



**Universidad  
Europea** MADRID

# **Intervención desde el análisis funcional en un caso de comprobaciones e inseguridad**

---

Máster de Psicología General Sanitaria

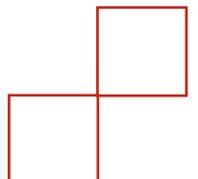
---

Autora: Julia García de Madariaga Abad  
Tutora: Rebeca Pardo Cebrián

Febrero de 2022

**Campus Villaviciosa de Odón**  
Calle Tajo S/N, Villaviciosa de Odón  
28670 Madrid  
[universidadeuropea.com](http://universidadeuropea.com)

**Campus Alcobendas**  
Avenida Fernando Alonso, 8  
28108 Madrid



***Agradecimientos***

A mi querida amiga Inés, por su eterna paciencia y ayuda.

## **Resumen**

Este artículo presenta el caso de Natalia una mujer de 26 años que reside en Madrid desde hace menos de un año. Es originaria de una provincia del suroeste de España. Acude a consulta por dificultades en el trabajo. Estas dificultades están relacionadas con comprobaciones y el miedo al error. Presenta además dificultad para tomar decisiones y expresar sus opiniones. Para la evaluación del caso se utilizaron la entrevista, la observación en sesión, así como autorregistros y los cuestionarios SCL-90-R (Derogatis y Savitz, 1999) y el AAQ-II (Bond et al., 2011) y el análisis funcional de las conductas problema. La intervención se llevó a cabo utilizando un modelo conductual abarcando quince sesiones de terapia durante un periodo de seis meses. En ella se utilizaron técnicas como la exposición con prevención de respuesta, el role-playing en sesión, la psicoeducación y el moldeamiento verbal. A lo largo de este periodo se lograron reducir las conductas problema de la consultante e incrementar las conductas asertivas y la toma de decisiones. Los resultados ponen de manifiesto la relevancia y la eficacia del análisis funcional como herramienta para guiar la intervención clínica.

## **Palabras clave**

Análisis Funcional, Autoestima, Comprobaciones, Estudio de caso único, Obsesiones.

## **Abstract**

The present study contains the case of Natalia, a 26-year-old woman from southwestern Spain who has been living in Madrid for less than a year. Her reason for consultation is related to constantly checking for errors at work and fear of committing mistakes. She also has difficulty in decision-making and expressing her opinions. For the evaluation of this case, the SCL-90-R (Derogatis y Savitz, 1999) and the AAQ-II (Bond et al., 2011) questionnaires were used, as well as direct interview, in-session observation, and self-registration. Problem behaviors were analyzed functionally. The intervention was executed using a behavioral model approach, encompassing fifteen therapy sessions over a period of six months. Techniques such as exposure with response prevention, role-playing in session, psychoeducation and verbal shaping were used. Throughout this period, it was possible to reduce problem behaviors of the client and increase her assertive behaviors, as well as improve her decision-making. The results highlight the relevance and effectiveness of functional analysis as a tool for guiding clinical intervention.

## **Keywords**

Compulsions, Functional Analysis, Obsessions, Self-Esteem, Single-case-study.

## Contenido

<b>Resumen</b> .....	3
<b>Palabras clave</b> .....	3
<b>Abstract</b> .....	3
<b>Keywords</b> .....	3
<b>1. Introducción</b> .....	5
1.1. Relevancia del análisis funcional en terapia .....	5
1.2. Conductas clínicamente relevantes (CCR) .....	7
1.3. Obsesiones .....	7
1.4. Autoestima .....	8
1.5. Invalidación emocional .....	9
<b>2. Identificación del paciente y motivo de consulta</b> .....	10
<b>3. Estrategias de Evaluación</b> .....	11
<b>4. Formulación clínica del caso</b> .....	12
<b>5. Tratamiento</b> .....	18
<b>6. Valoración del tratamiento</b> .....	25
<b>7. Discusión y conclusiones</b> .....	29
<b>8. Referencias bibliográficas</b> .....	32

## 1. Introducción

A lo largo de la introducción de este trabajo se tratarán temas relevantes para el análisis posterior del caso. Se abordará el método de análisis y el enfoque teórico, así como las conductas problema que resultan especialmente relevantes en la intervención: obsesiones, autoestima e invalidación emocional.

### 1.1. Relevancia del análisis funcional en terapia

El nacimiento de la psicología como ciencia va de la mano con el nacimiento de la psicología como tecnología. En este contexto, la psicología recibe influencias de otras ciencias y tecnologías, y en especial de la medicina. No obstante, la medicina y la psicología no se rigen por las mismas leyes. Los problemas psicológicos no tienen un origen principalmente biológico (Durán, 2011).

Al aplicar el modelo médico a la psicología surge la necesidad de crear categorías y síndromes en aras de distinguir la conducta normal de la anormal. La anormalidad no es una condición, es una atribución (González et al., 1989)

En línea con el modelo biomédico, surge el *Diagnostic Statistical Manual os Mental Disorder (DSM)* (American Psychology Association, 2013). El *DSM* es un manual que recoge distintos síntomas agrupados en categorías diagnósticas. Si bien el *DSM* ha servido para poner cierto orden en el campo de la salud psicológica y ha facilitado la comunicación entre profesionales del campo de la psicología, este no está exento de problemas (Durán, 2011). De base, tiene ciertos inconvenientes en su planteamiento filosófico. En relación con lo antes mencionado, la medicina no se basa en los mismos principios que la psicología, por lo que la categorización de las conductas por su morfología en síndromes (fundamental para la medicina) no es útil para la psicología (Andersson y Ghaderi, 2006).

En primer lugar, las categorías que en él se plantean son de carácter tautológico. Ciertos síntomas se definen como patológicos al establecerse como características de un trastorno que se asienta y define por una selección y agrupación "arbitraria" de ciertos síntomas (el cliente tiene depresión porque llora y llora porque tiene depresión). De este modo, las etiquetas diagnósticas se reifican, adquiriendo una entidad previamente inexistente (Andersson y Ghaderi, 2006). Establecer lo inobservable como causa de aquello que sí observamos no nos ayuda a entender, lo inobservable también forma parte de lo que debe ser explicado, ya que no se trata de un elemento distinto. Tanto lo inobservable como lo observable pertenecen a la misma categoría, siendo la única diferencia entre ambos fenómenos la posibilidad de un observador externo de acceder o no a estos eventos (Freixa i Baqué, 2003).

Otro problema del *diagnóstico categorial* es que a menudo nos encontramos con que dos personas con síntomas totalmente distintos poseen la misma etiqueta diagnóstica. Esto se debe a que la categorización de los diagnósticos no se basa en la evidencia empírica, sino en el consenso de un grupo de expertos.

Por otro lado, estos síntomas o ítems que se han de cumplir para alcanzar el criterio diagnóstico, con frecuencia están insuficientemente operativizados, dejando vía libre a la subjetividad del profesional que realice el diagnóstico (e. g. bajo estado de ánimo).

Además, las categorías diagnósticas pueden contribuir a la estigmatización del cliente, al encajar sus conductas en una categoría "anormal" o patológica. Asimismo, y si bien el DSM pretende ser ateórico, se asienta sobre un modelo médico (tal y como se menciona más arriba), que lleva a la búsqueda de marcadores biológicos y al ensalzamiento de la intervención farmacológica, llegando incluso a utilizarse la eficacia de ciertos fármacos como evidencia de la causa biológica del trastorno (Andersson y Ghaderi, 2006).

El auge de la filosofía conductista en la primera mitad del s. XX pone de manifiesto otra manera de conceptualizar los problemas psicológicos; mediante relaciones funcionales basadas en las leyes del aprendizaje (Durán, 2011). Como alternativa al DSM contamos con el análisis funcional como herramienta para evaluar un caso clínico. Según Haynes y O'Brien (1990): "El análisis funcional consiste en identificar relaciones causales funcionales que sean controlables, relevantes y aplicables a un conjunto de conductas meta del cliente." Tal y como mencionan estos autores, el análisis funcional se fundamenta en los principios teóricos del aprendizaje por condicionamiento clásico y operante.

Las principales ventajas que ofrece el Análisis Funcional son su potencial personalización, pudiéndose adaptar a cada cliente en específico, y su rigurosidad, al basarse en las leyes del aprendizaje, basadas a su vez en investigación empírica.

El DSM y el análisis funcional parten de planteamientos filosóficos radicalmente diferentes. El análisis funcional sigue un proceso inductivo, en el que se obtienen conclusiones generalizables (aplicables al individuo) a partir de datos empíricos. El DSM, por su parte se apoya en un proceso deductivo en el que se obtiene una conclusión a partir de unas premisas generales (los requisitos diagnósticos). El análisis funcional parte de una concepción contextual de los problemas psicológicos, frente a la visión mecanicista y organicista destilable del DSM (Durán, 2011).

Otro elemento novedoso y fundamental que el análisis funcional pone sobre la mesa es la posibilidad eliminación del concepto de "conducta anormal". Al centrarse sobre las relaciones funcionales de la conducta y no tanto en su morfología, ya no existe la necesidad de establecer la dicotomía conductas anormales-normales. Ya no hablamos de conducta anormal, sino que identificamos conductas problema, independientemente de la morfología que presenten (González et al., 1989).

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, el análisis funcional de la conducta presenta una serie de ventajas. Por una parte, la evaluación mediante el análisis funcional minimiza estigmas al no atribuir etiquetas a los individuos que acuden a una consulta psicológica. Por otra, permite realizar un análisis exhaustivo y personalizado con el que entender la función que cumple una conducta y por qué se mantiene; sirve para personalizar el tratamiento, al haber comprendido previamente las funciones de las conductas a intervenir; y, por último, permite entender el porqué del funcionamiento o no del tratamiento escogido.

## 1.2. Conductas clínicamente relevantes (CCR)

La Psicoterapia Analítico Funcional (de aquí en adelante PAF) (Kohlenberg and Tsai, 1994) forma parte de las llamadas terapias de tercera generación. Sus fundamentos teóricos se derivan de los principios del conductismo radical (Skinner, 1953). La PAF parte de que la manera más eficaz de ayudar al consultante es mediante la función discriminativa, reforzante o evocadora de la conducta del terapeuta durante la sesión. Por tanto, la conducta problema ha de ser susceptible de ocurrir en sesión para poder aplicar la PAF (Tsai et al., 2009).

De manera habitual las conductas problema que el cliente tiene en su entorno habitual también se darán en sesión, al ser la relación cliente-terapeuta un entorno social real. Estas conductas funcionalmente similares que aparecen también en sesión se llaman Conductas Clínicamente Relevantes (CCR). No debemos confundir estas CCR con aquellas que tienen lugar durante role-playing o ensayos conductuales. Desde la PAF, la aparición de CCR en sesión supone una gran oportunidad terapéutica para moldear la conducta problema del cliente. Según la PAF, esto maximiza la generalización se maximiza cuando interactuamos con las CCR del cliente (Kohlenberg et al., 1999; Kanter et al., 2008).

Las CCR se clasifican en tres grupos. Las CCR1 son conductas funcionalmente similares a las conductas problema del cliente. Las CCR2 son las mejorías del cliente que ocurren a lo largo del proceso terapéutico. En las primeras sesiones las CCR2 serán casi inexistentes, aumentando paulatinamente a medida que avanzan las sesiones. Existe un tercer tipo de CCR, las CCR3. Estas son las interpretaciones que hace el cliente acerca de su propio comportamiento. Las CCR3, a su vez, pueden ser CCR3 tipo 1 o tipo 2 en función de si las interpretaciones son acerca de sus CCR1 o CCR2 (Kohlenberg et al., 1999; Kanter et al., 2008).

## 1.3. Obsesiones

Una de las conductas problema que aparecen en el caso que se expondrá más adelante son las obsesiones y las comprobaciones.

“Las obsesiones son pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que son experimentados (al menos inicialmente) como intrusos e inapropiados (egodistónicos) y que causan ansiedad o malestar acusados” (Bados López, 2006). La aparición de estas obsesiones varía en frecuencia y duración.

Desde un punto de vista del análisis funcional, las obsesiones se pueden mantener por varios motivos, los cuales serán particulares para cada caso. Habitualmente, se trata de pensamientos que elicitaban una respuesta emocional de ansiedad. Dependiendo de cada caso, el individuo puede intentar escapar de este alto nivel de ansiedad mediante compulsiones o comprobaciones. Al realizar las compulsiones, se escapa de la ansiedad antes de que pueda tener lugar la habituación a la misma. Los rituales o compulsiones son

reforzados negativamente al disminuir el nivel de ansiedad en el corto plazo. Al no ser posible la habituación o extinción de la ansiedad (las comprobaciones lo impiden), la asociación entre los pensamientos obsesivos y la ansiedad se fortalece en el largo plazo. En última instancia, la persona acaba manteniendo las conductas compulsivas con el fin de disminuir la ansiedad (Cruzado, 2014).

Los estudios indican que la prevalencia del Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) oscila entre el 1% y el 3% de la población, lo que nos indica que aparece con relativa frecuencia (Bados, 2006; Cruzado, 2014). La prevalencia es más elevada en hombres que en mujeres, según un metaanálisis realizado por Fawcett et al. (2020), las mujeres tienen 1,6 veces más probabilidad que los hombres de sufrir TOC. Según este mismo estudio, la prevalencia a lo largo de la vida para las mujeres es de alrededor del 1,5%.

El principal tratamiento para el TOC es la exposición con prevención de respuesta. Tal y como se comenta más arriba, el rápido escape de la ansiedad mediante compulsiones impide que la persona se habitúe a esa ansiedad elicited por el pensamiento obsesivo. La terapia de exposición con prevención de respuesta consiste precisamente en exponer a la persona a su ansiedad sin darle opción a que realice las compulsiones (manifiestas y encubiertas) hasta que los niveles de ansiedad disminuyan (Bados, 2006; Cruzado, 2014).

#### 1.4. Autoestima

La autoestima es un constructo psicológico que con frecuencia aparece en la literatura. A pesar de su popularidad, la definición de este concepto es a menudo variable, al no existir un consenso acerca de su significado. La ambigüedad de este constructo con frecuencia da lugar a malentendidos y falta de rigor. En cualquier caso, la autoestima como constructo cuenta con una serie de problemas metodológicos y conceptuales (Levy, 2019): El término se encuentra insuficientemente operativizado, como se especificará más adelante, existen múltiples definiciones; existe solapamiento en significado con otros conceptos tales como autoeficacia o autoevaluación; se le sobre atribuyen efectos causales; el planteamiento de la misma es maniqueísta; y, por último, su mal uso en la terapia puede resultar iatrogénico (Levy, 2019).

Brown et al. (2001) recoge varios significados de autoestima presentes en la literatura. La autoestima global, la autoevaluación y los sentimientos de valía.

La autoestima global tiene que ver con cómo nos sentimos acerca de nosotros mismos, y más concretamente, con el grado de afecto que sentimos. Según esta definición, la autoestima abarca un rango en el que las personas con una autoestima alta sentirían amor hacia sí mismas y en casos extremos de baja autoestima, las personas llegarían incluso a odiarse a sí mismas.

La autoevaluación se refiere al juicio que los individuos hacen acerca de sus propias habilidades, capacidades y características.

Según los sentimientos de valía, la autoestima se entiende como un estado emocional más bien momentáneo, fruto de una situación con un resultado positivo o negativo.

A pesar de estos problemas, puede resultar interesante operativizar el concepto de autoestima mediante el análisis funcional para solventar estos problemas (Arévalo et al., 2019). Idealmente, este análisis funcional se realizará para cada cliente incluyendo las verbalizaciones que éste realiza acerca de sí mismo y las emociones elicítadas por aquellas (Froxán, 2020).

### 1.5. Invalidación emocional

Dentro de las verbalizaciones que nos dirigimos a nosotros mismos sobre nosotros, algunas de estas pueden emitirse con la intención de invalidar nuestra experiencia emocional. Según Linehan (1993): “La auto invalidación se refiere a la tendencia a invalidar o no reconocer las respuestas emocionales propias.” En ocasiones esto conlleva sentimientos de culpa, vergüenza y odio dirigido hacia el propio individuo.

La auto invalidación surge de un entorno que previamente a invalidado las experiencias afectivas del individuo. Ante esta invalidación el individuo tiende a invalidar sus propias experiencias afectivas, buscando en otros la interpretación adecuada de la realidad externa. La invalidación emocional lleva al individuo a intentar suprimir sus experiencias emocionales y su expresión. Esta incapacidad de confiar en sus propias percepciones de la realidad impide a la persona el desarrollo de un sentido de identidad o de confianza en sí misma (Linehan, 1993).

Un entorno invalidante es aquel en el que la comunicación de experiencias privadas es recibida con respuestas erráticas, inapropiadas y extremas. En otras palabras, la expresión de experiencias privadas no recibe validación externa, si no que se castiga y/o trivializa (Linehan, 1993).

El individuo que no ha encontrado validación emocional en su entorno y que, por tanto, no ha desarrollado la autovalidación de sus percepciones, recurrirá a intentar cambiar, o al menos modular, sus respuestas emocionales. La invalidación es aversiva y, por tanto, suprime o disminuye la conducta que le precede (Linehan, 1993).

Un contexto invalidante puede provocar emociones desagradables como vergüenza, ansiedad o miedo, lo que puede desembocar en una auto percepción negativa. A causa de esto, las personas que han vivido en un entorno invalidante pueden desarrollar una autopercepción negativa que les lleve a emitir verbalizaciones negativas de sí mismos que a su vez, eliciten emociones desagradables. En otras palabras, la invalidación emocional puede desembocar en una baja autoestima. (Pohl et al., 2021)

El objetivo de este trabajo es conceptualizar el caso que en él se expone desde una perspectiva funcional, evitando las etiquetas diagnósticas e incidiendo en la funcionalidad de las conductas problema.

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

Natalia, 26 años, mujer soltera sin hijos. Originaria de una provincia del sur de España, desde el mes de junio vive en Madrid en un piso compartido. Trabaja como administrativa sanitaria. Estudió un Ciclo Formativo de Grado Superior en Documentación y Administración Sanitarias. Sus padres y su hermano menor viven en el domicilio familiar en su ciudad de origen, mientras que su hermana vive en otra ciudad. Su padre y su madre son parados de larga duración y la familia cuenta con recursos económicos limitados, siendo esto una fuente de estrés. Su madre tiene síntomas depresivos y obsesivos y su hermana tiene un historial de obsesiones, hipocondría y un episodio psicótico.

Acude a consulta por primera vez porque tiene problemas en el ámbito laboral. Realiza comprobaciones con mucha frecuencia para evitar cometer errores, lo que le resta dinamismo a su trabajo. Comprueba varias veces si ha introducido los datos correctamente, pregunta a sus compañeros de trabajo si lo está haciendo adecuadamente. Las personas de su alrededor acaban adoptando una actitud paternalista hacia ella. Le preocupa mucho lo que los otros puedan pensar sobre ella y trata de controlar lo que piensan los demás mediante sus acciones.

Tiene miedo de equivocarse y cometer errores, llegando a constituir una obsesión. Tiene una historia personal de fracaso, en bachillerato llegó a repetir curso en cinco ocasiones hasta lograr finalmente obtener el título. Esto le llevó a dudar de sus capacidades y hacerse un test de inteligencia en el que se descartó cualquier problema relacionado con su inteligencia o capacidades cognitivas alteradas.

En una experiencia laboral no remunerada sufrió acoso sexual por parte de su superior, quien, además, le corregía y supervisaba de manera constante y excesiva, favoreciendo que Natalia se sintiera insegura en el ámbito laboral.

Natalia cuestiona su persona con frecuencia y tiene dificultades para elegir y tomar decisiones. Este cuestionamiento a menudo favorece la aparición de la rumia antes y después de la toma de decisiones. Natalia es crítica en exceso consigo misma y emite verbalizaciones negativas de su persona, siendo esto elementos de una baja autoestima.

Cuenta con un buen círculo social y hace planes de ocio con frecuencia. En su ciudad natal mantiene el mismo grupo de amigos desde que era pequeña. Tiene dificultades para expresar su opinión en grupo y hacer críticas si algo le molesta. Tiende a evitar el conflicto y se siente culpable si cree que una decisión o acto suyo puede causarlo, llegando a suprimir sus propias opiniones y necesidades con el fin de mitigar este sentimiento de culpa. Además, presenta dificultad para proponer planes, adaptándose a menudo a lo que deciden hacer los demás.

El nombre de la cliente ha sido sustituido por uno ficticio con el fin de preservar su anonimato.

### 3. Estrategias de Evaluación

La evaluación del caso se llevó a cabo mediante diferentes métodos, utilizando procedimientos directos e indirectos.

Procedimientos directos:

- Observación sistemática. Se observaron y registraron las conductas de la consultante en la sesión.
- Autoobservación y autorregistro. Se le pidió a la consultante que registrara las situaciones de malestar fuera de sesión. Los elementos a registrar fueron una descripción de la situación, la emoción sentida por la consultante en ese momento y la conducta realizada.

Procedimientos indirectos:

- Entrevista. Se le hicieron preguntas a la consultante acerca de distintas áreas de su vida. De manera más concreta, se evaluaron las siguientes áreas:
  - Laboral: experiencias en trabajos previos y en el actual, historial de fracasos, situaciones y elementos que le generan inseguridad e historial académico.
  - Familiar: relación con los miembros de su familia
  - Social: asertividad, respuestas evitativas, miedo al conflicto.
- Cuestionarios:
  - The Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) (Derogatis y Savitz, 1999). Es un inventario auto aplicado que contiene 90 ítems. Fue desarrollado por L. Derogatis en los años 70 para medir síntomas y malestar psicológicos. El SCL-90-R categoriza los síntomas y los analiza en 9 dimensiones: Somatización (SOM), Obsesión- Compulsión (OBS), Sensibilidad interpersonal (SEN), depresión (DEP), Ansiedad (ANS), Ansiedad fóbica (FOB), Ideación paranoide (IDE) y Psicoticismo (PSIC).
  - Cuestionario de Aceptación Acción II (AAQ- II) (Bond et al., 2011). Se trata de un cuestionario que mide la evitación experiencial. La evitación experiencial es un fenómeno que tiene lugar cuando una persona no se mantiene en contacto con ciertas experiencias privadas como emociones, sensaciones corporales y recuerdos y busca el modo de alterar la frecuencia o la forma de las situaciones o eventos que los desencadenan (Hayes et al., 1996). La evitación experiencial y la inflexibilidad psicológica han demostrado recientemente ser constructos relevantes que guardan relación con una amplia gama de trastornos psicológicos (Weiner et al., 2010).

#### 4. Formulación clínica del caso

Tras la evaluación del caso se identifican las siguientes áreas problema, operativizadas según el análisis funcional:

Variables disposicionales:

- Presión económica: Su familia cuenta con bajos recursos económicos. Su padre y su madre son parados de larga duración, por lo que no puede depender económicamente de ellos. Esto aumenta necesidad de desempeñar bien su trabajo y conservar su puesto.
- Vivir en una ciudad distinta a la de origen le exige tener ingresos para poder mantenerse en Madrid y poder pagar el alquiler. Mayor presión por ser buena en su trabajo y conservar su puesto.
- Ser nueva en su puesto de trabajo y no tener experiencia previa en puestos similares.
- Cambio de ciudad y de entorno social. Natalia no ha vivido previamente fuera de su ciudad de origen, ha de construir un nuevo círculo social en Madrid.
- Posible modelado de comprobaciones por parte de su hermana mayor.
- Natalia es la mediana de tres hermanos, lo cual puede haber favorecido que reciba menos atención en favor de su hermana mayor (que además tiene un historial de problemas psicológicos) y su hermano pequeño. Esto puede favorecer su auto invalidación.
- Ser mujer: Los roles de género presentes en nuestra sociedad favorecen que en las mujeres se refuercen conductas complacientes, pasivas e inhibidas en contextos sociales.

#### **Análisis funcional de las comprobaciones y la inseguridad**

Hipótesis de origen: Natalia repitió bachillerato en numerosas ocasiones, lo que hizo que el fracaso fuera condicionado de manera altamente aversiva. Ante esta situación es probable que se empezaran a desarrollar respuestas de comprobación y anticipación de posibles errores, conducta que se ha mantenido por R-. También a partir de este evento es probable que hayan surgido verbalizaciones negativas y aversivas de su propio desempeño en los estudios, habiéndose generalizado a contextos como el laboral.

---

Hipótesis de mantenimiento:

Posibilidad de fracaso, error	Malestar	
EC	RC	
Posibilidad de fracaso o error + Malestar	Comprobación	Reducción del malestar y de la incertidumbre, control
ED	R	R-, R+
Ir despacio en su trabajo (para evitar el error), tener dudas.	Inseguridad	
EC	RC	

En el largo plazo, estas conductas mantienen su inseguridad y su miedo a cometer errores, favoreciendo que busque activamente errores en todo lo que hace.

### Análisis funcional de las rumiaciones

Hipótesis de origen: Al estar el fracaso condicionado aversivamente, Natalia ha buscado la manera de poder predecirlo con el fin de ganar control.

Hipótesis de mantenimiento:

Incertidumbre	Malestar, ansiedad	
EC	RC	
Evento en el que Natalia ha de tomar una decisión	Rumia	Reducción del malestar e incertidumbre, control
ED	R	R-, R+

En el largo plazo las conductas de rumia favorecen la inseguridad que siente Natalia en situaciones de malestar y ante la toma de decisiones.

### Análisis funcional de la ansiedad ante la toma de decisiones

Hipótesis de mantenimiento:

Anticipar consecuencias negativas de sus decisiones	Malestar		
EC		RC	
Situación que le requiere decidir entre varias alternativas	Rumia, posponer la decisión		Reducción del malestar e incertidumbre, control
	R		R-, R+
ED			
Anticipar consecuencias negativas de la decisión + Malestar	Decidir en base a criterios externos		Reducción de malestar
ED		R	R-

En el largo plazo estas conductas dificultan que Natalia tome decisiones discriminadas por sus eventos privados, prestando más atención a las potenciales consecuencias negativas que a sus deseos.

### Análisis funcional de la auto invalidación emocional

Hipótesis de mantenimiento:

Manifestaciones ansiógenas	Malestar		
EC		RC	
Manifestaciones ansiógenas + malestar	Auto invalidación emocional, "no debería sentirme así"		Control
ED		R	R+
Verbalizaciones negativas acerca de sí misma y de sus emociones	Malestar		
EC		RC	

Variables disposicionales: ser la mediana de tres hermanos. Situación familiar compleja, madre y hermana con problemas psicológicos.

Estas conductas de auto invalidación dificultan la toma de decisiones y la expresión de opiniones, así como las conductas asertivas.

<b>Análisis funcional de la inhibición</b>		
Juicio negativo de los demás EC	Malestar RC	
Anticipación de juicio negativo + malestar ED	No expresar su opinión, expresar lo que cree que esperan otros de ella R	Control, reducción del malestar R+, R-
No expresar su opinión, anticipar juicios negativos EC	Malestar, inseguridad RC	

Variable disposicional: ser mujer.

Estas hipótesis funcionales se relacionan entre sí. En el caso de la auto invalidación emocional y la toma de decisiones, el juicio y el intento de control de sus emociones dificulta que Natalia sea consciente de sus deseos y que estos puedan discriminar las decisiones que toma. El malestar adquiere una función discriminativa de las conductas de comprobación y de la rumia. Además, esta invalidación emocional y dificultad en la toma de decisiones, influye en su capacidad para expresar su opinión ante terceras personas, ya que no es consciente de sus deseos además de buscar evitar el juicio negativo de otros.

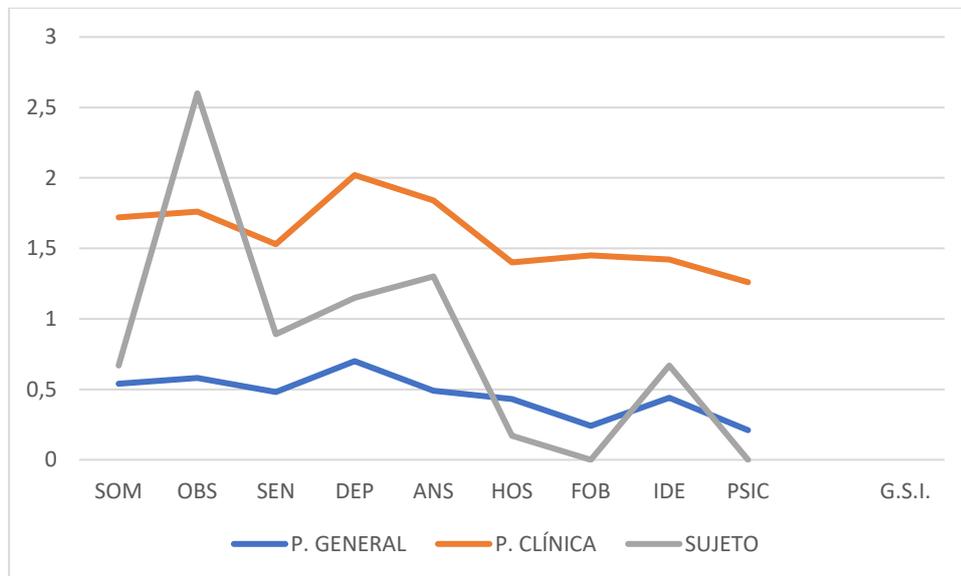
Las siglas "OM" significan operación motivadora. Estas son un tipo de operaciones de establecimiento que aumentan la capacidad reforzante del consecuente y por tanto aumentan la probabilidad de ocurrencia de la conducta que lo precede (Valdivia y Luciano, 2006).

### **Resultados de los cuestionarios**

En lo que respecta a los resultados de los cuestionarios anteriormente descritos, en la figura 1 se muestran los resultados del SCL-90-R.

**Figura 1**

*Resultados pre del SCL-90-R*



En la figura 1 podemos observar 3 puntuaciones representadas en un gráfico: las puntuaciones del sujeto, las puntuaciones medias de la población general y las puntuaciones medias de población clínica. Natalia obtiene puntuaciones superiores a la media de población clínica en la dimensión obsesivo-compulsivo, lo que resulta congruente con los datos obtenidos mediante la entrevista y los autorregistros. En el resto de áreas, las puntuaciones en el SCL se mantienen en niveles inferiores a la población clínica, si bien algunas subescalas las puntuaciones de Natalia están por encima de la media poblacional, siendo destacable su elevada puntuación en ansiedad.

En el AAQ-II se obtuvo una puntuación directa de 16, lo que se encuentra muy por debajo del umbral que se establece para población clínica, siendo esta puntuación umbral 29. La puntuación más alta aparece en el siguiente ítem “Me preocupa no ser capaz de controlar mis preocupaciones y sentimientos” con una puntuación de 5 sobre 7.

Los objetivos se consensuan con la consultante, estableciendo objetivos para dentro y fuera de sesión. Los objetivos dentro de sesión se establecen partiendo de las premisas de la FAP, poniendo el foco en la relación cliente-terapeuta, entendiendo que las conductas que aparecen en este contexto son conductas que

aparecerán también en otros contextos de la cliente. Por tanto, se establecen los objetivos en términos de las conductas clínicamente relevantes (CCR).

Objetivos en sesión:

- Reducir CCR1 de culpa ante el error.
- Incrementar el número de CCR2 de comprensión y aceptación de sus emociones.
- Incrementar la frecuencia de verbalizaciones positivas acerca de sí misma y sus conductas.
- Incrementar la frecuencia con la que la consultante expresa su opinión.

Objetivos fuera de sesión:

- Aumentar la frecuencia de toma de decisiones personales discriminadas por sus propios eventos privados sin consultar a otras personas.
- Reducir el malestar asociado al error y disminuir la frecuencia con la que la posibilidad de cometer un error discrimine comprobaciones.
- Reducir el número de comprobaciones manifiestas y encubiertas.
- Reducir la frecuencia y duración de los eventos de rumia.

## **5. Tratamiento**

Natalia acude por primera vez a consulta en agosto de 2021. Acude a consulta con una frecuencia inicialmente semanal, pasando posteriormente a ser quincenal para dar espacio a que existan oportunidades para que la cliente aplique fuera de sesión lo trabajado en esta. Las sesiones tienen una duración de 50 minutos.

### **1ª, 2ª y 3ª sesión**

En las primeras dos sesiones se lleva a cabo la evaluación mediante los métodos arriba descritos y se le devuelven los resultados de la misma. En la primera sesión, se le pide a la consultante que cumplimente un autorregistro, en el que Natalia toma nota de situaciones de malestar, incluyendo una descripción de la situación, lo que piensa, lo que siente y lo que hace. En la siguiente sesión se realiza la devolución de los resultados de la evaluación y del análisis funcional a la consultante.

En la tercera sesión se incide en la cadena funcional de las comprobaciones. Se le explica a Natalia la función que tienen las comprobaciones en el corto plazo y las consecuencias a largo plazo en el mantenimiento de la inseguridad. Se establecen los objetivos, como ganar seguridad, disminuir comprobaciones y tomar más decisiones propias.

Como tareas para fuera de sesión, se le pide que practique la exposición con prevención de respuesta en situaciones en las que sienta la necesidad de realizar comprobaciones.

### **4ª sesión**

Natalia acude a la sesión con la noticia de que ha pasado el periodo de prueba y que ha sido contratada en el trabajo. Ante esta noticia está contenta, si bien atribuye la decisión de sus jefes únicamente a su disponibilidad horaria, descartando enseguida que pueda deberse a la calidad de su trabajo.

Esto se refleja en la siguiente CCR1: “me han contratado porque tengo más disponibilidad horaria que otras compañeras y no tengo cargas familiares”. Ante esto, se aplica el filtro de evidencia, buscando explicaciones alternativas. Se busca reforzar las aproximaciones a la verbalización “yo soy más capaz” mediante un moldeamiento verbal. Se incide en la cadena funcional de la necesidad de control y la evitación de la incertidumbre.

Como tareas para fuera de sesión, se le pide a la consultante que proponga planes de ocio a sus amistades, prestando atención a lo que ella quiere hacer. Además, se le indica que continúe con la exposición con prevención de respuesta ante el deseo de hacer comprobaciones.

### **5ª sesión**

Natalia cuenta en sesión algunas situaciones de agobio acontecidas durante la semana. Cuenta el agobio que le produce gastar dinero en situaciones sociales, especialmente cuando el plan consiste en beber alcohol, lo cual no le gusta en exceso. Decidió no beber la misma cantidad de alcohol que sus amigos, gastando así menos dinero, si bien tras esto aparecieron conductas rumiativas. Cuenta otra situación, en la que llamó al departamento de recursos humanos de su empresa para informarse de su contratación y la respuesta recibida fue que no sabían nada de su contrato, lo cual a Natalia le produjo angustia.

La primera situación descrita muestra la preocupación que Natalia siente con respecto al dinero, congruente con su historia de aprendizaje y su situación económica. Además de su dificultad en la toma de decisiones y la expresión de las mismas a terceras personas. En esta sesión se incide en la cadena funcional de la invalidación emocional. Se realiza psicoeducación en relación con el funcionamiento de las emociones, así como su función, con el fin de que comprenda valide sus propias emociones. En última instancia esto le permite identificar cuando se está auto invalidando.

Como tareas para casa, se le pide a la consultante que continúe con la exposición con prevención de respuesta, haciendo uso de auto instrucciones como “poco a poco” o “el malestar de hoy es la seguridad de mañana”. Además, con el fin de afianzar lo explicado en sesión, se le pide que registre sus emociones desagradables y el estímulo que las desencadena, así como una descripción de la situación y estrategias para manejar la emoción que siente.

### **6ª sesión**

Natalia se empieza a dar cuenta de cuándo se está auto invalidando tras lo abordado en la sesión anterior y las tareas asignadas. Natalia emite una CCR3 de tipo 1 al describir la relación con su compañera de trabajo: “Ella me trata mal porque yo se lo permito”. Ante la intranquilidad que le genera cometer un error, busca la validación de los demás, en este caso de su compañera, por tanto, Natalia a menudo pregunta y se justifica ante a su compañera con el fin de comprobar que no se está equivocando. En esta sesión Natalia emite algunas CCR1: “siento que todos los fallos dependen de mí”; “no doy pie con bola”; “me da miedo trabajar con mi jefa por si lo cometo un error”.

Se le explica cómo estas preguntas y justificaciones en conversaciones cumplen la función de comprobar y prevenir el error, ayudando a Natalia en el corto plazo a reducir la incertidumbre. Estas conductas mantienen su inseguridad en el largo plazo además de favorecer que otros le traten con condescendencia, siendo ella consciente de esto último.

Como tareas se le pide a la cliente que continúe con la exposición con prevención de respuesta, aplicándola también a las conversaciones con terceras personas. Se le pide también que practique a tomar decisiones bajo criterios aleatorios cuando le cueste decidirse en situaciones no trascendentes.

### **7ª sesión**

En esta sesión se incide sobre la rumia. En las semanas previas a la sesión, Natalia reservó un viaje a su ciudad de origen en unas fechas en las que creía que libraba. Al comprobarlo vio que le habían puesto un turno de trabajo en uno de esos días. Esto desencadenó una conducta comprobación en forma de rumia. Se aprovecha para incidir sobre esto. Se le facilita la instrucción de poner un tiempo límite para rumiar y pensar en las decisiones tomadas antes de pasar a la acción o cambiar de actividad. En el tiempo transcurrido desde la última sesión, Natalia ha seguido proponiendo planes que le apetecían y ha rechazado algunos que le han sido propuestos que no le han apetecido. En su trabajo está reduciendo el número de comprobaciones en general y también las comprobaciones en voz alta en conversaciones con sus compañeros y tomando decisiones de manera independiente sin consultar a compañeros.

Como tarea se le sigue pidiendo que practique la exposición con prevención de respuesta y la toma de decisiones guiada por criterios propios. Se le pide además que registre el número de comprobaciones que realiza entre sesiones para observar su progreso.

### **8ª sesión**

En esta sesión se aborda una situación concreta que le genera malestar en el trabajo. Tiene 20 minutos de descanso a lo largo de su jornada laboral que divide a lo largo de la jornada en periodos de 5 minutos. El momento de tomarse el descanso es de su elección. Natalia se muestra indecisa acerca de cuándo descansar y su compañera parece ser quien decide en la mayoría de las ocasiones el momento. Esto a Natalia le genera malestar. Se realiza role-playing en sesión con modelado previo para practicar respuestas asertivas ante las insistencias de su compañera de trabajo. Se le facilitan algunas instrucciones, como emplear la técnica del disco rayado, evitando dar demasiadas explicaciones. Natalia identifica nuevas formas en las que realiza comprobaciones, como que en ocasiones llama a su hermana para asegurarse de que ha tomado las decisiones correctas, contándole la situación y la decisión tomada a su hermana para que ella lo valide.

Como tareas para fuera de sesión se le pide que identifique situaciones en las que Natalia se inhibe en el contexto laboral, con el fin de trabajarlas en sesión. Además, se le pide que continúe registrando el número de comprobaciones, así como practicar la exposición con prevención de respuesta.

### **9ª sesión**

En esta sesión se incide en el miedo de la consultante al fracaso. Ante una situación que le genere malestar, busca activamente sus errores para aumentar la sensación de control. Se insiste en la idea de que un mal resultado no es indicativo de una mala toma de decisiones, tomamos la mejor decisión con la información que haya disponible en el momento de tomarla. Describe nuevas situaciones difíciles en el trabajo. En el tiempo transcurrido desde la última sesión, Natalia ha coincidido en algunos turnos con una compañera nueva con menos experiencia en el puesto que Natalia. Esta situación fue nueva para ella, siendo la primera vez que ella tenía más experiencia que la compañera. A este respecto emite varias CCR1: “no sé si debería pautarle yo en lugar de darle alternativas”; “no he aplicado todo lo que hemos visto en sesión”. Se trabaja la comunicación asertiva con las compañeras mediante modelado y role-playing. Ha comenzado a tomarse los descansos en el trabajo cuando ella quiere y no cuándo le indica su compañera.

Como tareas para fuera de sesión se le pide a la consultante que continúe registrando comprobaciones y practicando la exposición con prevención de respuesta.

### **10ª sesión**

Natalia cuenta que ha disminuido el número de comprobaciones en conversaciones con sus compañeros y refiere sentirse más segura y recibir un mejor trato por parte de estos.

En esta sesión se continúa trabajando la asertividad. Se produjo un malentendido con una amiga, y Natalia se sintió insegura acerca de cómo actuar, desencadenando un gran malestar y conductas de rumia, ante esto, Natalia emite una CCR1: “no me tendría que haber puesto a pensar”. Habló con su hermana para buscar ayuda y esta le planteó un modelo que Natalia no se sentía cómoda llevando a cabo. Ante esto, se le proporciona a la consultante un modelo de asertividad que se adapte a ella y se pone de manifiesto el derecho a no seguir los consejos que nos den los demás. Se trabaja esta situación mediante role-playing.

Como tarea para casa se le pide que registre las cosas que hace bien en el contexto laboral a lo largo de la semana, con el fin de poner el foco en sus logros y características positivas.

### **11ª sesión**

Natalia cuenta sus avances a la hora de saber lo que le apetece, siendo consciente de que la presencia de terceras personas se lo pone más difícil. Finalmente gestionó la situación de malentendido con su amiga de manera satisfactoria, emite una CCR 3 de tipo 1: "me doy cuenta de que siempre soy crítica o me parece que hago mal lo que hago". Natalia ha disminuido mucho la frecuencia de sus comprobaciones y es consciente de todas las que sí lleva a cabo. Ha reducido también las comprobaciones en conversaciones con su hermana. Identifica además las variables que influyen en su necesidad de comprobar en el contexto laboral como la compañera con la que está trabajando ese día, su estado de ánimo y la carga de trabajo. Ha puesto en práctica la asertividad al decirle a su hermana que no quería hablar de un tema y está manejando su rumia, parándose cuando detecta que está empezando a rumiar. Se revisa la tarea de registrar las cosas que hace bien: toma la iniciativa con su compañera de trabajo y sabe enfrentarse a las conversaciones familiares.

Como tareas para fuera de sesión se le pide que continúe registrando las cosas que le gusten de sí misma y las comprobaciones y ponerse un cronómetro para la toma de decisiones.

### **12ª sesión**

Ha regresado a su ciudad natal por Navidad. Se siente triste y frustrada al no poder cambiar la situación y las dinámicas familiares. Su abuelo está enfermo y es su madre quien le cuida, lo que hace sufrir a su madre. Cuenta además que se han producido varias discusiones entre sus padres. Sus familiares acuden a ella para desahogarse. Todo esto le genera malestar. A pesar de esto, Natalia se mantiene asertiva. En esta sesión se trabaja el manejo de las situaciones familiares. Se entrena a Natalia en discriminar las situaciones que están bajo su control y las que no. Se pone en foco en lo que sí logra hacer por su familia.

Se revisa el registro de cosas que le gustan de sí misma y ha apuntado más cosas que la sesión anterior. Reconoce sus avances en asertividad e iniciativa con otros y una mejora en la seguridad en sí misma. Emite una CCR2: "La tarde no salió bien, pero eso no es todo cosa mía y no pasa nada ". Además, ante una bronca recibida en el trabajo se siente mal, pero en seguida detecta que ella no ha cometido ningún error.

Como tareas para casa se le pide que continúe con el registro de cosas que le gustan y el registro de comprobaciones. Además, se le indica que aplique las pautas trabajadas en las interacciones con su familia.

### **13ª sesión**

Sigue en el domicilio familiar. En el tiempo transcurrido desde la última sesión ha aplicado las pautas trabajadas con respecto a su familia. Ha identificado aquellas situaciones en las que no tiene control y en

estas ha adoptado un rol más observador, sin intervenir. Esta muy contenta con estos logros. Ha hecho más cosas guiada por sus propios deseos, se ha apuntado a baile. Ha habido una ocasión en la que se le ha dificultado hacer lo que quería al tener que enfrentarse a una amiga que le hizo una crítica manipulativa. Se trabaja en sesión cómo responder a las críticas de manera asertiva. Le van a hacer un contrato indefinido en el trabajo y le van a cambiar el turno a la noche.

Ha continuado registrando las cosas que le gustan de ella. Sigue reduciéndose el número de comprobaciones.

Como tareas se le pide que continúe con las pautadas en la última sesión, y se le pide además que elabore un listado con las situaciones difíciles que identifique en el trabajo.

#### **14ª sesión**

Natalia ya tiene el contrato indefinido, ahora trabaja de noche. Está contenta. Emite algunas CCR2: “se ve que les he cuadrado”; “lo he hecho bien, les ha gustado cómo trabajo”. Se refuerzan estas verbalizaciones. Ha cambiado de compañeras al cambiar de turno. Ha empezado a realizar comprobaciones en conversaciones con las nuevas compañeras. Lo ha detectado rápidamente. Cuenta en sesión situaciones en las que ha tomado decisiones en el trabajo guiándose por su propio criterio. Cada vez se siente más segura al respecto. A nivel familiar continúa aplicando las pautas vistas en una de las sesiones anteriores, le genera menos malestar.

Se trabajan en sesión las situaciones difíciles que ha identificado en el trabajo mediante role-playing. Ha continuado registrando las cosas que le gustan de sí misma. Le gusta cómo se organiza, cómo baila, su aspecto físico.

Como tareas se le pide que continúe con el registro de cosas que le gustan de ella.

#### **15ª sesión**

Natalia está muy satisfecha con el trabajo. Se ha expuesto a estar en el puesto más demandante y a la posibilidad de cometer errores por voluntad propia. Está muy adaptada a la vida en Madrid. Verbaliza: “me siento más yo” (CCR2). Sigue haciendo baile y realizando planes sociales. Quedó con un chico que había conocido a través de Tinder y antes de la cita se puso a anticipar que no le iba a resultar interesante porque él era ingeniero. Su historial de fracaso con los estudios le afecta más de lo que pensaba. Estos pensamientos afectaron a la cita, que a pesar de esto fue bien.

### **Pronóstico del caso y continuación de la intervención**

La evolución de la consultante hasta la fecha es positiva y permite pronosticar una continuación en la mejora en las próximas sesiones. Presenta una alta motivación y realiza rigurosamente las tareas asignadas, lo que refuerza la hipótesis de que se terminarán de lograr los objetivos restantes, especialmente los relativos a la asertividad y la mejora de la autoestima.

Para continuar con la intervención, sería conveniente continuar incidiendo en las cadenas funcionales de la rumia, estableciendo auto instrucciones y practicando la parada de pensamiento, y la inhibición social, generalizando las conductas asertivas ya presentes en el ámbito laboral a otros contextos, tales como el social y familiar.

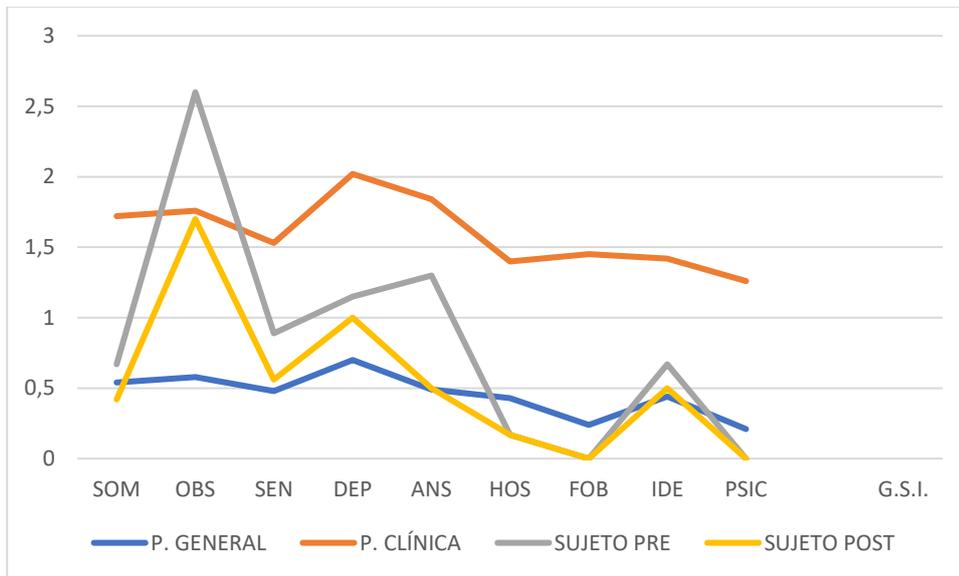
## 6. Valoración del tratamiento

Para la valoración del tratamiento se ha evaluado de nuevo a la consultante mediante los cuestionarios empleados en la evaluación inicial. El cuestionario SCL-90-R (Derogatis y Savitz, 1999) y el cuestionario de Aceptación Acción II (AAQ- II) (Bond et al., 2011). Las medidas post se realizaron tras 15 sesiones de intervención.

Con respecto al SCL-90-R, se muestran los resultados en la figura 2.

**Figura 2**

*Resultados pre-post del SCL-90-R*



En la figura 2 podemos observar los resultados correspondientes al SCL-90-R antes y después de la intervención. Podemos observar que han disminuido todas las puntuaciones con respecto a las puntuaciones obtenidas en las medidas pre. En las medidas pre, la sujeto obtuvo una puntuación de 2,6 en la escala de obsesiones, situándose por encima de la media de la población clínica (1,76). En las medidas post, la puntuación de la consultante ha disminuido a 1,7; situándose así por encima de la media poblacional general, pero por debajo de la media de la población clínica. En las medidas pre, la consultante obtuvo una

puntuación en la escala de ansiedad de 1,3 que no llegaban a superar la media clínica (1,84), pero que sí superaban la media poblacional (0,49). Esta puntuación se ha reducido a 0,5 en las medidas post.

Al respecto de este cuestionario destacan tres ítems en los que las puntuaciones han disminuido de manera considerable, pasando de 4 (extremadamente o mucho) a 2 (poco o moderadamente). Estos son el ítem 38 “Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro/a de que están bien hechas”; el 45 “Tener que controlar una o más veces lo que hago” y el 46 “Tener dificultades para tomar decisiones”. El cambio respuesta que se ha producido en estos ítems es congruente con lo observado en sesión. Estos ítems, además, guardan relación con los objetivos establecidos en el proceso terapéutico, como aumentar la frecuencia de toma de decisiones basadas en su propio criterio sin consultar a otras personas, reducir el malestar asociado al error y la capacidad discriminativa de este para las comprobaciones y reducir el número de comprobaciones.

En relación con el cuestionario AAQ-II se obtuvo una puntuación directa de 13, lo que se encuentra muy por debajo del umbral que se establece para población clínica, siendo esta puntuación umbral 29. La puntuación directa ha disminuido con respecto a las medidas pre, pasando de 16 a 13. La puntuación más alta aparece en el mismo ítem que en las medidas pre “Me preocupa no ser capaz de controlar mis preocupaciones y sentimientos”, si bien la puntuación se ha reducido de 5 a 4 en una escala de 1 a 7.

A lo largo del tratamiento se han ido actualizando las hipótesis funcionales del caso, acorde con los avances de la consultante.

A partir de la 6ª sesión, de manera paulatina podemos observar como se reduce la auto invalidación de la consultante.

#### **Análisis funcional de respuesta de Natalia ante sus emociones**

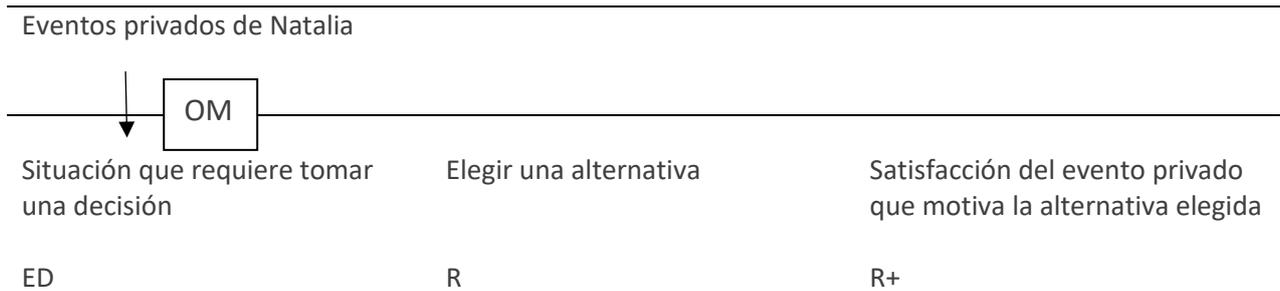
Manifestaciones ansiógenas EC	Malestar RC	
Manifestaciones ansiógenas + malestar ED	Comprensión de su emoción “entiendo por qué me siento así y tengo derecho a ello” R	Control R+

Esta aceptación y comprensión de sus estados emocionales desagradables le facilita la percepción de sus eventos privados y la capacidad de estos para discriminar las decisiones de Natalia

En relación con esto, a partir de la sesión 8 podemos observar cómo Natalia comienza a tomar más decisiones guiadas por su propio criterio. El malestar ocasionado por la anticipación de posibles errores o consecuencias negativas ha perdido capacidad discriminativa para la toma de decisiones, así como su efecto

como operación de establecimiento de la rumia y la procrastinación de la decisión. Sus eventos privados han adquirido el papel de OM.

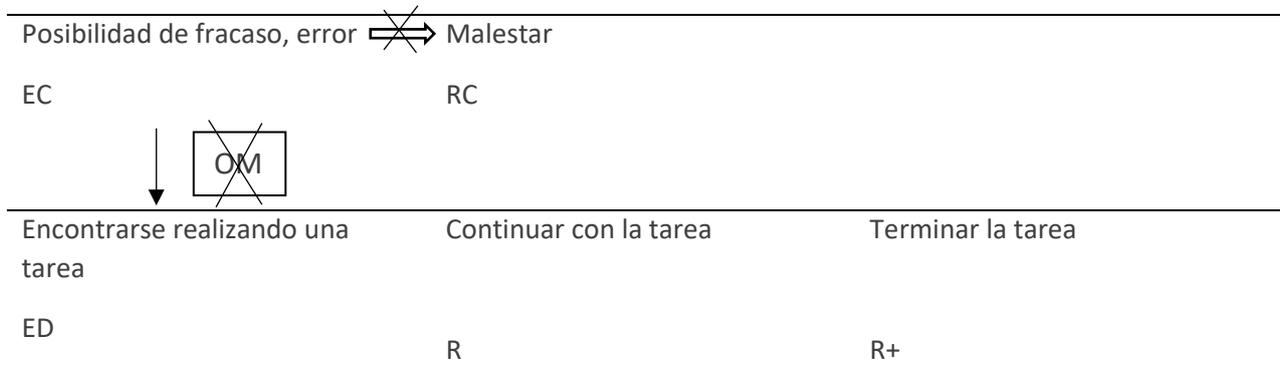
### Análisis funcional de la toma de decisiones



Los avances realizados por Natalia en relación con la disminución de las comprobaciones también se manifiestan en el análisis funcional. El malestar asociado al error se mantiene, pero pierde efecto como operación de establecimiento para la comprobación. Esto se empieza a observar a partir de la sesión 10.

### Análisis funcional de las comprobaciones y la inseguridad

Hipótesis de mantenimiento:



La operación motivacional deja de aparecer y, además, el estímulo condicionado comienza a evocar respuestas condicionadas menos intensas en la consultante.

Esta nueva hipótesis funcional le facilita sentirse más segura de sí misma en el largo plazo. Este patrón se generaliza también a las conversaciones con otras personas, como su hermana y sus compañeras de trabajo, con el beneficio añadido de que se reduce el trato condescendiente que recibía de algunas de sus compañeras.

El aumento de la seguridad en sí misma, la percepción de sus emociones y eventos privados y la capacidad de tomar decisiones favorece también que Natalia comience a mostrar y expresar sus opiniones y preferencias ante terceras personas. Comenzamos a observar un cambio en la hipótesis funcional a partir de la sesión 11.

#### **Análisis funcional de la expresión emocional**

---

Otra persona expresa algo con lo que Natalia no está de acuerdo	Expresar lo que ella opina según su propio criterio	Bienestar
	R	R+
ED		

---

La cliente ha mostrado una gran motivación y adherencia al tratamiento a lo largo de toda la intervención terapéutica, lo cual ha facilitado y acelerado la consecución de los objetivos establecidos. Ha aplicado de manera consistente las pautas trabajadas en sesión a contextos fuera de sesión, facilitando la generalización de los aprendizajes.

Dentro de los objetivos establecidos para dentro de sesión, podemos ver cómo se han reducido las CCR1 de culpa ante el error, emitiendo algunas CCR2 de comprensión como "La tarde no salió bien, pero eso no es todo cosa mía y no pasa nada " (en relación con un plan de ocio), "lo he hecho bien, les ha gustado cómo trabajo" (en relación con su contratación indefinida). Además, ha ido registrando aspectos que le gustan de sí misma y de lo que hace.

Fuera de sesión sabemos que ha empezado a proponer planes de ocio guiándose por su propio criterio y sus eventos privados, se ha apuntado a actividades como baile. Ha dejado de consultar a terceras personas al tomar decisiones al reducir las comprobaciones en conversaciones.

El malestar asociado al posible error también se ha reducido; Natalia ha llegado a exponerse a trabajar en el puesto de trabajo "más difícil". Las comprobaciones para evitar errores se han ido reduciendo de manera sistemática.

## 7. Discusión y conclusiones

El objetivo del presente trabajo fue describir el caso de Natalia y dejar constancia del tratamiento que se ha aplicado y los resultados de este. Atendiendo a los resultados de la intervención, podemos observar que el tratamiento ha arrojado resultados positivos, disminuyendo la frecuencia de conductas problema descritas en la evaluación del caso, como las comprobaciones o la rumia, y aumentando la frecuencia de aquellas conductas deseables para la consultante tales como las verbalizaciones positivas acerca de sí misma o la expresión de sus opiniones y deseos ante terceras personas.

El enfoque del caso clínico desde la perspectiva del análisis funcional ha resultado fundamental para identificar las áreas problema de la consultante y maximizar la eficiencia del tratamiento. El análisis funcional de la conducta permite identificar las conductas problemas de los consultantes atendiendo a la función que estas cumplen para el consultante, además de facilitar la operativización de los distintos elementos que mantienen esa conducta (Haynes et al., 1990). Esta operativización facilita el planteamiento de objetivos concretos y medibles, además de proporcionar información útil a la hora de diseñar un plan de tratamiento para alcanzarlos. Esto permite al terapeuta personalizar y ajustar el tratamiento a las necesidades concretas de cada cliente.

En este caso concreto, de haber utilizado un enfoque biomédico, con bastante probabilidad se habría llevado a cabo una intervención menos eficiente, ya que, como se menciona previamente en la introducción, dentro de la misma categoría diagnóstica podemos encontrar a dos pacientes con características y problemas totalmente distintos. En este sentido, los tratamientos estandarizados para las categorías diagnósticas no serán igualmente efectivos en todos los casos, esta efectividad dependería en última instancia de las características particulares de cada caso dentro de la misma categoría.

Es posible, además, que la consultante del presente caso hubiera podido cumplir con los requisitos de varios trastornos diferentes de manera simultánea, como por ejemplo trastorno obsesivo-compulsivo, ansiedad generalizada o depresión. Esto ampliaría enormemente las áreas de intervención, dificultando la selección de técnicas y objetivos para el tratamiento de la cliente.

Otro de los elementos a favor de la utilización del análisis funcional para la conceptualización y el análisis del caso es la eliminación del concepto de conducta “anormal”. El análisis funcional identifica en su lugar conductas problema, independientemente de la morfología que presenten (González et al., 1989). Esto elimina o reduce el estigma en comparación con las etiquetas diagnósticas. Esta conceptualización de “áreas problema” favorece que el cliente perciba sus motivos de consulta como elementos modificables,

controlables y no estables, pudiendo esto reducir el estigma y aumentar la motivación en terapia del consultante. Esto resulta fundamental para que el cliente mantenga un rol activo a lo largo de la intervención, ya que un cliente activo es un elemento fundamental para el resultado y el éxito del proceso de psicoterapia (Bohart y Tallman, 2010; Bohart y Wade, 2013).

En el caso de Natalia, la cliente se ha mantenido motivada en todo momento, aplicando rigurosamente lo abordado en las sesiones fuera de las mismas. Teniendo en cuenta lo expuesto en párrafos anteriores, el rol activo de Natalia ha sido fundamental en los buenos resultados alcanzados en el proceso terapéutico.

En la evaluación del caso se han hecho uso de cuestionarios además del ya mencionado análisis funcional. El objetivo de la evaluación mediante cuestionarios fue obtener datos cuantitativos y medibles con el fin de que estos pudieran ilustrar los avances acontecidos en terapia. En el caso del SCL-90-R observamos una disminución en las puntuaciones de obsesiones y ansiedad, lo cual es congruente con los avances que han tenido lugar en los objetivos cualitativos. La evaluación mediante cuestionarios sirve como apoyo a la evaluación mediante análisis funcional. Si bien los cuestionarios nos aportan datos numéricos y cuantitativos, no nos aporta la información necesaria para poder personalizar el tratamiento e identificar y operativizar las conductas problema. Además, puede ocurrir que un cuestionario muestre una puntuación no significativa sin que esto signifique que el consultante no sienta malestar o que no existan conductas problema.

En el caso del cuestionario AAQ-II, las puntuaciones de la consultante se encontraron por debajo del umbral clínico en todo momento. Para la evaluación y la comparación de puntuaciones del presente caso, el AAQ-II ha resultado de poca utilidad. Según el metaanálisis realizado por Angelakis y Pseftogianni (2021) se han encontrado correlaciones moderadas entre trastornos obsesivos compulsivos y la evitación experiencial. No obstante, de los estudios analizados en dicho metaanálisis, una parte de estos no encontraron una correlación significativa entre ambos constructos. La ausencia de efecto en este caso concreto puede deberse a las características particulares del caso. Al clasificarse todos los sujetos que presentan obsesiones o compulsiones dentro de la categoría de trastorno obsesivo compulsivo, puede ocurrir que no todos los casos muestren este efecto. Otra hipótesis para la ausencia de efecto es que esto podría deberse a las propiedades psicométricas débiles que posee el cuestionario AAQ-II para medir la evitación experiencial (Wolgast, 2014).

Como área de mejora, habría resultado de interés una selección de cuestionarios más ajustada a las conductas problema del caso. El cuestionario SCL-90-R ha arrojado datos útiles en la escala de obsesiones, no así en el resto. Teniendo esto en cuenta, habría resultado de interés utilizar cuestionarios específicos

para obsesiones y trastorno obsesivo-compulsivo tales como el Inventario Obsesivo-Compulsivo Revisado (Foa et al., 2002) o el Inventario Obsesivo-Compulsivo del Maudsley (Hodgson y Rachman, 1977).

El AAQ-II, como ya se ha mencionado más arriba, no ha arrojado datos de interés para evaluar y cuantificar el progreso de la consultante. En su lugar, habría sido relevante la utilización de cuestionarios específicos para áreas problemas del caso descritas en el análisis funcional tales como autoestima, rumia o asertividad. En el caso de la rumia un cuestionario interesante habría sido el *Ruminative Response Scale (RRS)* (Treyner et al., 2003).

Además, habría resultado de interés incluir una evaluación multimétodo mediante registros de la frecuencia, intensidad y duración de las conductas problema de la consultante a lo largo de la intervención, tales como eventos de rumia y comprobaciones.

Como área de mejora adicional, para la conceptualización del caso habría resultado relevante realizar una búsqueda bibliográfica sobre la rumia, ya que ha resultado ser un fenómeno relevante para el abordaje y el diseño del tratamiento. La rumia puede mantener y exacerbar un bajo estado de ánimo en los individuos que la llevan a cabo, pudiendo favorecer pensamientos negativos, dificultar la solución de problemas y afectando negativamente al apoyo social (Nolen-Hoeksema et al., 2008). Teniendo en cuenta la tendencia a la rumia de la consultante habría resultado de interés evaluar esta área concreta de manera más específica.

## 8. Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Andersson, G. y Ghaderi, A. (2006). Overview and analysis of the behaviourist criticism of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). *Clinical Psychologist*, 10(2), 67-77.
- Angelakis, I. y Pseftogianni, F. (2021). Association between obsessive-compulsive and related disorders and experiential avoidance: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 138, 228-239.
- Arévalo, L.; Coz, D.; Doncel, P.; Recuenco, M (2019). La autoestima desde una perspectiva conductual. *ITEMA*. <https://www.itemadrid.net/wp-content/uploads/2019/10/p%C3%B3ster-autoestima-FINAL.pdf>
- Bados López, A. (2006). Trastorno obsesivo-compulsivo: naturaleza, evaluación y tratamiento. <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/355/1/118.pdf?>
- Bohart, A. C., y Tallman, K. (2010). Clients: The neglected common factor in psychotherapy. In B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold y M. A. Hubble (Eds.), *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (pp. 83–111). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/12075-003>
- Bohart, A. C., y Wade, A. G. (2013). The client in psychotherapy. *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, 6, 219-257.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4), 676-688. doi: 10.1016/j.beth.2011.03.007

- Brown, Jonathon D.; Dutton, Keith A.; Cook, Kathleen E. (2001). From the top down: Self-esteem and self-evaluation. *Cognition & Emotion*, 15(5), 615–631. doi:10.1080/02699930126063
- Cruzado, J.A. (2014). Trastorno Obsesivo-Compulsivo. En V. E. Caballo, I. C. Salazar, J. A. Carrobbles, *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (pp. 250-268). Ediciones Pirámide
- Derogatis, L. R. y Savitz, K. L. (1999). The SCL-90-R, Brief Symptom Inventory, and Matching Clinical Rating Scales. In M. E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment* (pp. 679–724). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Derogatis, L. R. y Unger, R. (2010). Symptom checklist-90-revised. *The Corsini encyclopedia of psychology*, 1-2.
- Durán, P. L. (2011). Algunas consideraciones sobre la adopción del modelo médico en psicología: el caso de las terapias empíricamente fundamentadas. *Revista colombiana de psicología*, 20(1), 107-115.
- Fawcett, E. J., Power, H. y Fawcett, J. M. (2020). Women Are at Greater Risk of OCD Than Men: A Meta-Analytic Review of OCD Prevalence Worldwide. *The Journal of clinical psychiatry*, 81(4), 19r13085. <https://doi.org/10.4088/JCP.19r13085>
- Foa, E.B., Huppert, J.D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G. y Salkovskis, P.M. (2002). The Obsessive Compulsive Inventory: Development and validation of a short version. *Psychological Assessment*, 14, 485-496
- Freixa i Baqué, E. F. (2003). ¿Qué es conducta? *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(3), 595-613.
- Froxán Parga, M. X. (2020). Análisis funcional de términos psicológicos. En *Análisis funcional de la conducta humana. Concepto, metodología y aplicaciones* (1ª ed., p. 140). Pirámide.

- González, E. D., Landa, P., de Lourdes Rodríguez, M., Ribes, E. y Sánchez, S. (1989). *Análisis funcional de las terapias conductuales: una clasificación tentativa*. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 7(3).
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M. y Strosahl, K. (1996). *Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment*. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(6), 1152.
- Haynes, Stephen N.; O'Brien y William H. (1990). *Functional analysis in behavior therapy*. *Clinical Psychology Review*, 10(6), 649–668. doi:10.1016/0272-7358(90)90074-K
- Hodgson, R.J. y Rachman, S. (1977). Obsessional-compulsive complaints. *Behaviour Research and Therapy*, 15, 389-395
- Kanter, J. W., Weeks, C. E., Bonow, J. T., Landes, S. J., Callaghan, G. M. y Follette, W. C. (2008). *Assessment and Case Conceptualization. A Guide to Functional Analytic Psychotherapy*, 1–23. doi:10.1007/978-0-387-09787-9\_3
- Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. (1994). Functional analytic psychotherapy: A radical behavioral approach to treatment and integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 4(3), 175.
- Kohlenberg, R. J., Tsai, M., Parker, C. R., Bolling, M. Y. y Kanter, J. W. (1999). *Focusing on the client-therapist interaction. Functional analytic psychotherapy: a behavioural approach*. *European Psychotherapy*, 1, 15-25.
- Levy, D. A. (2019). The " Self-Esteem" Enigma: A Critical Analysis. *North American Journal of Psychology*, 21(2).
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. Guilford Press.
- Martin, G. y Pear, J. (2008). *Modificación de conducta. Qué es y cómo aplicarla*. Madrid: Prentice Hall.

Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., y Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on psychological science*, 3(5), 400-424.

Valdivia, S. y Luciano, M. C. (2006). Una revisión de la alteración de las propiedades reforzantes de los eventos en humanos. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6(3), 425-444.

Wolgast, M. (2014). What does the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II) really measure? *Behavior therapy*, 45(6), 831-839.

Pohl, S., Steuwe, C., Mainz, V., Driessen, M. y Beblo, T. (2021). Borderline personality disorder and childhood trauma: Exploring the buffering role of self-compassion and self-esteem. *Journal of Clinical Psychology*, 77(3), 837-845.

Skinner, B. F. (1953). *Science and Human Behavior*. The B. F. Skinner Foundation.

Treynor, W., Gonzalez, R. y Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive therapy and research*, 27(3), 247-259.

Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Kohlenberg, B., Follette, W. C. y Callaghan, G. M. (2009). *A guide to functional analytic psychotherapy. Awareness, courage, love and behaviorism*, pp. 11-13. Nueva York: Springer.