno de ellos:

Edad	Descripción del carácter	Relación
Padre:		
Madre:		
Hermanos:		
Hijos:		
Otros:		

¿Cómo fue el ambiente familiar durante tu infancia?

¿Qué personas viven contigo en el hogar actualmente?

¿Piensas que el origen de tus dificultades está relacionado, en algún aspecto, con tu ambiente familiar?

- SÍ*** especifica
- NO**

RELACIÓN DE PAREJA / SEXUALIDAD

¿Tienes pareja estable?

- SÍ** (fecha de inicio de la relación): _____
- NO**

¿Convives con tu pareja?

- SÍ** (¿desde cuándo?): _____
- NO**

Indica la edad y describe el carácter y la relación con tu pareja:

¿Consideras que su vida erótica/sexual (en pareja o de forma individual) se ha visto afectada por tu problema?

- SÍ** (¿en qué?): _____
- NO**

Indica el grado de satisfacción con tus relaciones eróticas/sexuales **antes** de que se iniciase el problema que te trae a terapia:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Indica el grado de satisfacción con tus relaciones eróticas/sexuales en la **actualidad**:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ASPECTOS SOCIALES E INTERESES

¿Qué te gusta hacer en tus **días libres**? ¿Cómo te gusta **divertirte**?

¿Qué grado de facilidad tienes para **conocer gente y relacionarte** con los demás?

¿Tienes dificultades para **profundizar o mantener** las relaciones de amistad?

¿Hay actualmente alguna persona de tu entorno social con la que tengas problemas o **interfiera en tu vida** de alguna forma?

¿Hay alguien de tu entorno que te esté ayudando a **superar tus dificultades**? ¿De qué forma lo está haciendo?

Indica tu grado de satisfacción con tus **relaciones sociales**:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Pertenece a alguna confesión religiosa? ¿Cuál?

INFORMACIÓN ACADÉMICA

¿A qué tipo de colegio y/o instituto fuiste? ¿Cómo fueron tus resultados académicos?

¿Cómo te adaptaste a la situación escolar?

¿Cuál es tu formación después de los estudios obligatorios?

INFORMACIÓN PROFESIONAL

¿Trabajas en la actualidad? Describe tus funciones.

¿Tienes dificultades en tu entorno laboral (relaciones con compañeros, jefes, carga de trabajo...)?

¿Cuáles son los aspectos que **más** te gustan y los que **menos** de tu trabajo actual?

¿Qué aspiraciones laborales tienes?

6.2. Consentimiento Informado

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PROTECCION DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

Expediente: _____

Madrid _____ / _____ / _____

A fin de dar cumplimiento a las obligaciones derivadas del Reglamento 2016/679 de la UE de 27 de abril de protección de datos de carácter personal y la Ley Orgánica 3/2018 de protección de datos y garantías de los derechos digitales, le informamos de que:

Tauana Verena Matias Lago, con NIE X3166010Z, responsable del Centro Implica y domicilio social en c/ Manuel Alexandre 12, para poder prestar el servicio terapéutico solicitado y proceder a su facturación, necesita que el usuario le proporcione los siguientes datos personales:

Nombre: _____ Apellidos _____

DNI: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Provincia: _____ CP _____

Nº de teléfono: _____ Email: _____

Firma manuscrita para control de asistencia a sesiones terapéuticas

- Los datos de carácter personal recabados en este documento se utilizarán por IMPLICA para los siguientes fines:
 - **Prestación del servicio (1)**
 - Ficheros y bases de datos para la identificación del usuario y expediente
 - Prestación del servicio terapéutico, con apertura de expediente físico en soporte pape/digital, donde se incluirán los datos confidenciales aportados por el propio usuario que serán de exclusivo uso del terapeuta asignado, el cual se encuentra sujeto a la confidencialidad de los mismos por secreto profesional. No se realizará ningún tratamiento adicional de los mismos.
 - Medio de contacto con el usuario para la realización de comunicaciones relacionadas con el servicio.
 - Control de asistencia a las sesiones terapéuticas.
 - **Comunicaciones comerciales (2):** actividades, formación, cursos y news letters
 - **Uso de la grabación de voz de un registro audiovisual (3):** manteniendo el anonimato, para investigación y/o formación de los alumnos en prácticas del centro.
 - **Elaboración de estadísticas (4)**
- La licitud del tratamiento se basa en el consentimiento del usuario y en la ejecución del contrato de prestación del servicio terapéutico por parte de Tauana Verena Matias Lago, responsable del centro Implica (Art. 6.1.a y b del Reglamento 2016/679/UE de 27 de abril). En caso de no facilitarlos no podrá prestarse el servicio.
- Los datos se mantendrán el tiempo que dure la prestación de servicio. Finalizado éste se conservarán durante 1 año. Pasado ese plazo se procederá al archivo y sellado de los datos manteniéndolos a los efectos de cumplimiento normativo obligatorio (facturación/contabilidad) y solicitud de autoridades competentes conforme plazos legales.

- Tauana Verena Matias Lago, responsable del Centro Implica, garantiza la seguridad adecuada de los datos personales y confidenciales proporcionados por el usuario en todas las fases del tratamiento.
- El responsable del tratamiento de datos es Tauana Verena Matias Lago, responsable del Centro Implica.
- En cualquier momento podrá solicitar al responsable del tratamiento el acceso a sus datos, su rectificación o supresión, así como la limitación u oposición a su tratamiento conforme a lo establecido en el Reglamento 2016/679 de la UE, para ello deberá dirigirse a Tauana Verena Matias Lago, responsable del Centro Implica mediante correo electrónico dirigido a info@implicapsicologia.com También, en cualquier momento, podrá retirar el consentimiento prestado, dirigiéndose la petición al mismo correo electrónico, sin que ello afecte a la licitud del tratamiento antes de su retirada.
- Los datos no serán objeto de transferencias internacionales a terceros países u organizaciones ni servirán para la elaboración de perfiles.
- Asimismo, le asiste el derecho a presentar una reclamación, por el tratamiento de sus datos personales, ante la autoridad de control competente: Agencia estatal de protección de datos.

Leída la información anterior, Dª/D _____, haciéndose responsable de la veracidad de los datos y comprometiéndose a comunicar a Tauana Verena Matias Lago, responsable del Centro Implica, cualquier modificación de los mismos, consiente el tratamiento de sus datos personales conforme a los términos anteriormente expresados para

Prestación de servicios (1)

Grabación anónima (3)

Comunicaciones comerciales (2)

Elaboración de estadísticas (4)

Firma:

NORMAS DEL CENTRO:

Así mismo, para garantizar un buen funcionamiento de la terapia, ésta se rige por las siguientes normas:

- La forma de abonar las sesiones puede realizarse por **sesión o por bonos**. Las sesiones se podrán abonar en **efectivo** o a través de **transferencia bancaria**. Los pagos se realizarán al finalizar cada sesión en recepción, en caso de abonarse en efectivo, o en caso de ser transferencia bancaria tendrán que realizarse antes de la cita. Es preciso hacer llegar al centro el justificante de pago: en caso contrario no podrá realizarse la sesión.
Los bonos no son reembolsables y tendrán una validez de 4 meses.
- **Tras dos sesiones sin abonar con anterioridad** se cancela temporalmente la prestación de servicios quedando a la espera del ingreso.
- Cada sesión finaliza a la hora indicada y tiene una **duración aproximada de 50 minutos**. Por ello se ruega a los clientes puntualidad con objeto del máximo aprovechamiento posible de cada tratamiento.
- En caso de dificultad para asistir a una sesión confirmada, deberá avisarlo con **al menos 24 horas** de antelación llamando al 645 16 37 56. En ausencia de aviso se cargará el valor de la sesión. Si el motivo es por enfermedad, habrá que presentar justificante médico y no se procederá al cargo.

¿Cómo ha conocido el centro?

- ✓ A través de recomendación
- ✓ Redes sociales
- ✓ Página web
- ✓ Otros: _____

Nombre y Apellidos:

Leído y conforme,