

# **Intervención de un caso de Trastorno Obsesivo-Compulsivo desde el Análisis Funcional**

---

Máster de Psicología General Sanitaria

---

**Autor/a: María del Carmen Aragón Rodríguez**

**Tutor/a clínico: Andrea Sánchez Fernández**

**Tutor/a académico: Tauana Matías Lago**

Fecha de realización del trabajo: 28/02/2023

Nº palabras: 11.630

## Resumen

En el presente trabajo se expone un estudio de caso clínico de una paciente que sufre mucha activación dada la alta carga de trabajo a la que está sometida, a la par que presenta obsesiones y compulsiones que pueden ser manifiestas o encubiertas. El proceso de intervención tuvo lugar en un total de 27 sesiones, dentro de las cuales, las cuatro primeras estuvieron destinadas a recabar información y el resto a la intervención propiamente dicha. El tratamiento llevado a cabo con la paciente se realizó desde la orientación conductual y se emplearon diferentes técnicas como fueron la Reestructuración Cognitiva, la Respiración Diafragmática, la Exposición con Prevención de Respuesta y la planificación de actividades agradables. A pesar de que la terapia no se pudo finalizar de manera completa, ya que la terapeuta dejó el centro en el que se encontraba y la paciente no pudo continuar con ella, se observaron mejoras significativas en la usuaria. Cabe destacar que durante todo este trabajo va a ser visible la importancia que se le da al tratamiento en personas que sufren obsesiones y compulsiones dado el enorme grado de malestar que puede suponer en aquellos que lo padecen, además de la relación que existe entre dicha problemática y los Trastornos de Ansiedad en la actualidad.

*Palabras claves:* Análisis Funcional, ansiedad, compulsiones, Exposición con Prevención de Respuesta, obsesiones, Reestructuración Cognitiva, Respiración Diafragmática.

### **Abstract**

This paper presents a clinical case study of a patient who suffers a lot of activation given the high workload to which she is subjected, at the same time that she presents obsessions and compulsions that can be overt or covert. The intervention process took place in a total of 27 sessions, within which the first four were used to gather information and the rest to the intervention itself. The treatment carried out with the patient was carried out from the behavioral orientation and different techniques were used such as Cognitive Restructuring, Diaphragmatic Breathing, Exposure with Response Prevention and the planning of pleasant activities. Despite the fact that the therapy could not be completed completely, since the therapist left the center where she was found and the patient could not continue with it, significant improvements were observed in the user. It should be noted that all this work will make visible the importance during which treatment is given to people who suffer from obsessions and compulsions given the enormous degree of discomfort that it can cause in those who suffer from it, in addition to the relationship that exists between said problem and Anxiety Disorders today.

*Keywords:* anxiety, Cognitive Restructuring, compulsions, Diaphragmatic Breathing, Exposure with Response Prevention, Functional Analysis, obsessions.



<b>1. Introducción</b> .....	6
1.1 Prevalencia .....	8
1.2 Comorbilidad .....	8
1.3 Etiología .....	9
1.3.1 Área biológica .....	9
1.3.2 Área neuropsicológica .....	9
1.3.3 Área psicológica .....	9
1.4 Tratamiento .....	11
1.5 Relevancia de hacer un estudio de caso de TOC .....	13
<b>2. Identificación del paciente y motivo de consulta</b> .....	14
<b>3. Estrategias de evaluación</b> .....	15
3.1 Historia biográfica .....	15
3.2 Entrevista semiestructurada .....	16
3.3 Autorregistros .....	16
3.4 Cuestionarios .....	17
3.4.1 BDI-II .....	18
3.4.2 STAI .....	18
<b>4. Formulación clínica del caso</b> .....	18
4.1 Resultados de la evaluación .....	18
4.1.1 Análisis funcional .....	19
4.2 Objetivos del tratamiento .....	28
<b>5. Tratamiento</b> .....	29
<b>6. Valoración del tratamiento</b> .....	34



6.1 Adherencia al tratamiento .....	34
6.2 Resultados tras el tratamiento .....	35
<b>7. Discusión y conclusiones .....</b>	<b>37</b>
<b>8. Referencias bibliográficas.....</b>	<b>43</b>
<b>9. Anexos .....</b>	<b>48</b>
<b>Anexo A: Historia biográfica .....</b>	<b>48</b>
<b>Anexo B: Autorregistros de la fase de intervención .....</b>	<b>55</b>
<b>Anexo C: Listado de actividades agradables .....</b>	<b>57</b>
<b>Anexo D: Comparación de autorregistros de malestar de las semanas 4 y 23 .....</b>	<b>58</b>

#### Índice de figuras

<b>Figura 1: Autorregistro de situaciones de malestar .....</b>	<b>17</b>
<b>Figura 2: Cadena funcional 1 de “gestión del tiempo” .....</b>	<b>22</b>
<b>Figura 3: Cadena funcional 2 de “gestión del tiempo” .....</b>	<b>23</b>
<b>Figura 4: Cadena funcional 3 de “gestión del tiempo” .....</b>	<b>24</b>
<b>Figura 5: Cadena funcional 1 de “obsesiones y compulsiones” .....</b>	<b>26</b>
<b>Figura 6: Cadena funcional 2 de “obsesiones y compulsiones” .....</b>	<b>27</b>
<b>Figura 7: Objetivos y plan de intervención para “obsesiones y compulsiones” .....</b>	<b>28</b>
<b>Figura 8: Objetivos y plan de intervención para “gestión del tiempo” .....</b>	<b>29</b>
<b>Figura 9: Jerarquía de exposición .....</b>	<b>33</b>
<b>Figura 10: Verbalizaciones de la usuaria en cuanto a su grado de bienestar .....</b>	<b>35</b>

## 1. Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud no solo se define por la falta de enfermedades, si no que se caracteriza también por un estado absoluto de bienestar mental, físico y social. Así mismo, un gran componente para tener una salud mental óptima es mantener una respuesta apta al estrés cotidiano del día a día. De hecho, uno de los elementos que predisponen a las personas a desarrollar un Trastorno de Ansiedad es, precisamente, los factores estresantes de la vida diaria. En relación con este trastorno, la OMS asegura que más de 260 millones de personas en todo el mundo sufren del mismo (Chacón et al., 2021).

Según Celis et al. (2001), la ansiedad es una reacción emocional implicada en los procesos de adaptación ante eventos aversivos o peligros anticipados. La ansiedad está presente en nuestra vida diaria, todas las personas viven, como poco, un grado moderado de ansiedad, que es considerada una respuesta adaptativa (Sierra et al., 2003). Este nivel normal de ansiedad hace posible un mejor rendimiento en las actividades cotidianas. En cambio, cuando esta ansiedad es excesiva se produce un deterioro en el rendimiento diario (Celis et al., 2001). Un ejemplo de ese deterioro donde la ansiedad se convierte en un problema es cuando dicha ansiedad experimentada es capaz de desatar un Trastorno Obsesivo-Compulsivo (de ahora en adelante TOC) con la función de neutralizar esa ansiedad que le genera un suceso que el sujeto vive como probable y perjudicial (Lancha y Carrasco, 2003). Son varios los autores que hablan de esta relación entre ambos trastornos. Turner y Beidel (1988; citado en Aldaz y Sánchez, 2005) observaron una ansiedad desadaptativa en aquellas personas sufridoras de obsesiones y compulsiones. Carr (1974), señaló que la base del TOC está en la anticipación de una amenaza, esto se relaciona con lo anteriormente mencionado por Celis et al. (2001). Siguiendo esta misma línea, en un estudio de Lancha y Carrasco (2003) sobre la ansiedad ante los exámenes, la anticipación que hacía el sujeto de un posible suspenso constituía la base del TOC. En otro estudio llevado a cabo por Torres et al. (2022) para averiguar la correlación entre la ansiedad y el TOC, se comprobó que en una población de estudiantes de medicina era frecuente el

desarrollo de ambos trastornos de manera correlacionalmente positiva y significativa.

Según indica el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición (a partir de ahora DSM-5 por sus siglas en inglés), existe una importante relación entre los Trastornos de Ansiedad y algunos de los tipos de TOC (APA, 2014). Esto queda plasmado en la secuencia de capítulos de dicho DSM-5, donde se observa el capítulo de TOC y trastornos relacionados siguiendo al capítulo de los Trastornos de Ansiedad. Cabe destacar que esto no ha sido así en las ediciones anteriores del DSM, ya que, anteriormente el TOC se encontraba dentro de los Trastornos de Ansiedad. Este cambio se debe a un conjunto de convicciones en lo referente a comorbilidad, neurobiología, circuitos cerebrales y respuesta al tratamiento que han establecido la conceptualización del TOC como un espectro específico fuera de los Trastornos de Ansiedad (Castelló, 2014).

El TOC es considerado una alteración clínica formado por un conjunto de afecciones cognitivas y conductuales y que causa una enorme incapacitación en aquellos que lo padecen (Zabala, 2020). Según el DSM-5, dicho trastorno está caracterizado por la presencia de obsesiones y compulsiones. De acuerdo con la APA (2014), “Las obsesiones son pensamientos, imágenes o impulsos de naturaleza repetitiva y persistente” (p. 238). Dichas obsesiones no son placenteras ni voluntarias, sino todo lo contrario, destacan por ser intrusivas y responsables de un gran malestar en quien las padece. Por otro lado, según define la APA (2014), “Las compulsiones son conductas (p. ej., el lavado, la comprobación) o actos mentales (p. ej., contar, repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo que el individuo se siente impulsado a realizar en respuesta a una obsesión o de acuerdo con unas normas que se deben aplicar de manera rígida” (p. 238). Al igual que las obsesiones, las compulsiones tampoco se viven como algo placentero, sin embargo, tras la realización se puede experimentar un alivio de la ansiedad.

En cuanto a los temas concretos de estas obsesiones y compulsiones, según indica el DSM-5 (APA, 2014), hay una gran variabilidad, no obstante, hay cierta frecuencia en algunos contenidos.

Destacan las obsesiones de contaminación junto a compulsiones de limpieza; obsesiones de simetría con compulsiones de contar, ordenar o repetir; obsesiones de pensamientos sobre aspectos religiosos, sexual o moral y las obsesiones de miedo a causar daño en uno mismo o en los otros con compulsiones de comprobación.

### **1.1 Prevalencia**

En cuanto a la prevalencia mundial del TOC, los estudios estiman una prevalencia anual situada entre el 1,1 y el 1,8 % (APA, 2014). Esto quedaría confirmado por lo también expuesto en la Base de datos clínicos de Atención Primaria (2020). En referencia al género, según el DSM-5 (APA, 2014), en la edad adulta el TOC es más común en mujeres mientras que en la infancia lo padecen más los hombres. En cuanto a la edad de inicio, en el protocolo de TOC (Márquez-González et al., s.f.), se explicita que el trastorno tiende a aparecer en la adolescencia o principios de la adultez.

### **1.2 Comorbilidad**

Respecto a la comorbilidad, según indica el DSM-5 (APA, 2014), las personas diagnosticadas de TOC también suelen presentar otras psicopatologías. Entre las más frecuentes destacan el Trastorno de Ansiedad, el Trastorno Depresivo o Bipolar, el Trastorno de Tics y algún trastorno relacionado, como podrían ser el Trastorno Dismórfico Corporal, la Tricotilomanía o el Trastorno de Excoriación. Algunos autores hacen referencia a una mayor comorbilidad del TOC con Trastornos de la Ansiedad y Trastornos del Estado de Ánimo (Nezu et al., 2006). Por otro lado, Lozano-Vargas (2017), también habla de la comorbilidad del TOC con la Esquizofrenia. Esto queda reflejado también en el DSM-5 (APA, 2014), donde se postula que en personas con esquizofrenia la posibilidad de padecer TOC es del 12% aproximadamente. Por último, cabe destacar también una alta probabilidad de comorbilidad del TOC con algún Trastorno de la Conducta Alimentaria (Behar et al., 2008). En su estudio, Kaye et al. (2004; citado en Behar, 2008), aseguran un 41% de prevalencia de TOC en pacientes con algún desorden de carácter alimentario.

### **1.3 Etiología**

Hoy en día, la etiología del TOC no está clara, es por ello por lo que se han propuesto diferentes vías a la hora de explicar el origen de este (Zabala, 2020). Aldaz y Sánchez (2005) dividen estas aportaciones en tres áreas: área biológica, área neuropsicológica y área psicológica cognitivo-conductual.

#### **1.3.1 Área biológica**

Aldaz y Sánchez (2005) hacen referencia a los estudios de neuroimagen, donde a través de la exploración con PET y SPECT, se han encontrado algunas alteraciones neuroanatómicas en pacientes con TOC. En cuanto a los estudios de neurotransmisión, la hipótesis serotoninérgica pone de manifiesto una disminución de la sintomatología a través de la clomipramina (antidepresivo tricíclico). En último lugar en el área biológica, cabe destacar que hay investigaciones sobre lesiones neurológicas que producen alteraciones en áreas motoras, tales como tics repetitivos, pareciéndose estos a las compulsiones del TOC.

#### **1.3.2 Área neuropsicológica**

Hay estudios que señalan que las personas que padecen TOC presentan dificultades a la hora de memorizar elementos visuoespaciales (Aldaz y Sánchez, 2005). Coincidiendo con lo anterior, Martínez y Piqueras (2008) en una revisión aseguran que algunas funciones cognitivas se encuentran mermadas en pacientes con TOC, siendo estas las ejecutivas y las visuoespaciales, destacando la memoria no visual.

#### **1.3.3 Área psicológica**

Con respecto al área psicológica, existen diferentes modelos que explican el origen y mantenimiento del TOC. Entre los modelos más importantes están: el modelo conductual y el modelo cognitivo. Dentro del modelo conductual, cabe destacar el Modelo bifactorial de Mowrer (1939, 1960): este modelo postula que el trastorno se mantiene en los pacientes a través de un reforzamiento negativo que consiguen al realizar las compulsiones reduciendo así el malestar de las

obsesiones (Aldaz y Sánchez, 2005). Este modelo explica el mantenimiento del problema, sin embargo, no expone de manera absoluta el origen de este (Vallejo, 2001). En cuanto al modelo cognitivo, el Modelo de Salkovskis (1985, 1989): refiere que la disfunción tendría lugar en la medida en que las obsesiones funcionaran como estímulo desencadenante de un cómputo de pensamientos automáticos negativos en contraposición de las creencias de la persona. Para Salkovskis, el contenido de esos pensamientos automáticos negativos trataría sobre la preocupación del paciente en cuanto a cuán responsable es sobre acciones realizadas u omitidas. En estas personas hay un gran malestar cuando se piensa que pueden ser responsables del daño causado por alguna conducta. Para reducir la posibilidad de ser responsable de tal daño entran en acción las compulsiones, capaces estas de reducir el malestar (Aldaz y Sánchez, 2005).

Por otro lado, Gomes de Alvarenga et al. (2018) dividen la etiología del TOC en factores genéticos y no genéticos. En el DSM-5 (APA, 2014) queda recogido que la probabilidad de padecer TOC en familiares de primer grado de adultos con el trastorno es mayor que en aquellos cuyos familiares no presentan TOC. En cuanto a los factores no genéticos, Vasconcelos et al. (2007; citado en Gomes de Alvarenga et al., 2018) hablan de la existencia de factores ambientales precipitantes del TOC. Entre ellos destacan el estrés, un nacimiento prematuro y lesiones cerebrales traumáticas. Así mismo, el DSM-5 (APA, 2014) también da cabida a ciertos factores ambientales. Hace alusión a la posibilidad de desarrollar un TOC tras la vivencia de algún suceso estresante o traumático como serían el maltrato físico y sexual. Siguiendo esta línea, Frías et al. (2013), en uno de sus estudios, llegan a la conclusión de que la existencia de un evento traumático en personas con TOC formaría parte de una variable significativa en la etiología de dicho trastorno.

Como señala Zabala (2020) en su artículo, hoy en día la etiología del TOC es multifactorial, siendo posible su explicación desde diferentes perspectivas. Sin embargo, no se logran explicar todas las características del trastorno.

#### 1.4 Tratamiento

Respecto al tratamiento, Zabala (2020) asegura que existen diferentes posiciones a la hora de intervenir en el TOC, siendo los tratamientos más frecuentes el farmacológico y el psicológico. En cuanto al tratamiento farmacológico podemos hablar de la clomipramina (antidepresivo tricíclico). Pifarré et al. (2001), destacan que hay estudios controlados que demuestran la eficacia de la clomipramina frente a otras estrategias tanto farmacológicas como placebo. Consideran estos, por tanto, a los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina como un tratamiento eficaz para el TOC. Sin embargo, según Navarro (2004), el tratamiento farmacológico presenta ciertas limitaciones, ya que, este no asegura el restablecimiento de los hábitos que la persona con TOC ha ido perdiendo debido a la automatización asociada a su psicopatología. Contreras-Samanez (2010), considera de especial interés acompañar el tratamiento farmacológico, en aquellos pacientes que lo necesiten dada la gravedad del trastorno, con el tratamiento psicológico, consiguiendo así que se cambien esos procesos de aprendizaje.

En cuanto al tratamiento psicológico, hay evidencias de que la intervención que ha resultado ser más efectiva es la basada en la Técnica de Exposición con Prevención de Respuesta (a partir de ahora EPR) (Márquez-González et al., s.f.). Esto es así desde los años 60 debido a la existencia de múltiples estudios en relación con dicho tratamiento (Vallejo, 2001). Algunas de estas investigaciones serían, por ejemplo, la llevada a cabo por Franklin y colaboradores (2000; citado en Vallejo, 2001) donde se concluye que la EPR es útil para el TOC tanto en un contexto clínico como en una asignación aleatoria a la intervención. Este tratamiento se considera el elegido por defecto para intervenir en personas con TOC dado el control que ejerce sobre la sintomatología (Vallejo, 2001).

Finalmente, cabe destacar que la clave estaría en disponer de un tratamiento psicológico efectivo, como sería la EPR, junto a un tratamiento farmacológico y adaptando ambos a las características particulares de cada paciente (Vallejo, 2001).

Siguiendo esta misma línea, se considera de especial interés llevar a cabo una correcta

evaluación para poder ofrecer al paciente un tratamiento acertado. Esto es esencial para que la persona pueda sobrellevar el trastorno de una manera óptima (Fajardo et al., 2021). Sobre todo, teniendo en cuenta el grado de incapacitación que es capaz de provocar el TOC (Vallejo, 2001).

Como indicaron Behobi et al. (2013) las personas diagnosticadas de TOC pueden padecer un enorme malestar a causa de sus obsesiones, además de emplear mucho tiempo en la realización de las compulsiones ocasionándole esto una disfuncionalidad parcial o total. Esta incapacitación no es solo relevante a nivel individual si no que las relaciones sociales de la persona también se ven afectadas dadas las interferencias del trastorno en el proceder cotidiano de la persona (Vallejo, 2001).

Siguiendo esta misma línea, Behobi et al. (2013) consideraron en su estudio que, al mejorar la sintomatología del trastorno mejoraba también la calidad de vida del paciente y de sus familiares.

En relación con obtener un tratamiento eficaz es de especial interés que dicho tratamiento se base en la evidencia científica. La psicología es la ciencia que estudia la conducta humana y durante muchos años se ha perseguido encontrar una herramienta que permitiese a la psicología seguir avanzando como ciencia. Aquí entra en juego el análisis funcional, que es considerado el elemento fundamental de la intervención psicológica por muchos autores. La creación de esta herramienta supuso la implicación de unas teorías científicas que hacían del análisis funcional una manera de intervención puramente psicológica en contraposición al modelo médico. Por lo tanto, la evaluación exhaustiva de la conducta humana y el análisis de las funciones de dicha conducta quedaría en contra del etiquetado diagnóstico o descripción de síntomas, que poco dice de las funciones del comportamiento humano (Froxán, 2020). Es, por lo tanto, el análisis funcional, un elemento relevante en el desarrollo y avance de la psicología como ciencia (Froxán et al., 2020). Actualmente, esta herramienta es considerada la piedra angular del psicólogo para entender, interpretar y/o cambiar el comportamiento del paciente (Froxán et al., 2020). Para empezar a utilizar el análisis funcional, primero hay que entender que el comportamiento se da en un continuo, es decir, el ser humano nunca deja de comportarse. Por esta razón, cuando hacemos uso de esta

herramienta se selecciona la secuencia comportamental de ese continuo que interesa al profesional para hacer el análisis funcional solo de ese fragmento y no de toda la conducta del paciente. Una vez seleccionada la secuencia, el análisis funcional se encarga de instaurar relaciones entre el contexto del individuo y sus propias respuestas, esto es así, ya que esta herramienta contempla el origen del comportamiento humano tanto en el ambiente interno como en el externo (Rocha y Almazán, s.f.).

Para hablar del análisis funcional resulta relevante hablar de los elementos que lo conforman. Por un lado, se encuentran las variables disposicionales, que son supuestos del organismo y del entorno que pueden propiciar que una cadena funcional tenga lugar o no, es decir, tienen unas propiedades que pueden influir en las cadenas, pero nunca serán el origen del problema (Froxán et al., 2020). Por otro lado, están las variables funcionales, estas sí que explicarían el comportamiento de la persona y es por ello por lo que forman el componente principal de todo análisis funcional. Dichas variables estarían visibles en el análisis funcional formando diferentes cadenas de comportamiento. Estas cadenas pueden ser de conductas respondientes, es decir, conductas que tienen lugar bajo el condicionamiento clásico o aprendizaje por asociaciones, o conductas operantes, aquellas que se basan en el condicionamiento operante o aprendizaje por consecuencias (Rocha y Almazán, s.f.).

### **1.5 Relevancia de hacer un estudio de caso de TOC**

Durante esta introducción se ha contextualizado el TOC incluyendo un repaso sobre los datos de su prevalencia, la comorbilidad con otros trastornos; especialmente con el Trastorno de Ansiedad; se ha hablado sobre su variada etiología y de los diferentes tratamientos existentes. A continuación, el trabajo se entornará a un estudio de caso concreto del trastorno propiamente dicho incluyendo la evaluación e intervención que se llevó a cabo con sus correspondientes resultados. Cabe destacar que dicha intervención tuvo lugar a través del análisis funcional de la usuaria, como se ha comentado anteriormente.

De especial interés resulta explicitar la importancia de dicho trabajo en la actualidad. Se

considera relevante dada la repercusión que tienen los Trastornos de la Ansiedad sobre la salud pública. El estudio ESEMeD-España concluyó la existencia de un 6,2% de prevalencia de cualquier Trastorno de Ansiedad en la población (Gancedo-García et al., 2019). Siguiendo esta misma línea, es considerado uno de los 10 motivos fundamentales de discapacidad a nivel mundial (Mendoza, 2019). La importancia de esto radica en la gran comorbilidad que existe entre padecer un Trastorno de Ansiedad y un TOC, con un 76% de probabilidad (Mendoza, 2019). Como se ha explicitado anteriormente, el TOC resulta ser una gran incapacitación para aquel que lo padece (Zabala, 2020). Es por esto y por la prevalencia actual por lo que se considera relevante hacer este estudio de caso, para conocer cómo se podría originar y mantener una problemática así y lo más importante, cómo intervenir sobre ella para reducir en la medida de lo posible el nivel de malestar del paciente.

## **2. Identificación del paciente y motivo de consulta**

A continuación, se hará referencia a la identificación de la paciente mediante datos ficticios para salvaguardar la identidad de ésta, cumpliendo así con la Ley Orgánica de Protección de Datos y respetando el código deontológico profesional. De esta manera, se nombrará a la usuaria como R.

R. es una mujer de 22 años que acude a consulta por el estrés que experimenta en la actualidad al tener una gran carga de responsabilidades en lo académico y en lo laboral. R. considera que desde su adolescencia ha tenido problemas para gestionar el estrés. Sin embargo, es a raíz de su inicio en la vida laboral cuando más presente e insostenible se vuelve esta situación. Debido a ello R. tiene poco tiempo libre y esto le ha llevado a dejar a un lado su autocuidado y sus relaciones sociales, las cuales le gustaría mejorar. Además, esto también le hace sentirse muy agotada y que en el poco tiempo libre que tenga solo quiera estar tumbada en la cama.

Por otro lado, R. también presenta pensamientos obsesivos e intrusivos que le generan mucho malestar, el cual reduce con la realización de compulsiones. Las obsesiones son de diferente índole, ya que pueden ir desde preocupaciones relacionadas con aparatos electrónicos, el coche, las

llaves, etc., hasta pensamientos intrusivos de su día a día como podrían ser sobre su trabajo. En cuanto a las compulsiones, pueden ser manifiestas, como comprobar directamente si ha cerrado el coche, o encubiertas, como por ejemplo rumiar sobre los pasos que ha dado hasta que ha cerrado el coche.

R. es de Toledo, sin embargo, vive en Madrid en un piso compartido para poder asistir a las clases del grado y trabajar. No obstante, cuando tiene días libres vuelve a Toledo donde vive con sus padres. La relación con ellos y con su hermano es buena. En cuanto a sus estudios, R. se encuentra cursando el último año de psicología y en cuanto al trabajo, tiene un puesto de Atención al Cliente en una tienda los fines de semana. Respecto a sus relaciones sociales, R. tiene varios grupos de amigos pero apenas pasa tiempo con ellos. Por otro lado, mantiene una relación afectiva con su pareja a la que suele ver una vez por semana. En cuanto a sus aficiones, le encanta jugar a todo tipo de videojuegos. También le gusta salir a pasear, ir a centros comerciales o estar con sus amigos. En cuanto a los antecedentes psicológicos y/o médicos presenta artrosis de rodilla por genética.

### **3. Estrategias de evaluación**

Como se ha comentado en la introducción de este trabajo, es primordial que haya una buena evaluación del caso para que la intervención tenga el mayor éxito posible. La intervención de R. se llevó a cabo en 27 sesiones semanales, con una duración de una hora cada una. En las primeras cuatro sesiones tuvo lugar una evaluación más exhaustiva para conocer mejor a la paciente, así como desengranar su demanda y poder acordar más tarde los objetivos terapéuticos junto con las consiguientes técnicas de la intervención. Para ahondar en la demanda de la usuaria, así como llevar a cabo una evaluación lo más completa posible se aplicaron diferentes instrumentos.

#### **3.1 Historia biográfica**

La historia biográfica se le pide a la paciente en la primera sesión como tarea para casa y es un instrumento muy utilizado en la psicología para conocer en una primera instancia la historia de

vida del paciente. Se trata de una descripción que hace la propia persona acerca de diferentes hitos de su trayectoria vital, así como explicar con sus propias palabras cómo percibe el usuario su problemática actual. Con esta herramienta se consigue una vista general de la experiencia de la persona desde su infancia hasta el momento presente. Hoy en día, la historia biográfica se considera una técnica común en las diferentes investigaciones, esto así por sus rigurosas propiedades metodológicas (Chárriez, 2012). Para el caso de R. se aplicó la historia biográfica del Centro de Psicología Aplicada (ver en anexo A). Tanto este modelo como la mayoría de las historias biográficas evalúan diferentes datos importantes de la persona, a parte del motivo de consulta, como podrían ser datos sobre tratamientos anteriores, información sobre sus relaciones interpersonales, información académica o laboral, datos sobre los aspectos sociales y expectativas sobre la terapia.

### **3.2 Entrevista semiestructurada**

La entrevista tiene lugar de manera ininterrumpida a lo largo de toda la intervención, ya que, constantemente se está interactuando con la paciente. La entrevista es uno de los instrumentos más utilizados en psicología. Mediante este procedimiento se recaba información que sirve para delimitar la problemática del paciente. A su vez, se analizan también la conducta de este, así como se adquiere información relevante del paciente. Con la entrevista se consiguen también otros beneficios, como serían el establecer una buena alianza entre paciente y terapeuta, establecer los objetivos de la terapia, motivarle hacia el cambio y valorar los resultados tras el proceso terapéutico. Sin embargo, entre sus limitaciones se encuentran la no existencia de datos sobre fiabilidad y validez (Bados y García, 2014). Esto concuerda con lo mencionado en un artículo de Salgado y colaboradores (2007).

### **3.3 Autorregistros**

La terapia psicológica a través del enfoque cognitivo-conductual da mucha importancia al papel activo del paciente, es decir, los objetivos no se van a conseguir únicamente con lo que se trabaje en sesión, sino que será de especial importancia lo que el paciente haga entre las sesiones.

Una de las formas más comunes existentes para llevar a cabo esta tarea es la realización de autorregistros (Abellán, 2018). Esta herramienta, además, ayuda a analizar la relación funcional que se dan entre las conductas problema. Durante el proceso de evaluación, concretamente, se hizo uso del autorregistro de situaciones de malestar, el cual puede verse a continuación en la figura 1.

**Figura 1**

*Autorregistro de situaciones de malestar*

Fecha y hora	Situación	Emoción(es)	Pensamientos	Acción

Se trata de un autorregistro donde la usuaria tenía que especificar las situaciones concretas que le generaban malestar, así como explicar qué sintió, qué pensó y cómo actuó ante esas situaciones. Este autorregistro se le pide a la usuaria en las cuatro primeras sesiones. Tras estas primeras sesiones tienen lugar las vacaciones de navidad, por lo que se le pide también el autorregistro de estas cuatro semanas que el centro permaneció cerrado. Por último, no se le vuelve a pedir este autorregistro hasta las sesiones 19, 20, 22 y 23. En cuanto a la fase de intervención, también se hizo uso de otros autorregistros con el objetivo de llevar a cabo un seguimiento de las estrategias que se le pautaron a la usuaria. Estos autorregistros fueron: autorregistro de entrenamiento en Reestructuración Cognitiva, autorregistro de entrenamiento en Respiración Diafragmática, autorregistro de actividades agradables, autorregistro de frecuencias y autorregistro de Exposición con Prevención de Respuesta. Dichos autorregistros se encuentran en el anexo B.

### **3.4 Cuestionarios**

En la primera sesión se le mandan, como tarea entre sesión, diferentes cuestionarios para que los complete de cara al próximo día de terapia.

### **3.4.1 BDI-II**

El BDI-II (Beck Depression Inventory-II) es el instrumento que se utiliza por excelencia para medir la sintomatología depresiva en población general, es decir, con este instrumento se podrán identificar y cuantificar los síntomas depresivos. Por lo tanto, se considera esta herramienta como útil para detectar usuarios con sintomatología depresiva en población general. No obstante, para asegurar un posible diagnóstico habría que complementar este instrumento con alguna entrevista diagnóstica. En cuanto a su fiabilidad, el BDI-II presenta una consistencia interna y validez factorial buena. Esto es así, ya que, presenta un coeficiente alfa alto y una estructura factorial que evidencia una dimensión general de depresión de manera esclarecida (Sanz et. al, 2003).

### **3.4.2 STAI**

El Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) se conoce como una de las herramientas más frecuentadas por los profesionales para medir la ansiedad. Este cuestionario presenta varias ediciones con las que se han llevado a cabo una comprobación de los índices psicométricos con el fin de perseverar la calidad del instrumento. Sin embargo, sus principales autores fueron Spielberger, Gorsuch y Lushene. El STAI evalúa dos conceptos de la ansiedad, que son, la ansiedad como estado (E) y como rasgo (R). En cuanto a la “Ansiedad Estado” (A/E), se refiere a una situación subjetiva del organismo que puede cambiar en cuanto a tiempo e intensidad. Respecto a la “Ansiedad Rasgo” (A/R), se trata de una tendencia ansiosa del sujeto a sentir los hechos o estímulos como peligrosos y que suele ser estable en el tiempo (Spielberger et al., 2015). En cuanto a sus índices de calidad, cabe destacar que el STAI comprende buenas puntuaciones psicométricas. En un estudio llevado a cabo por Fonseca-Pedrero et al. (2012) para medir las propiedades de dicho cuestionario, se encontraron buenas puntuaciones en cuanto a su consistencia interna para los dos conceptos de ansiedad.

## **4. Formulación clínica del caso**

### **4.1 Resultados de la evaluación**

Tras la evaluación y la utilización de las diferentes herramientas descritas en el apartado

anterior, se obtuvo información muy relevante para la puesta en marcha de la intervención propiamente dicha. En cuanto a los resultados de los cuestionarios, para el BDI-II se obtuvo una puntuación total de 16. Esto, según los índices del cuestionario, estaría dentro de la categoría “depresión leve”. En cuanto al STAI se obtuvieron unas puntuaciones de 43 para el índice “Ansiedad Estado” y 34 para el índice “Ansiedad Rasgo”. Teniendo en cuenta que las medias para ambos índices son, respectivamente, 23.30 y 24.99, la usuaria estaría por encima de la población normal. Estos resultados podrían indicar, por lo tanto, la presencia de ansiedad en la paciente. De especial interés sería también diferenciar ambos conceptos, ya que, se puede comprobar que la usuaria presenta una mayor puntuación para la “Ansiedad Estado”, lo cual es favorable, ya que, a pesar de presentar mayor ansiedad en el momento de la evaluación, su “Ansiedad Rasgo” es más baja y cercana a la media.

La información de los cuestionarios es relevante, pero siempre debe ser complementada por la información que se obtiene de las propias palabras de la usuaria, es decir, es de especial interés analizar lo que ésta cuenta en consulta, así como los diferentes autorregistros que se le mandan. Esto es de gran interés, ya que, es la propia paciente la que pone palabras a su problemática y permite ver cómo percibe su situación.

#### **4.1.1 Análisis funcional**

En este apartado se podrán visualizar los resultados obtenidos a partir de la interacción con la paciente y la información que ha ido dando en consulta y fuera de ella a través de los autorregistros. Tras la recogida de esta información se llevó a cabo el análisis funcional de las conductas problema. Dicho análisis está compuesto por diferentes cadenas funcionales que explican de una manera operativa por qué se mantienen estas conductas en la actualidad. Además, también se hace una descripción de otras variables relevantes que pueden facilitar dicha problemática, aunque no sean el motivo de esta.

Las conductas problemas que se encontraron en R. fueron dos. Por un lado, el manejo que

hace la usuaria de su tiempo y por otro lado la abundancia de obsesiones y compulsiones en su día a día. En referencia a la primera conducta problema, “gestión del tiempo”, lo primero que se le explica a la usuaria son las variables disposicionales, que como se introdujo en el marco teórico, son aquellas que no explican el problema, pero sí influyen en el mismo. En definitiva, son las condiciones en las que la persona se encuentra, así como podrían ser su momento evolutivo, historias de aprendizajes, normas sociales, las propiedades del entorno, etc. Estas variables pueden verse a continuación:

- Modalidad semipresencial de clases que le mantienen constantemente yendo y viniendo de Madrid lo cual le supone un mayor estrés.
- En plena pandemia de COVID que le lleva al ERTE y a sentirse poco realizada al no poder trabajar.
- Altos niveles de autoeficacia y autoexigencia que no le permiten ser más flexible con ella misma y sus tareas.
- Exceso de responsabilidad que la hace estar pendiente de muchas cosas y aumenta el estrés.
- Perfil perfeccionista, rígido y meticuloso que no le permite ser más flexible con ella misma y sus tareas.
- Intolerancia a la incertidumbre y al desorden que le hacen querer ocuparse de todo lo que pueda y que a su vez le ocasiona estrés.
- Falta de independencia económica que le lleva a exigirse estar trabajando.
- Persona con tendencia a la rumiación lo cual le lleva a pensar mucho todo lo que hace, sobre todo si comete errores.
- Necesidad de sentimiento de realización que hace probable que esté constantemente haciendo cosas aunque no tenga tiempo para ella.
- Es una persona muy activa que hace probable que esté constantemente haciendo cosas

aunque no tenga tiempo para ella.

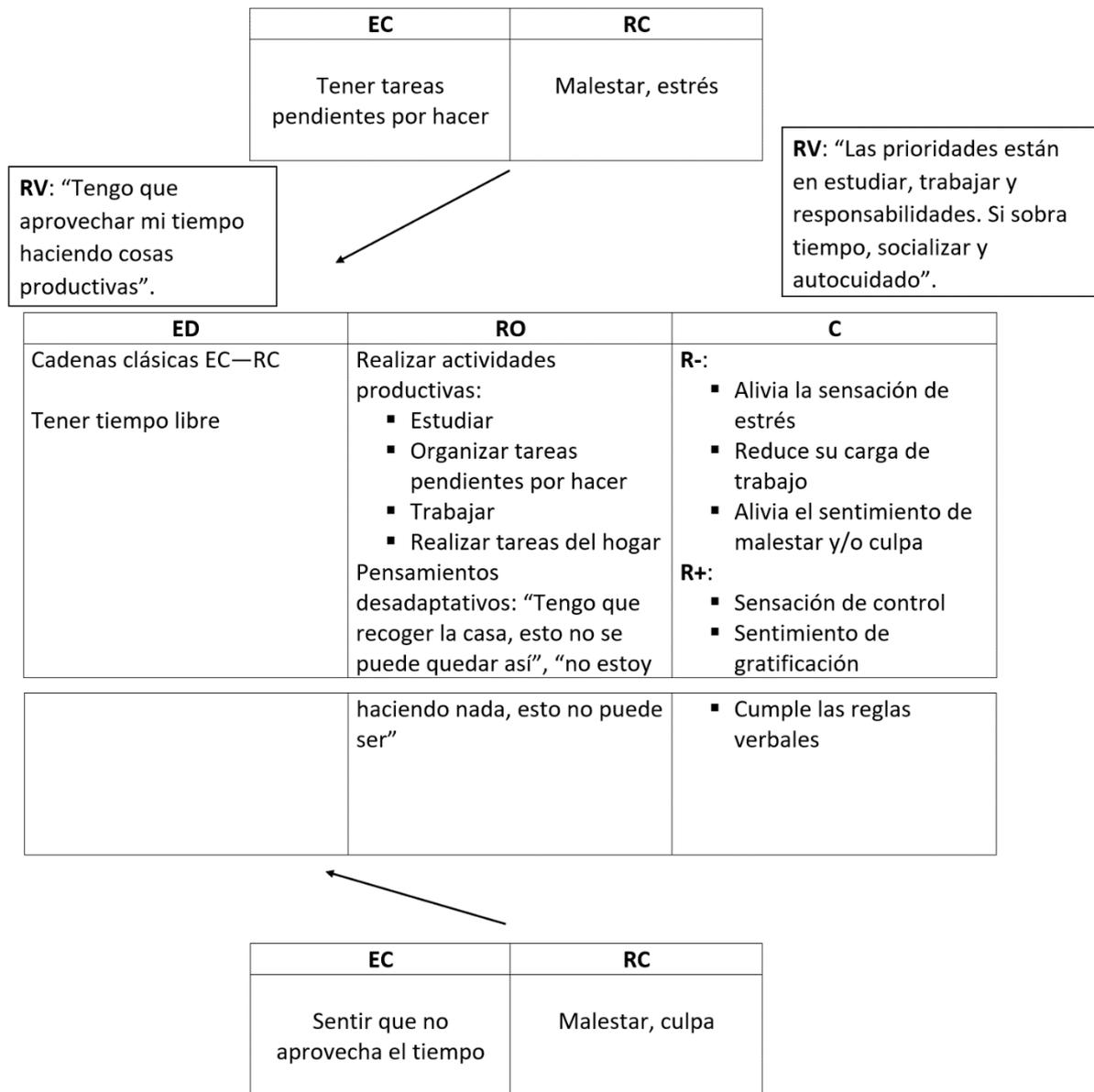
- Alta carga de trabajo tanto a nivel laboral como académico que hace que el estrés experimentado sea mayor.
- Existencia mínima de tiempo libre que hace que se enfoque solo en las obligaciones y a su vez pueda esto ocasionarle mayor estrés.
- Carácter ansioso modelado de los padres que puede influir en cómo gestiona las situaciones de estrés.

En cuanto a la hipótesis de origen, a raíz de que la usuaria comenzara a trabajar y a estudiar a la vez obtuvo muchas consecuencias positivas, como podrían ser: independencia económica, sentimiento de autorrealización, eficacia y productividad. Estos beneficios a corto plazo hicieron que R. quisiera mantenerlos y tener cada vez más. De ahí surge su autoexigencia por mantener tan alta carga laboral y académica. Sin embargo, este enganche a la productividad le ha ocasionado consecuencias a largo plazo que afectan a su calidad de vida, como serían la ansiedad y el estrés que actualmente presenta.

Referente a la hipótesis de mantenimiento, actualmente la usuaria presenta una alta activación fisiológica ante diferentes estímulos de su vida cotidiana. Para paliar estos síntomas fisiológicos (como podrían ser palpitaciones, temblores o sensación de ahogo) y paliar también su malestar, realiza determinados comportamientos que, en efecto, reducen su ansiedad a corto plazo, pero mantienen los síntomas a largo plazo. A continuación, se presentan tres figuras en las cuales se detallan las diferentes cadenas conductuales que forman parte del mantenimiento del comportamiento de R.

Figura 2

*Cadena funcional de cómo realizar actividades productivas reducen el malestar de la paciente*



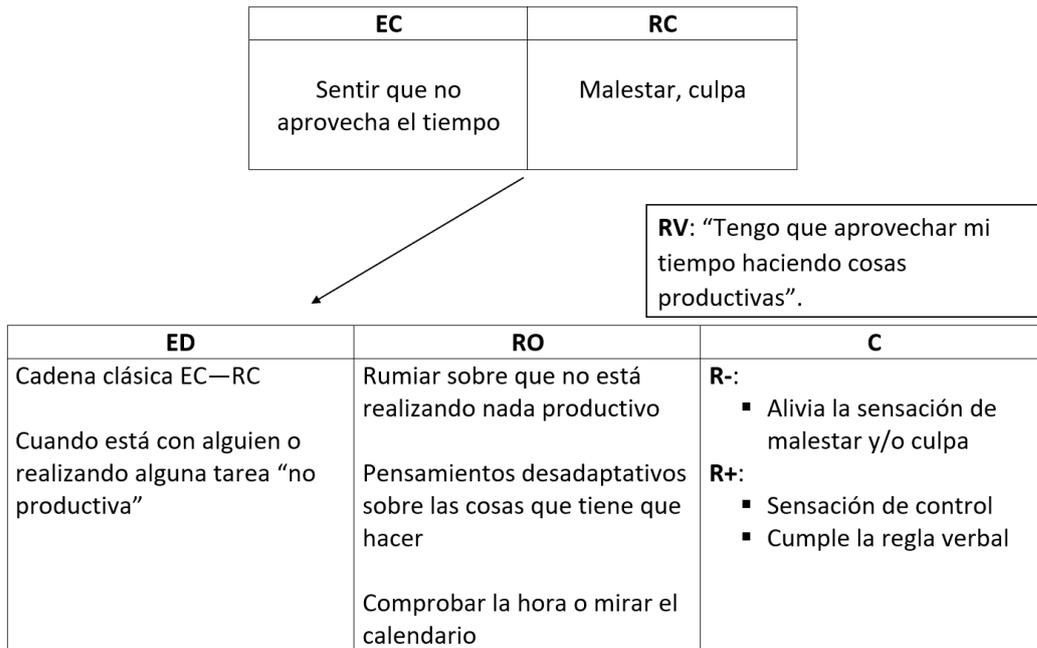
*Nota.* EC → Estímulo Condicionado; RC → Respuesta Condicionada; RV → Regla verbal; ED → Estímulo Desencadenante o Discriminativo; RO → Respuesta Operante; C → Estímulo Consecuente.

Esta cadena refleja como la usuaria ha condicionado de manera aversiva el tener tareas pendientes por hacer y el sentir que no está aprovechando su tiempo. Por lo tanto, si a estas asociaciones se le suman el que R. tenga tiempo libre es muy probable que la paciente lleve a cabo

las diferentes conductas operantes que en la figura se mencionan. Además, sus reglas verbales también propician que se den tales conductas. El que estas respuestas de la usuaria se hayan visto mantenidas tienen que ver con los refuerzos que consigue tras la realización de las conductas.

**Figura 3**

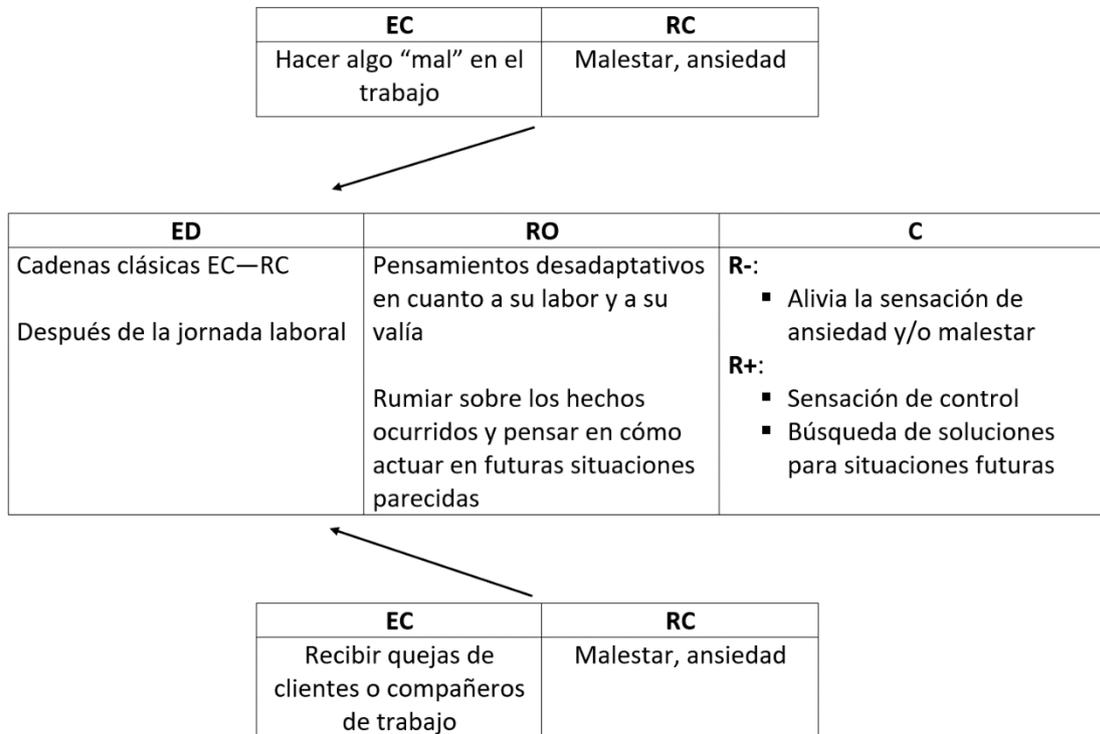
*Cadena funcional de cómo la usuaria se distrae cuando no está realizando “actividades productivas”*



Cuando la usuaria está con otras personas o realizando actividades “no productivas” es incapaz de estar presente en el momento ya que siente un gran malestar al percibir que no está realizando nada provechoso. Esta situación le lleva a rumiar sobre las cosas que debería de estar haciendo o comprueba el calendario y consigue disminuir su malestar generando también una sensación de control.

Figura 4

*Cadena funcional de situación de ansiedad en el trabajo*



Cuando la usuaria tiene alguna discusión en el trabajo o considera que no ha sabido realizar algo correctamente siente un gran malestar. Ante este malestar, y sobre todo cuando ha acabado la jornada laboral, genera pensamientos desadaptativos en relación con su labor y con su valía como trabajadora. Además, también rumia sobre los hechos ocurridos en bucle. Esto se mantiene en el tiempo ya que alivia su malestar a corto plazo y le genera sensación de control.

En relación con la conducta problema "obsesiones y compulsiones", como en la conducta problema "gestión del tiempo", lo primero que se hizo fue explicar a la usuaria las variables disposicionales, que en este caso fueron:

- Modelado por parte de su madre que le ha inculcado desde siempre realizar conductas comprobatorias en relación con los aparatos electrónicos.
- Exceso de responsabilidad que la hacen estar pendiente de muchas cosas y que se obsesione con esas cosas.

- Perfil perfeccionista, rígido y meticuloso que hace probable que tenga obsesiones por la idea de que todo tiene que estar bien.
- Persona con tendencia rumiativa y obsesiva que facilita la gran cantidad de pensamientos intrusivos que tiene.
- Intolerancia al desorden lo cual hace que tenga obsesiones en cuanto a la limpieza.
- Tiene un coche propio nuevo que le supone preocuparse por su buen estado realizando así conductas de comprobación.
- Presenta una alta activación fisiológica que probabiliza el número de obsesiones y compulsiones con las que palia dicha activación.

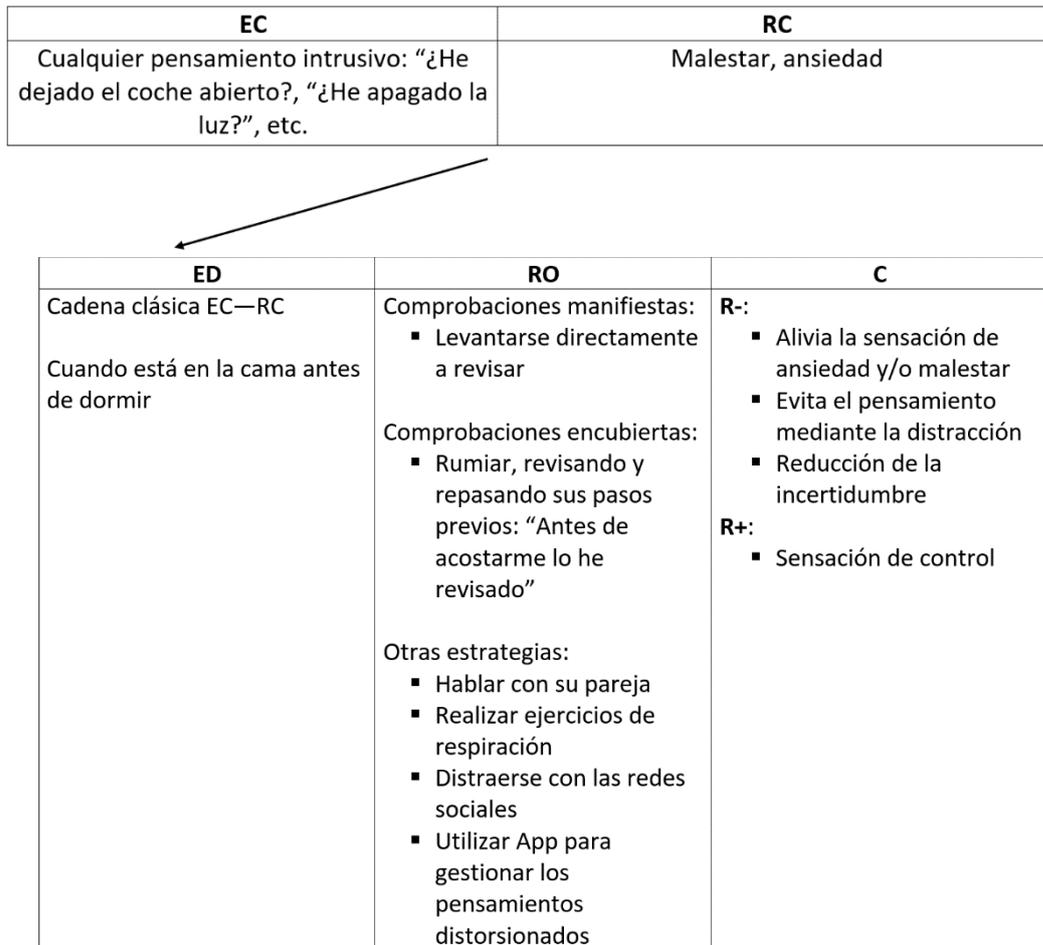
En cuanto a la hipótesis de origen, se puede hipotetizar que, a través del modelado de la madre, R. comenzara a tener este tipo de comportamientos. De esta forma, era su propia madre la que tenía el rol de pensamiento intrusivo ("¿has cerrado bien la puerta?") y esto llevaba a la consiguiente comprobación por parte de la usuaria. Además, la paciente cuenta que una vez se dejó la puerta principal de la casa abierta, por donde se podía acceder desde fuera. Esta situación se condicionó de manera negativa para la usuaria además de tener lugar una posible generalización a otros estímulos. La usuaria también asocia el comienzo de estas obsesiones y compulsiones con la época en la que empieza a tener más estrés a causa del aumento de la carga laboral.

Respecto a la hipótesis de mantenimiento, la usuaria presenta muchas obsesiones de índole diversa. Entre dichas obsesiones destacan las relacionadas con aparatos electrónicos (como el horno, la vitrocerámica, el gas, la nevera, etc.), así como obsesiones sobre las llaves, el coche o la cartera. R. también tiene pensamientos intrusivos relacionados con la limpieza, con sus estudios, con sus compañeros de piso, así como con cosas que puedan sucederle en su día a día. Para paliar la ansiedad que siente al tener estas obsesiones realiza diferentes compulsiones, tanto manifiestas (ir a comprobar, limpiar, etc.) como encubiertas (como podría ser la rumia). A continuación, se muestran

dos figuras con las diferentes cadenas funcionales que conforman la hipótesis de mantenimiento de la paciente.

**Figura 5**

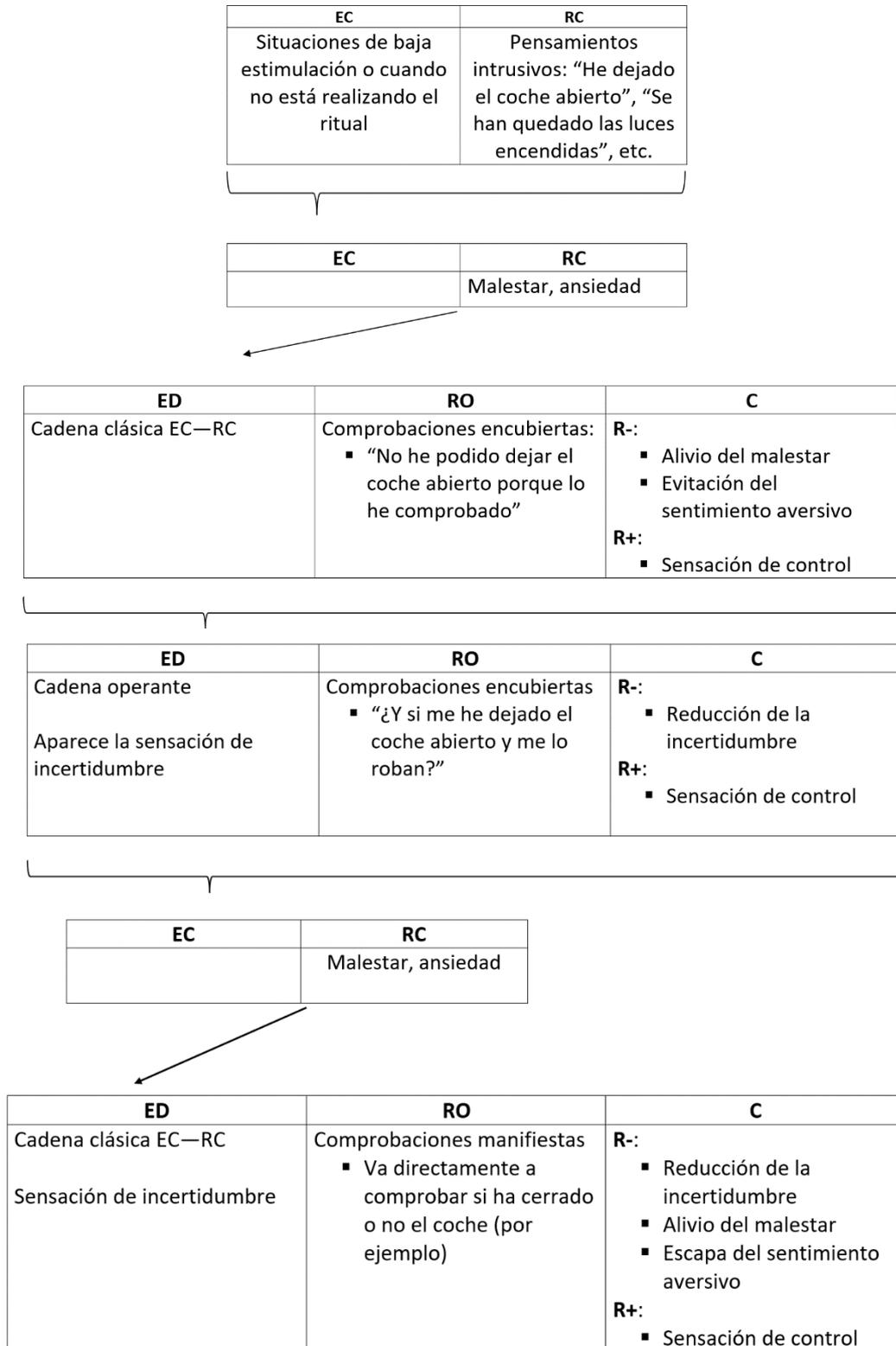
*Cadena funcional del malestar que le ocasionan los pensamientos intrusivos y como lo alivia*



La usuaria presenta diferentes pensamientos intrusivos que le generan mucho malestar. Ante estos pensamientos y al estar en el momento previo a dormir realiza diversas conductas para aliviar su ansiedad. Puede realizar conductas manifiestas, como serían el comprobar directamente o conductas encubiertas, a través de comprobar con sus propios pensamientos. En ocasiones también realiza otras estrategias como podrían ser hablar con su pareja, utilizar alguna red social, etc. Al final lo que consigue con estas conductas es equivalente, aliviar su malestar, reducir la incertidumbre, tener sensación de control, etc.

Figura 6

*Cadena funcional de los pensamientos intrusivos cuando no está realizando el propio ritual o ante baja estimulación*



Cuando la usuaria no realiza su ritual o tiene poca estimulación le surgen pensamientos intrusivos que le llevan a sentir malestar. Ante esta sensación realiza conductas encubiertas para mitigar ese malestar. Tras esta secuencia puede aparecer cierta incertidumbre que le llevaría a realizar más conductas encubiertas “¿y si me he dejado el coche abierto?” que nuevamente reducen su malestar, pero a la vez la acercan a la posibilidad de que su obsesión sea cierta y de nuevo siente ansiedad. Este malestar y la enorme incertidumbre de la usuaria le llevan a comprobar de manera manifiesta directamente. Esto se mantiene en el tiempo ya que reduce la incertidumbre y las sensaciones de malestar del momento.

#### 4.2 Objetivos del tratamiento

En un primer momento la usuaria especifica que su objetivo con la terapia es aprender a gestionar sus dificultades emocionales, así como mejorar su rutina diaria y el estrés que sufre. Tras la devolución del análisis funcional en la cuarta sesión se desarrollaron los objetivos terapéuticos con sus correspondientes técnicas. Dicho plan de intervención se puede ver en las figuras 7 y 8 para las diferentes conductas problemas que presenta la usuaria.

**Figura 7**

*Objetivos y plan de intervención para la conducta problema “obsesiones y compulsiones”*

Objetivos	Técnicas
Reducir y aprender a manejar el malestar y/o la alta activación fisiológica que generan los pensamientos obsesivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exposición con prevención de respuesta</li> <li>- Reestructuración cognitiva/moldeamiento</li> </ul>
Reducir y/o eliminar las conductas de evitación relacionadas con comprobaciones conductuales y encubiertas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exposición con prevención de respuesta (sin realizar la comprobación)</li> <li>- Reestructuración cognitiva</li> <li>- Conductas incompatibles</li> <li>- Respiración diafragmática (técnica de apoyo)</li> </ul>

**Figura 8**

*Objetivos y plan de intervención para la conducta problema “gestión del tiempo”*

<b>Objetivos</b>	<b>Técnicas</b>
Disminuir y/o eliminar las verbalizaciones desadaptativas y las reglas relacionadas con sus responsabilidades	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Psicoeducación sobre los pensamientos racionales e irracionales</li> <li>- Reestructuración cognitiva</li> </ul>
Control y disminución de las conductas rumiativas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reestructuración cognitiva</li> <li>- Parada de pensamiento (tiempo basura)</li> <li>- Distracción</li> <li>- Entrenamiento en atención focalizada</li> </ul>
Reducir el malestar asociado a la inactividad, no realización de tareas, espacios desorganizados/sucios, etc.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exposición con prevención de respuesta</li> </ul>
Reducir y/o eliminar la activación fisiológica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Respiración diafragmática</li> </ul>
Aumentar las actividades de ocio, sociales y autocuidado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Planificación de actividades agradables</li> </ul>
Mejorar la organización del tiempo y actividades	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrenamiento en planificación y organización</li> </ul>

## 5. Tratamiento

Como se ha comentado anteriormente, la intervención del caso tuvo una duración total de 27 sesiones dentro de las cuales las tres primeras fueron principalmente evaluativas y la cuarta se dedicó a la devolución del análisis funcional. En cuanto al resto de sesiones, estuvieron encaminadas al tratamiento propiamente dicho con el fin de conseguir los objetivos terapéuticos que se habían planteado con anterioridad. Para poder llevar a cabo dichos objetivos se diseñó una intervención basada en el análisis de la conducta y se pusieron en marcha diferentes técnicas a lo largo de todo el tratamiento. A continuación, se hará un repaso de todas las técnicas que se utilizaron, así como en qué sesiones tuvieron lugar y los sucesos más relevantes que acontecieron a lo largo de toda la intervención.

En las sesiones 5 y 6 se realizó una psicoeducación sobre los pensamientos racionales e

irracionales, así como una explicación de la técnica de “Reestructuración Cognitiva”. Con dicha técnica lo que se consigue es transformar el contenido de dichos pensamientos desajustados (Antona et al., 2006). El proceso de esta reestructuración es el siguiente: el paciente identifica sus pensamientos desadaptativos, una vez localizados los cuestiona y reemplaza por otros más ajustados y que no le causen tanto malestar (Bados y García, 2010). Esta técnica es la primera que se pone en marcha dada la gran cantidad de verbalizaciones desadaptativas y reglas rígidas que presentaba la usuaria. Estas verbalizaciones son de diversa índole, ya que, por un lado están las relacionadas con sus responsabilidades y la imposibilidad de perder el tiempo, y por otro lado están las relacionadas con sus pensamientos obsesivos. La reestructuración no solo le sirvió a la usuaria para disminuir y/o modificar sus pensamientos irracionales, sino que también se utilizó con el fin de controlar y/o disminuir la rumia que presentaba. Un ejemplo de R. de esta técnica sería cambiar de “no estoy satisfecha con las notas de este cuatrimestre” a “he tenido buenas notas, no he suspendido ninguna y he hecho lo que he podido”.

La siguiente técnica que se puso en marcha fue la “Respiración Diafragmática”, ya que, la usuaria presentaba muchos momentos de activación fisiológica a lo largo del día. La técnica se explicó por primera vez en la sesión 9 y, en esta misma sesión, se llevó a cabo un ensayo para verificar que lo había comprendido. Esta técnica fue aumentando el grado de su dificultad conforme la usuaria iba ganando agilidad en la práctica. En un primer momento se le pautó que lo hiciera tumbada en la cama con los ojos cerrados, luego tumbada en la cama con los ojos abiertos, más tarde tuvo que hacerlo sentada, después de pie, más tarde andando, posteriormente escuchando sonidos abruptos y en último lugar se le pautó hacerlo en posiciones, es decir, mientras conducía, cuando estaba montada en el metro, etc. Cuando la usuaria consiguió dominar todos estos pasos previos se le permitió poner en marcha esta estrategia en su contexto natural, esto tiene lugar en la sesión 23.

Siguiendo con el área problema de la gestión del tiempo, en la sesión 14, se le planteó a la

usuaria la planificación de actividades agradables para que pudiera dedicar su tiempo no solo a las responsabilidades, sino también a su autocuidado. En esta sesión se le pregunta a la usuaria por su horario cotidiano para ver en qué momento cabría mejor introducir algunas de estas actividades agradables. A continuación, entre paciente y terapeuta se elaboró una lista con aquellas que resultaban más gratificantes para la usuaria (consultar anexo C) y se empezaron a pautar de manera progresiva. Conforme avanzaba la terapia se iba aumentando el número de actividades a llevar a cabo por semana.

Continuando por la sesión 15, se le pidió a la usuaria que registrara la frecuencia con la que realizaba las labores de ordenar y/o limpiar a la par que se le pautó exponerse a no realizarlas. Esto tenía el objetivo de ver si conseguía disminuir el número de veces que realiza tales actividades dado que la paciente empleaba mucho tiempo en las mismas pudiendo emplear ese tiempo en su autocuidado, por ejemplo. En esta misma sesión también se le entrenó en la planificación y organización con la idea de que pudiera confeccionar un horario más pautado, aunque flexible y abierto. Al final todas estas herramientas tenían la misma función, que era dotar a la usuaria de la capacidad de poder disfrutar de su tiempo libre con actividades que fueran también gratificantes para ella, y no solo con responsabilidades. Cabría destacar que estas pautas no se podrían haber logrado si previamente no se hubiera trabajado con la usuaria la reestructuración cognitiva, así como el haber modificado esos pensamientos que eran los que le llevaban a realizar tales conductas.

Siguiendo por la sesión 17, se le propuso una nueva pauta para los momentos en los que estaba con amigos o familiares y era incapaz de disfrutar del momento ya que se encontraba siempre rumiando y anticipando sobre las cosas que tenía que hacer. Se trata de las “Autoinstrucciones”, las cuales tienen el propósito de cambiar lo que la persona se dice a sí misma cuando ese discurso es una interrupción en el proceder de otra tarea (Estevez, 2022). Por lo tanto, en situaciones sociales la usuaria debía hacer uso de estas verbalizaciones para no rumiar sobre sus tareas pendientes. Un ejemplo de esto sería que la usuaria se dijera así misma “ahora no me toca

pensar en esto porque estoy con mis amigos, lo haré luego”. Por último, en esta sesión, se le pauta el “Tiempo basura”, que es una técnica derivada de la parada de pensamiento que se basa en buscar un tiempo concreto para rumiar sobre lo que la persona necesite, en el caso de R. sobre sus tareas pendientes por hacer. En la siguiente sesión la usuaria comenta que solo hizo uso de este tiempo basura en una ocasión y no fueron más de 15 minutos.

En la sesión 18 la usuaria llega muy frustrada porque refiere haber tenido esa semana multitud de obsesiones referentes a las llaves, el coche, el horno, etc., por lo que se ve oportuno comenzar a intervenir en este aspecto. Se intenta en esa misma sesión hacer una exposición a si había cerrado el coche. No fue posible, ya que la usuaria previamente había comprobado mucho y muy bien que el coche estaba cerrado, por lo que no sirvió el intento de exposición. A partir de esto, se le habla de la importancia de no comprobar, sobre todo los días que venga a sesión, ya que a partir de ahora se expondría a ello en este ámbito. Como tarea para casa se le pauta que intente reducir el número de comprobaciones o que intente espaciar las mismas.

En la sesión 19 la paciente se encuentra muy activada, por lo que se dedican los primeros 10 minutos de la sesión a andar por el edificio hasta que consigue calmarse. Refiere que es debido a la alta carga de responsabilidades que tiene. En esta sesión se abordó de nuevo el tema de las obsesiones y comprobaciones y se pasó a explicar la técnica de “Exposición con Prevención de Respuesta”. Esta técnica se fundamenta en poner al sujeto en contacto con los ítems que le generan malestar y que sea capaz de vivir ese malestar sin huir de la situación hasta que la ansiedad baje y por consiguiente se vaya produciendo una habituación al estímulo (Froján y Alonso, 1999). Por lo tanto, una vez explicada la técnica se pasó a elaborar con la usuaria una jerarquía de los estímulos que menos a más ansiedad le generaban, quedando así: nevera, horno, vitro, puerta/llaves, coche, móvil, cartera. En último lugar durante esta sesión se hace una exposición al ítem “coche” donde la usuaria tiene que imaginar que se lo ha dejado abierto. Para casa se sigue manteniendo la pauta de espaciar lo máximo posible las comprobaciones o el número de estas.

En la sesión 20 se recuerdan las pautas necesarias para realizar una exposición exitosa. En el resto de las sesiones hasta la última se sigue exponiendo a la usuaria a los diferentes ítems de la jerarquía (se puede ver en la figura 9). Además, a partir de la sesión 23 se le pauta que haga también la exposición en casa a los ítems que ya había ido superando en las sesiones anteriores. En la sesión 25 acude con su pareja y se le explica a ella también las claves de la exposición para que ayude a la paciente con el entrenamiento en casa. Por último en cuanto a las exposiciones, cabe destacar que en la sesión 27 se quería exponer al ítem “móvil”, pero dadas las comprobaciones encubiertas que estaba haciendo la usuaria del tipo “está en la guantera” resultó imposible y se decide volver a exponer al ítem “coche”.

**Figura 9**

*Orden de las exposiciones a los diferentes ítems que se hicieron durante las sesiones clínicas*

Sesiones	Ítems
19	Coche
20	No tiene lugar la exposición
21	Nevera
22	Repaso del ítem nevera e ítem horno
23	Repaso de ítems anteriores e ítem vitro
24	Repaso de ítems anteriores e ítem llaves
25	Repaso de ítems anteriores e ítem coche
26	Repaso de ítems anteriores e ítem cartera
27	Repaso de ítems anteriores e ítem coche

En cuanto al resto de técnicas, la usuaria mantuvo hasta la última sesión todo lo que se le había ido pautando. Fue incorporando actividades agradables paulatinamente, seguía entrenando la técnica de respiración y la extrapoló a su contexto natural, así como se expuso a no limpiar y tener más tiempo para ella.

Algo a destacar, es que en la sesión 23 se le comunica a la usuaria que la terapeuta, tras las vacaciones de verano, no volverá al centro. Por lo tanto, R. tiene que decidir si se cambia de centro para seguir con la terapeuta, o por el contrario permanece en el centro con un nuevo profesional. La usuaria decide permanecer en el centro, por lo que, la sesión 27 es la última. Durante esta sesión

tiene lugar la despedida entre paciente y terapeuta, así como se lleva a cabo una encuesta de satisfacción y se revisa el trabajo pendiente que tiene que realizar la usuaria de cara a la vuelta del verano, ya que el centro cierra esos meses. Cabe destacar que quedaría por seguir llevando a cabo las exposiciones a los diferentes ítems, así como mantener las tareas de autocuidado y reducir sus exigencias del tipo “tengo que”. Tras esta despedida terapeuta y paciente mantienen un seguimiento vía correo electrónico que dura unos meses hasta que la usuaria deja de contestar.

## **6. Valoración del tratamiento**

En cuanto a la valoración del tratamiento llevado a cabo con R. se van a considerar diferentes aspectos. Por un lado, se tiene en cuenta la adherencia de la usuaria al tratamiento, así como los resultados obtenidos tras la puesta en marcha del proceso terapéutico.

### **6.1 Adherencia al tratamiento**

Para medir esta propiedad se van a tener en cuenta los siguientes aspectos: actitud de la usuaria frente a la terapia y la relación terapéutica. En cuanto a la actitud, cabe destacar que la usuaria acude a consulta por decisión propia, lo cual ya puede indicar que hay un deseo y una motivación por cambiar la situación en la se encuentra. No obstante, esto se verifica dada la alta participación que tuvo desde el primer momento. Esta participación hace referencia al papel activo que tuvo en conseguir su mejoría. La paciente resultó ser muy participativa durante las sesiones y con un alto compromiso por llevar a cabo todas las pautas que se le dieron. Esto se verifica, por ejemplo, con la realización de los autorregistros, ya que, siempre los realizaba de la manera más completa y detallada posible. Era muy constante con esta labor, puesto que, incluso al final de cada sesión pedía un resumen de todas las tareas que tenía que realizar entre las sesiones para que no se les olvidaran. Esto se vio reflejado también en todas las técnicas que se fueron aplicando ya que siempre se mostraba atenta a las explicaciones y dispuesta a ponerlas en marcha. Se considera, por todo lo anterior expuesto, su buena ejecución una conducta clínicamente relevante.

Siguiendo con la relación entre paciente y terapeuta, cabe destacar que un factor importante

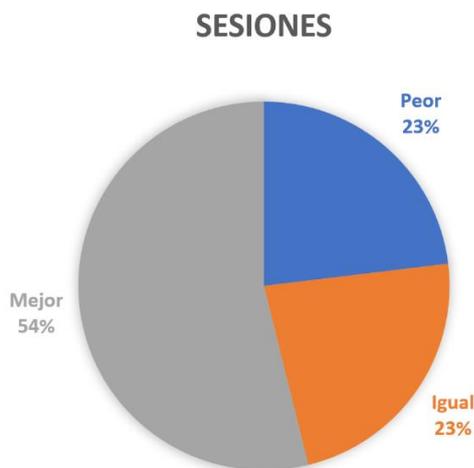
para que la usuaria se sintiera cómoda en terapia y pudiera así comprometerse lo máximo posible era la alianza que desarrollara con el profesional. En este caso, la relación que ambas compartían era muy buena, ya que, se puede ver como conforme avanzaba la terapia R. cada vez se abría más emocionalmente e incluso había risas y bromas durante las sesiones. Por lo tanto, era este un ambiente cómodo y seguro para R. que le ayudó a mantenerse comprometida con su proceso terapéutico.

## 6.2 Resultados tras el tratamiento

Gracias al papel activo de la paciente y a la buena alianza terapéutica, la adherencia de la usuaria al tratamiento fue muy favorable. Esto, por lo tanto, ha sido un factor clave que ha influido en la consecución de los objetivos que se propusieron al inicio de la terapia. Pese a que no se hicieron pruebas para comparar las medidas pre y post tratamiento de los cuestionarios que se le pasaron en las sesiones de evaluación, se observa una mejoría notable en el comportamiento de la paciente. Esto se verifica por lo reportado verbalmente por la paciente y lo observado por la terapeuta tras el paso de las sesiones. Una forma básica de contrastar esto es a través de las verbalizaciones que la propia usuaria iba haciendo semana tras semana, ya que, lo primero que se le preguntaba nada más comenzar cada sesión era que dijera cómo se encontraba en ese momento en comparación con la semana pasada, si “peor”, “igual” o “mejor”. Esto se puede ver reflejado en la figura 10.

**Figura 10**

*Verbalizaciones de la usuaria en cuanto a su grado de bienestar*



Como se puede comprobar en el gráfico, el porcentaje de sesiones en las cuales la usuaria se encontraba “mejor” ha sido más alto (54%) que en los índices “peor” o “igual”. En cuanto a las verbalizaciones “igual” o “peor” tienen el mismo porcentaje (23%). Resulta significativo, ya que, es muy buen indicador del éxito del tratamiento la visión subjetiva de la paciente. Además, las sesiones en las que verbalizó que se encontraba “peor” coinciden con las sesiones iniciales o con sesiones en las cuales habían tenido lugar sucesos inesperados, como pueden ser el intento de suicidio de su tía (en la sesión 9), cuando diagnosticaron a su padre de COVID (sesión 13) o cuando es ella diagnosticada también de COVID (sesión 14). Por otro lado, las sesiones en las que refería sentirse “igual” coinciden con sesiones más avanzadas en la terapia, donde sesiones anteriores ya había reportado que se encontraba “mejor”, con lo cual eso indica que se mantenía su bienestar.

Otro aspecto que nos sirve para medir la mejoría de R. son los autorregistros. Por un lado, en cuanto al número de entradas, en un primer momento completaba registros con muchas situaciones y con gran diversidad de pensamientos desajustados. Sin embargo, una vez se puso en práctica la reestructuración cognitiva la usuaria fue capaz de disminuir la cantidad de dichas entradas y de pensamientos desadaptativos. Por otro lado, el malestar que le generaban estos pensamientos desadaptativos también se ha visto modificado con el paso del tiempo, siendo el valor menor en las últimas sesiones respecto a las primeras. Un ejemplo de esto puede verse en el Anexo D, donde se comparan las entradas y puntuaciones de un autorregistro de malestar de la semana cuatro con respecto a otro de la semana 23. Además, cada vez R. tenía pensamientos más ajustados a la realidad y ella misma verbalizaba cosas del tipo “estoy contenta porque veo que avanzo y soy capaz de no hacer un mundo por cualquier cosa”.

No solo mejoró en la disminución de pensamientos irracionales, si no que, conforme avanzaba la terapia la usuaria era cada vez más capaz de dedicarse tiempo para su autocuidado, así como llevar a cabo diferentes conductas agradables e incluso reducir su carga de trabajo. No obstante, cabe destacar que había semanas que dedicaba menos tiempo al autocuidado por tener

más obligaciones y menos tiempo. A pesar de eso, seguía destacando más la presencia de autocuidado que la ausencia de este.

En cuanto a las exposiciones que se hicieron con la usuaria también se consiguió disminuir el malestar que presentaba frente a los diferentes ítems, ya que, ella misma así lo comunicaba y en sesión se veía como su pico de ansiedad conforme pasaban las sesiones iba disminuyendo. Algo a destacar fue, que al principio hubo cierta reticencia por parte de la paciente a la hora de exponerse, ya que, no quería hacerlo y tenía muchas verbalizaciones de queja y de escape. No obstante, estas verbalizaciones tenían lugar al final de la exposición, por lo que, no influyeron a la hora de llevarla a cabo. Algunas de estas verbalizaciones de queja fueron “lo estoy pasando muy mal, me quiero ir”.

En general, la terapia ha seguido un hilo progresivo, sin embargo, ha habido momentos que la han dificultado. Ejemplo de esto serían sesiones en las que la usuaria venía más activada de lo normal y esto le perjudicaba a la hora de estar en sesión de manera relajada. Otro ejemplo sería cuando su padre dio positivo en COVID, ya que, estaba muy preocupada por creer estar contagiada ella también y le resultaba muy difícil reestructurarse, por lo que se hizo en sesión. Por último, cabe destacar que la paciente se encontraba durante la intervención realizando su Trabajo de Fin de Grado, con lo cual, muchas veces estaba agobiada por ello y tenía menos tiempo libre de lo habitual, por lo que prescindía alguna que otra vez de dedicar tiempo a las actividades agradables pautadas. Todo esto ha generado momentos complicados a lo largo de la intervención, sin embargo, se sabe que un proceso terapéutico no es lineal, lo importante es que a pesar de las adversidades se puedan lograr los objetivos. Aun teniendo en cuenta estas situaciones puntuales se considera que la terapia ha sido buena y el estado de ánimo de R. se vio mejorado notablemente hasta el momento en el que paciente y terapeuta tienen que despedirse.

## **7. Discusión y conclusiones**

El objetivo de este trabajo ha sido analizar un caso particular de TOC y cómo este se ha

relacionado con la ansiedad, así como plasmar la intervención que se llevó a cabo desde el análisis funcional.

Como se indicó en la introducción de este trabajo, la incidencia del TOC actualmente es muy elevada, de hecho, se encuentra dentro de las cinco primeras incapacitaciones mentales más frecuentes según la OMS (Rodríguez-Contreras, 2020). En cuanto a su etiología, como se ha aclarado en el marco teórico, es diversa, pudiendo existir diferentes desencadenantes, como sería, por ejemplo, la vivencia de situaciones que desborden el funcionamiento normal de la persona (Rodríguez-Contreras, 2020). Esto podemos verlo en el caso concreto que se trata a lo largo de este trabajo, ya que, la usuaria nota la aparición de ciertas obsesiones a raíz de una situación de estrés mantenida en el tiempo por su alta carga de responsabilidades. No obstante, dada la etiología del trastorno, sigue existiendo la probabilidad de otros factores de riesgo que posibilitaran el desarrollo del mismo. Conviene, por tanto, mencionar la relación existente que hay entre los Trastornos de Ansiedad y el TOC. Ya lo mencionaron Lancha y Carrasco (2003) en su estudio en el que explicitaron que existe la posibilidad de padecer un TOC a causa del detrimento ocasionado por la vivencia de ansiedad en la vida diaria. Dada la comorbilidad existente entre ambos trastornos, un 76% de los adultos con TOC padecen también de ansiedad (APA, 2014), es frecuente que muchas de las personas que lo padecen no lo distinguan de un Trastorno de Ansiedad por lo cotidiano que se convierte en sus rutinas (Rodríguez-Contreras, 2020). De hecho, en el caso de R., la usuaria en las primeras evaluaciones no era consciente de sus obsesiones y compulsiones, sino que para ella todo formaba parte de la ansiedad y estrés experimentado en su día a día. Se considera, por tanto, de gran relevancia el estudio de este caso para dar la importancia que merece a este tipo de trastornos y a lo incapacitantes que se pueden volver. Ya se comentó en la introducción de este trabajo (Behobi et al., 2013), las personas con TOC son predisponentes a sufrir de un gran malestar e incluso una gran incapacitación en su proceder normal. Además, si la persona no se somete a tratamiento podría volverse crónico (Rodríguez-Contreras, 2020). De ahí, la importancia que se le quiere dar a este

trabajo y trabajos futuros que puedan ayudar a una pronta detección del trastorno para poder así llevar a cabo un tratamiento lo más eficaz posible. Cabe destacar, que el pronóstico se vuelve favorable si se tienen en cuenta las cuestiones anteriormente descritas y se lleva a cabo una intervención basada en las características propias de la persona (Vallejo, 2001). Al hablar de las características propias del sujeto, gran relevancia tiene mencionar también en este apartado el papel del análisis funcional, ya que, ha sido la herramienta principal que se ha utilizado para llevar a cabo esta intervención y conseguir, por lo tanto, los objetivos que se pretendían. Como se adelantó en la introducción, esta herramienta es primordial para interpretar y transformar el comportamiento de un organismo. Esto es así dado que el análisis funcional es capaz de poner de manifiesto qué correspondencia existe entre dos variables, así como también explica el impacto que tiene la conducta de la persona en su entorno (Froxán et al., 2020). La realización del análisis funcional que se hizo de la usuaria permitió a la terapeuta entender en una primera instancia qué conductas problemas había, que en este caso estaba por un lado la relacionada con la gestión del tiempo y la relacionada con las obsesiones y compulsiones. Tras dividir ambas conductas, esta misma herramienta contribuyó a establecer esas relaciones funcionales que permitieron, tanto a paciente como terapeuta, entender por qué se mantenían dichas conductas problemas en la actualidad. Es a raíz de este entendimiento cuándo se pueden pautar unos objetivos específicos y poner en marcha la consiguiente intervención.

Para hablar del tratamiento, como se indicó en la introducción, cabría destacar la posibilidad de hacer un tratamiento farmacológico, psicológico o combinado. En el caso concreto que aquí se trata solo se hizo uso del tratamiento psicológico, en concreto, se llevó a cabo la Técnica de Exposición con Prevención de Respuesta (EPR), dado que es considerada la más efectiva (Márquez-González et al., s.f.). Es considerada la herramienta troncal en este tipo de problemática por las ventajas que se consiguen de la misma (Del Arco et al., 2014). Esta técnica conceptúa a las obsesiones que presenta el paciente como generadoras de una enorme ansiedad, que es reducida

cuando el mismo paciente lleva a cabo las diferentes compulsiones (León-Quimondo et al., 2014). En el caso de R. se le expone a los diferentes pensamientos obsesivos que presenta sin la posibilidad de hacer la compulsión. Se puede comprobar cómo, efectivamente, la usuaria presentó grandes mejorías en sus niveles de ansiedad conforme se iba exponiendo a cada ítem temido sin hacer la comprobación manifiesta o encubierta. Esto se considera de especial relevancia, ya que, uno de los objetivos terapéuticos de este trabajo consistía en reducir el malestar que le generaban a la paciente sus pensamientos obsesivos así como reducir también las conductas comprobatorias.

En cuanto al resto de objetivos, que más tenían que ver con la gestión que hacía la paciente de su tiempo y por consiguiente de su manejo del estrés, también se verificó una notable mejoría. Como se ha ido informando a lo largo de este trabajo, gracias al papel activo de la usuaria y a las técnicas puestas en marcha, que serían la Reestructuración cognitiva, la planificación de Actividades Agradables, la Técnica de Respiración Diafragmática y la Exposición con Prevención de Respuesta se consiguió un notable control y disminución de la conducta rumiativa de la paciente. Son muchos los estudios que avalan la utilidad de este tipo de técnicas para mejorar el estado de las personas. Además, la usuaria fue capaz de exponerse a no hacer nada productivo e incluso dedicar tiempo de su día a su propio autocuidado. En resumen, todo esto ocasionó en R. una mejoría en su estado de ánimo, así como una disminución significativa de su activación fisiológica.

De especial interés resulta también destacar algunas de las limitaciones que presenta el siguiente trabajo. Como se ha indicado tiempo atrás, la terapeuta tuvo que abandonar el centro en el que atendía a la usuaria y la paciente decide quedarse en el mismo, por lo que es derivada a otro profesional. Esto hace que la intervención termine y se pierda información de cómo ha ido avanzando el tratamiento. No obstante, cabe destacar que hasta la última sesión la paciente había mejorado considerablemente, por lo que se espera que así haya seguido con el nuevo terapeuta. En cuanto a otras posibles limitaciones del estudio en la consecución de los objetivos terapéuticos se podría considerar el hecho de que los últimos meses la usuaria tuviera que entregar su Trabajo de

Fin de Grado. Esto supuso para ella un aumento en sus responsabilidades y prescindir de algunas de las actividades agradables pautadas para dedicar más tiempo a ello. Por último, se hace referencia a la inexistencia de las puntuaciones post de los cuestionarios que se le pasaron durante la evaluación. Esto habría servido de ayuda para contrastar información pre y post y en efecto, verificar, la mejoría de la paciente. No obstante, como se ha ido comentando en apartados anteriores se ha podido validar esta información con otros indicadores.

En cuanto a líneas futuras de investigación, se propone intervenir en pacientes con TOC, no solo mediante la Exposición con Prevención de Respuesta, si no también mediante la Terapia de Aceptación y Compromiso. Es cierto que la EPR es uno de los tratamientos más significativos y eficaces para este tipo de problemática. Sin embargo, también es cierto que para algunas personas resulta ser muy repulsivo por el hecho de tener que someterse a los eventos que le generan malestar. Aquí cobraría sentido la Terapia de Aceptación y Compromiso, ya que, postula que las personas pueden tener la libertad de sentir la ansiedad sin la necesidad de intentar acabar con dicha ansiedad (León-Quismondo et al., 2014). Resulta de interés, por lo tanto, que futuras líneas de investigación pudieran seguir ahondando qué tipo de tratamiento resulta más eficaz para según qué tipo de personas, o si fuera más efectivo aún un tratamiento combinado.

### **Conclusión**

Con la elaboración de este trabajo se pretende enmarcar teóricamente a los Trastornos de Ansiedad y a los Trastornos Obsesivos-Compulsivos, a la par que dar relevancia a la relación que hay entre ambos. Así mismo, con la presentación del caso real que se trata se ha querido visibilizar de la manera más detallada posible cómo pueden surgir y mantenerse problemáticas así en la actualidad. Además de hacer un recorrido por las diferentes conductas problemas y variables que predisponen a las mismas, de especial interés resulta poder observar qué tipo de tratamiento se utilizó y cómo se llevó a cabo con el fin de poder servir a futuros profesionales en la misma problemática.

Como se venía hablando durante todo el trabajo, actualmente hay una gran existencia de este tipo de incapacitaciones y dado el enorme grado de malestar que genera no solo en quién lo padece sino también en sus seres queridos, de especial importancia se considera tener en cuenta estudios cómo este para poder identificar estas conductas problemas lo antes posible y poder así llevar a cabo una buena intervención, pudiendo este ejemplo de caso servir de ayuda a futuras investigaciones.

### Referencias bibliográficas

- Abellán, I. (2018). *La importancia de las tareas encomendadas por la Psicóloga: los autorregistros*. Tu Psicóloga de confianza en Vigo. <https://www.psicologovigoabellan.com/blog/la-importancia-de-las-tareas-que-encomienda-el-psic%C3%B3logo/>
- Aldaz, J.A. y Sánchez, M.M. (2005). *Obsesiones y compulsiones*. Editorial Síntesis.
- Antona, C.J., García-López, L.J., Yela, J.R., Gómez, M.A., Salgado, A., Delgado, C. y Urchaga, J.D. (2006). Eficacia de la exposición y la reestructuración cognitiva en jóvenes adultos con trastorno de ansiedad social. *Psicología Conductual*, 14(2), 183-200.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. (5ª ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Bados, A. y García, E. (2010). *La técnica de la reestructuración cognitiva*.  
<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/Reestructuraci%C3%B3n.pdf>
- Bados, A. y García, E. (2014). *La entrevista clínica*.  
<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/54766/1/Entrevista.pdf>
- Behar, R., Barahona, M., Iglesias, B. y Casanova, D. (2008). Trastornos de la conducta alimentaria y trastorno obsesivo-compulsivo: Un estudio de prevalencia. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*, 46(1), 25-34.
- Behobi, W.A., García, F. y Fernández-Álvarez, H. (2013). Psicoterapia cognitiva individual del TOC. *Salud Mental*, 36(4), 347-354.
- Carr, A.T. (1974). Compulsive neurosis: a review of the literatura. *Psychological Bulletin*, 81(5), 311-318.
- Castelló, T. (2014). El espectro obsesivo-compulsivo en el DSM 5. *C. Med. Psicossom*, (112), 22-27.
- Celis, J., Bustamante, M., Cabrera, D., Cabrera, M., Alarcón, W., y Monge, E. (2001). Ansiedad y Estrés Académico en Estudiantes de Medicina Humana del Primer y Sexto año. *Anales de la Facultad de Medicina*, 62(1), 25-30.

- Chacón, E., Xatruch, D., Fernández, M. y Murillo, R. (2021). Generalidades sobre el trastorno de ansiedad. *Revista Cúpula*, 35(1), 23-36.
- Chárriez, M. (2012). Historias de vida: Una metodología de investigación cualitativa. *Revista Griot*, 5(1), 50-67.
- Contreras-Samanez, A. (2010). Trastorno obsesivo-compulsivo infantil: A propósito de un caso de inicio temprano. *Rev Neuropsiquiatr*, 73(2), 66-71.
- Del Arco, R., Tornero, M.J. y García, C. (2014). Intervención cognitivo-conductual en el manejo de obsesiones y compulsiones de lavado en una niña con trastorno obsesivo-compulsivo. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 1(2), 141-148.
- Estevez, J. (2022). Acciones estratégicas de intervención para la gestión emocional del duelo en familias de la frontera que presentan sintomatología depresiva y además que han sido víctimas de la violencia sociopolítica en el municipio de Saravena-Arauca. *Revista Clic*, 6(2). <http://www.fitecvirtual.org/ojs-3.0.1/index.php/clic/article/view/415>
- Fajardo, J.M., Mendoza, A.E., Torres, L.S. y Gómez-Paz, A.E. (2021). Psicoterapias para el trastorno obsesivo compulsivo –TOC- en adultos, en tiempo de pandemia. *Boletín Informativo CEI*, 8(2), 19-25.
- Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Sierra-Baigrie, S. Lemos-Giráldez, S. y Muñiz, J. (2012). Propiedades psicométricas del “Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo” (STAI) en universitarios. *Psicología Conductual*, 20(3), 547-561.
- Frías, A., Palma, C., Horta, A. y Bonet, J. (2013). Eventos traumáticos en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo: implicaciones etiopatogénicas, nosológicas y terapéuticas. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 33(119), 595-601.
- Froxán, M. X. (2020). Introducción. En M. X. Froxán. (Ed.). *Análisis funcional de la conducta humana: concepto, metodología y aplicaciones* (pp. 23-29). Ediciones Pirámide.

- Froxán, M. X. y Suárez, M. A. (1999). Tratamiento de conductas obsesivas-compulsivas en torno al contagio del sida. *Análisis y Modificación de Conducta*, 25(101), 431-459.
- Froxán, M. X., De Pascual, R., Ávila, I. y Vega, J. A. (2020). Evolución histórica del análisis funcional. En M. X. Froxán. (Ed.). *Análisis funcional de la conducta humana: concepto, metodología y aplicaciones* (pp. 32-49). Ediciones Pirámide.
- Gancedo-García, A. Suárez-Gil, P., Santos-Olmo, M. y Asensio del Hoyo, P. (2019). Incidencia acumulada, comorbilidad e incapacidad por trastornos de ansiedad en pacientes de una mutua de accidentes de trabajo. *Rev Esp Salud Pública* 93, 1-12.
- Gomes de Alvarenga, P., Savio, R. y Conceição do Rosário, M. (2018). Trastorno Obsesivo-Compulsivo en el niño y el adolescente (Régis, V., Placencia, P., Alda, J. A. y Cox, P., Trad.). En J. M. Rey y A. Martín (Eds.). *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP*.
- Lancha, C. y Carrasco, M.A. (2003). Intervención en ansiedad a los exámenes, obsesiones y compulsiones contenidas en un trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad. *Acción psicológica*, 2(2), 173-190.
- León-Quismondo, L., Lahera, G. y López-Ríos, F. (2014). Terapia de Aceptación y Compromiso en el tratamiento del Trastorno Obsesivo-Compulsivo. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 34(124), 725-740.
- Lozano-Vargas, A. (2017). Aspectos clínicos del trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados. *Rev Neuropsiquiatr*, 80(1), 35-41.
- Márquez-González, M., Romero-Moreno, R., Fernández, T. y Ortega, M. (s.f.). Protocolo-Guía para la Intervención Psicológica en el Trastorno Obsesivo-Compulsivo. Universidad Autónoma de Madrid.
- Martínez, A.E. y Piqueras, J.A. (2008). Actualización neuropsicológica del trastorno obsesivo-compulsivo. *Rev Neurol*, 46(10), 618-625.

- Mendoza, A. E. (2019). *Prevalencia del Trastorno Obsesivo Compulsivo en la población rural del cantón Cuenca*. [Trabajo de titulación previo a la obtención del título de Médico, Universidad del Azuay]. Google Académico.  
<https://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/9490/1/15125.pdf>
- Navarro, D. (2004). Características y tratamiento del trastorno obsesivo resistente al tratamiento. *Psicothema*, 16(2), 241-247.
- Nezu, A. M., Nezu, C.M. y Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales. Un enfoque basado en problemas* (R.M., Rubio, Trad.). Editorial El Manual Moderno. (Trabajo original publicado en 2004).
- Pifarré, J., Menchón, J.M. y Vallejo, J. (2001). Estrategias terapéuticas en el trastorno obsesivo-compulsivo. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna*, 28(5), 296-305.
- Rocha, M. y Almazán, G. (s.f.). Manual-Curso Análisis Funcional. Instituto Terapéutico de Madrid.
- Rodríguez-Contreras, M.L. (2020). *Trastorno obsesivo-compulsivo: más que una obsesión* [congreso]. Sonora, México. [https://remus.unison.mx/index.php/remus\\_unison/article/view/52/52](https://remus.unison.mx/index.php/remus_unison/article/view/52/52)
- Salgado, J. F, Gorriti, M. y Moscoso S. (2007). La Entrevista Conductual Estructurada y el Desempeño Laboral en la Administración Pública Española: Propiedades Psicométricas y Reacciones de Justicia. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 23(1), 39-55.
- Sanz, J., Perdígón, A. L y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14(3), 249-280.
- Sierra, J.C., Ortega, V. y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar e Subjetividade*, 3(1), 10-59.
- Spielberger, R. D., Gorsuch, R. L., y Lushene, R. E. (2015). *STAI, cuestionario de ansiedad estado-rasgo*. TEA Ediciones.

Torres, A.D., Martínez, P.L., Soria, C.A. y Ayala, J.N. (2022). Análisis de la correlación del trastorno obsesivo-compulsivo con la ansiedad en estudiantes universitarios de medicina. *Rev Cient Cienc Méd*, 25(1), 14-20.

Vallejo, M.A. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno obsesivo compulsivo. *Psicothema*, 13(3), 419-427.

Zabala, G. (2020). *El trastorno obsesivo compulsivo: Un análisis biográfico* [Proyecto de Titulación para la obtención del título de Psicólogo General, Universidad Tecnológica Indoamérica].  
Google Académico.

Anexos

Anexo A – Historia biográfica

## HISTORIA BIOGRÁFICA

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: \_\_\_\_\_

**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
<b>Padre:</b>		
<b>Madre:</b>		
<b>Hermanos:</b>		
<b>Hijos:</b>		
<b>Otros:</b>		

¿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

### **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?

El CPA se compromete a mantener y preservar la confidencialidad de toda la información contenida en este documento, por lo que no será reproducido o divulgado bajo ningún concepto sin el consentimiento de la persona que lo cumplimente.

**Anexo B – Autorregistros de la fase de intervención**
Autorregistro de entrenamiento en Reestructuración Cognitiva

Situación	Pensamientos	Emoción(es)	Acción	Tipo de distorsión cognitiva	Pensamiento alternativo

Autorregistro de entrenamiento en Respiración Diafragmática

Día y hora	Lugar	Duración	Nivel de ansiedad antes En una escala de 0 a 10	Nivel de relajación después	Observaciones

Autorregistro de actividades agradables

Actividad	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo

*Nota.* Se tiene que marcar una casilla cada día de la semana que se lleven a cabo las actividades acordadas.



Autorregistro de frecuencias

	Hora del día																												
	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7					
<b>Lunes</b>																													
<b>Martes</b>																													
<b>Miércoles</b>																													
<b>Jueves</b>																													
<b>Viernes</b>																													
<b>Sábado</b>																													
<b>Domingo</b>																													

*Nota.* Se marcan los momentos del día en los que se realiza las conductas objeto de evaluación.

Autorregistro de Exposición con Prevención de Respuesta

Fecha y hora	Situación	Pensamiento	Grado de malestar antes En una escala del 1 al 10	Grado de malestar después En una escala del 1 al 10

**Anexo C – Listado de actividades agradables**

- Jugar a la consola/ordenador
- Rutina de cuidado facial
- Patinar
- Tocar la guitarra
- Aprender recetas de cocina
- Hacer ejercicio en el gimnasio y asistir a algunas clases dirigidas
- Hacer ejercicio en casa
- Hacer puzles
- Tallar jabón
- Dibujar
- Cuidar de las plantas
- Leer novelas (en físico o en digital)
- Leer sobre psicología (que no sea material académico)
- Hacer más planes con los amigos
- Salir a pasear (sola o acompañada)

**Anexo D – Comparación de autorregistros de malestar de las semanas 4 y 23**

*Semana 4*

<b>Fecha y hora</b>	<b>Situación</b> ¿Qué estaba haciendo en ese momento? ¿Dónde estaba, con quién y qué sucedía?	<b>Pensamientos</b> ¿Qué le vino en ese momento a la cabeza (recuerdos, imágenes, ideas, etc.)? ¿En qué grado de 0 a 10 pensó que esos pensamientos eran ciertos?	<b>Emoción(es)</b> ¿Qué emociones sintió (ira, ansiedad, miedo, tristeza, etc.)? ¿Cómo de intenso fue lo que sintió en una escala del 1 al 10?	<b>Acción</b> ¿Cómo reacciona, cuál es su respuesta, cómo actúas? Acción realizada para disminuir el malestar o modificar la situación
17/12/2020 17:30	En casa sola, estoy estudiando y repaso los exámenes de enero	"No me va a dar tiempo a estudiarlo todo" "Voy a tener que dejarme alguna" "Voy a suspenderlas todas" "No puedo con todo" 8 en las dos primeras, 7 en las dos últimas	Ansiedad, sudoración. 8 en ambas	Empieza el llanto y trato de relajarme hablando con mis amigos por WhatsApp, me explican que puedo hacer un calendario y que no pasa nada por no estudiarlo todo, me convencen y me relajo, me organizo los exámenes y los apuntes
18/12/2020 16:15	En casa con mi pareja, voy a la cocina a dejar los platos y veo que hay muchos platos sin fregar	"Esto es demasiado" "Siempre se me acumula todo" "No puedo con tanto" 8 en todas	Agobio, sudoración. 7 en ambas	Se lo digo a mi pareja para que me ayude porque me empiezo a agobiar cada vez más, me explica que no pasa nada y que los haremos más tarde ya que acabamos de comer y llevaba toda la mañana con clases, me quedo conforme y nos vamos a la habitación a ver una serie
18/12/2020 22:00	En casa con mi pareja, me pongo triste porque pienso que mañana trabajo y no puedo estar con ella	"Solo podemos vernos una vez por semana, esto es una mierda" "Por qué tengo que trabajar, estoy harta" "No quiero que se vaya, por	Tristeza, en escala de 7	Lo hablo con mi pareja y me dice que no pasa nada, que nos organizaremos mejor el cuatrimestre siguiente para

		qué todas las parejas pasan el finde juntas y yo no puedo" 8 en todas		poder vernos más veces y pensamos planes para hacer
19/12/2020 14:10	En el trabajo con mis compañeras, me dicen que ya tienen el horario del trabajo y que hay varios días de enero que en principio no teníamos planeados trabajar, supongo que tendré el mismo horario	"No me van a dejar estudiar" "No voy a tener tiempo" "Yo sigo sin horario, ha habido un problema" "Me la van a liar con mis vacaciones" 8 en las dos primeras, 9 en las últimas	Agobio y taquicardia. 6 en ambas	Llamo a mi mando que está presente ese día y me explica que tengo que hablar con el resto de mandos, mando un email a mis mandos para preguntar por el horario y explicarles la situación de mi contrato, sigo con los clientes
20/12/2020 12:10	En el trabajo, con mis compañeros de trabajo	"No hay nadie, vaya pérdida de tiempo" en escala de 6	Agotamiento, agobio. 7 en ambas	Me pongo a hablar con mis compañeros, trato de buscar más tareas que hacer hasta que me asignan algunas y llegan más clientes a la hora
20/12/2020 22:45	En casa sola, estoy acostada y me empiezo a poner triste porque pienso que no podré disfrutar las fiestas	"Nunca puedo descansar" "Siempre estoy haciendo cosas" "A este paso voy a estar así siempre" "Estoy harta" 7 en las primeras, 8 en la última	Agotamiento, tristeza. 7 en la primera, 8 en la última	Me pongo a hablar con mis amigos sobre otras cosas y miro las redes sociales
21/12/2020 22:30	En casa sola, estoy dolorida porque estuve desde la mañana haciendo cosas, me empiezo a poner triste	"Me duele todo" "Estoy agotada" 8 en ambas	Tristeza, agotamiento, 6 en la primera y 8 en la última	Me pongo a ver una serie y cenar, me lavo la cara y mejoro
22/12/2020 14:30	En casa con mi pareja, vamos a comer pero estamos cansada y pensamos en pedir a	"Estoy muy cansada y me duele" "No me apetece hacer nada" 7 en ambas	Agotamiento, tristeza. 7 en la primera, 6 en la última	Le digo a mi pareja que me estoy poniendo triste, y me propone que hagamos la comida en vez de pedir a domicilio para activarnos,
	domicilio, me empiezo a poner triste			me parece bien y nos ponemos a ello
22/12/2020 14/40	En casa con mi pareja, vamos a hacer la comida y veo que la pila de platos está llena, me empiezo a agobiar	"Es demasiado" "Lleva muchísimo sin fregarse" "Qué asco" "Nunca puedo parar" "Me duele mucho la espalda no puedo hacer todo esto" 8 en todas	Ansiedad, taquicardia, hiperventilación. 8 en todas	Mi pareja ve que me estoy agobiando y me dice que me puede ayudar, nos repartimos las tareas, yo cocino y ella friega los platos
23/12/2020 12:30	En casa con mi pareja, me levanto de la cama y veo en el móvil un mensaje de un compañero de clase indicándome que tenemos que hacer parte de un trabajo porque lo necesitan las coordinadoras de unas prácticas	"Nunca me dejan en paz" "Ni en dos días libres que tengo me dejan tranquila" "Estoy harta, dejadme en paz" "No puedo más" 8 en las primeras, 9 en la última	Ansiedad, taquicardia, llanto. 8 en las primeras, 7 en la última	Mi pareja al verme tan agitada me consuela y no puedo contener el llanto, me dice que puedo hacerlo en otro momento o mañana ya que ya que es vacaciones seguro no lo vean hasta la semana que viene o más, le hago caso e indico a mis coordinadoras que lo mandaré al día siguiente
23/12/2020 14:00	En casa con mi pareja, veo el horario de trabajo y me molesto un poco porque trabajo más días de los que pensaba	"Vaya mierda de horario, tengo trabajo hasta en día de exámenes" "Me he cogido mal las vacaciones, menuda inútil" "Me voy a tener que dejar un examen sin hacer para junio, vaya basura" 8 en la primera, 7 en la siguiente y 9 en la última	Agobio, molestia e irritabilidad. 7 en la primera y 9 en la última	Reviso mi calendario de exámenes para ver qué examen dejarme, pero veo que es inútil mirarlo ahora y lo dejo para otro día

<b>Fecha y hora</b>	<b>Situación</b> ¿Qué estaba haciendo en ese momento? ¿Dónde estaba, con quién y qué sucedía?	<b>Pensamientos</b> ¿Qué le vino en ese momento a la cabeza (recuerdos, imágenes, ideas, etc.)? ¿En qué grado de 0 a 10 pensó que esos pensamientos eran ciertos?	<b>Emoción(es)</b> ¿Qué emociones sintió (ira, ansiedad, miedo, tristeza, etc.)? ¿Cómo de intenso fue lo que sintió en una escala del 1 al 10?	<b>Conducta</b> ¿Cómo reacciona, cuál es su respuesta, cómo actúas?
09/06/21 17:15	Al salir del coche para subir a casa	"No se si cerré el coche" 6		No vuelvo a mirarlo
09/06/21 19:30	Al salir del coche con mi pareja en el parking del centro comercial	"Habrá cerrado el coche" "No se si cerre el coche" 7	Ansiedad, 5	Intento no comprobarlo en el momento pero al rato lo cierro a distancia
09/06/21 23:30	En la habitación	"Habrá cerrado la nevera" "No se si cerre la nevera" "Tampoco recuerdo donde deje las llaves" "Creo que las puse pero no estoy segura" 7 en las primeras y 8 en las segundas	Ansiedad, 7	Trato no comprobarlo y exponerme pero no lo consigo y hago respiraciones intentando entretenerme con otra cosa
10/06/21 14:30	Al salir del coche para ir a trabajar	"No sé si cerré el coche" 6		Lo vuelvo a cerrar una vez más
10/06/21 22:45	Al salir del coche para subir a casa	"Cerré el coche?" "Ya no me acuerdo"	Ansiedad, 5	Vuelve a cerrar el coche