

Estudio de caso diagnosticado como desorden obsesivo compulsivo desde el análisis contingencial

Obsessive Compulsive Disorder Case Study from the Contingential Analysis Perspective

María Lourdes Rodríguez-Campuzano¹✉

¹ Universidad Nacional Autónoma de México, México



✉ Facultad de Estudios Superiores, Av. de Los Barrios 1, Hab. Los Reyes Ixtacala Barrio de los Árboles/Barrio de los Héroes, 54090 Tlalnepantla, México. Correo electrónico: carmayu5@yahoo.com

Recibido: octubre del 2016

Aprobado: 16 de febrero del 2018

Disponible en línea: 1 de abril de 2018

Cómo citar este artículo: Rodríguez-Campuzano, M. L. (2018). Estudio de caso diagnosticado como desorden obsesivo compulsivo desde el análisis contingencial. *Pensando Psicología*, 14(23). doi: <https://doi.org/10.16925/pe.v14i23.2268>

Resumen

Introducción: en este trabajo se presenta un estudio de caso de un comportamiento diagnosticado como trastorno obsesivo compulsivo.

Metodología: el caso se analiza y se trata con una metodología surgida de la aproximación interconductual que se denomina “análisis contingencial”. Se ilustra la aplicación de la metodología al presentar el análisis de dos dimensiones básicas para este propósito: microcontingencial y macrocontingencial. Se describen algunos aspectos importantes de la génesis de este comportamiento, así como el análisis de las soluciones seleccionadas. Igualmente, se presentan los objetivos de intervención y las técnicas empleadas.

Resultados: como resultado de la intervención se obtuvieron cambios en el comportamiento de la usuaria del servicio (quien era la madre de la persona diagnosticada con el trastorno y del hijo diagnosticado de esta manera).

Conclusiones: se detallan las ventajas de abordar un estudio de caso con la metodología del análisis contingencial.

Palabras clave: análisis contingencial, estudio de caso, manejo de contingencias, salud, trastorno obsesivo compulsivo.

Obsessive Compulsive Disorder Case Study from the Contingential Analysis Perspective

Abstract

Introduction: This paper presents a case study of a behavior diagnosed as obsessive-compulsive disorder.

Method: The case is analyzed and treated by a method arising from the inter-behavioral approach called “contingency analysis.” The application of the method is illustrated by the analysis of two basic dimensions for this purpose: micro-contingency dimension and macro-contingency dimension. Some important aspects of the genesis of this behavior, as well as the analysis of the selected solutions, are described. The intervention objectives and the techniques used are also explained.

Results: Because of the intervention, changes were obtained in the behavior of the user of the service (who was the mother of the person diagnosed with the disorder and her child so diagnosed).

Conclusions: The article concludes by detailing the advantages of approaching a case study with the contingency analysis method.

Keywords: contingency analysis, case study, contingency management, health, obsessive-compulsive disorder.

Estudo de caso diagnosticado como transtorno obsessivo-compulsivo a partir da análise contingencial

Resumo

Introdução: este trabalho apresenta um estudo de caso de um comportamento diagnosticado como transtorno obsessivo-compulsivo.

Metodologia: o caso é analisado e tratado com uma metodologia advinda da aproximação intercomportamental (interbehavioural) que é denominada “análise contingencial”. A aplicação da metodologia é ilustrada ao apresentar a análise de duas dimensões básicas para este propósito: a dimensão microcontingencial e a dimensão macrocontingencial. Alguns aspectos importantes da gênese desse comportamento são descritos, assim como a análise das soluções selecionadas. De igual forma, os objetivos de intervenção e as técnicas empregadas são apresentados.

Resultados: como resultado da intervenção, foram obtidas mudanças do comportamento da usuária do serviço (que era a mãe da pessoa diagnosticada com o transtorno) e do filho assim diagnosticado.

Conclusões: Detalham-se as vantagens de abordar um estudo de caso com a metodologia da análise contingencial.

Palavras-chaves: análise contingencial, estudo de caso, manejo de contingências, saúde, transtorno obsessivo-compulsivo.

Introducción

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) se ha definido como una enfermedad de origen heterogéneo que se caracteriza por la existencia de pensamientos obsesivos y comportamientos compulsivos que producen angustia y alteran la vida diaria. Suele coexistir con alteraciones del estado de ánimo, ansiedad, alteraciones de la atención, del aprendizaje y tics (Fleta, Zapata, Cuadrón y Olivares, 2008). Se le denominaba “neurosis obsesiva”, y se le incluye dentro de los trastornos de ansiedad, porque se considera que los factores principales son la ansiedad y el malestar, los cuales suelen aumentar con las obsesiones (pensamientos) y disminuir con las compulsiones o rituales (acciones). Se indica que para ser diagnosticada de TOC, una persona debe tener obsesiones o compulsiones que provoquen un sufrimiento significativo o interfieran en sus roles y en su funcionamiento social. El término “obsesión” se define como ideas, pensamientos indeseados y persistentes que se experimentan, al menos inicialmente, como extraños y sin sentido. La persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, neutralizándolos con cualquier otro pensamiento o acción. Las compulsiones, por su parte, se han definido como conductas intencionadas, repetitivas y con finalidad, los cuales se llevan a cabo en respuesta a una obsesión de acuerdo con ciertas normas o de una forma estereotipada (Reig, 2003).

A nivel etiológico se considera que el TOC puede ser consecuencia de múltiples variables. Diferentes modelos se han utilizado con el fin de explicar el origen del trastorno: desde aproximaciones psicoanalíticas hasta teorías cognitivas y biológicas que postulan disfunciones en los circuitos frontobasales, basándose en los hallazgos en neuroimagen y en la respuesta farmacológica, no pudiéndose establecer a día de hoy una causa definitiva del trastorno (Sanz y Fernández-Cuevas, 2015).

En este trabajo se presenta un estudio de caso que describe una intervención en un muchacho diagnosticado con TOC. Vale la pena mencionar que la metodología de estudios de caso se considera una herramienta de investigación científica (George y Benett, 2005; Kaplan, 1964; Merton, 1967) debido a que preguntas del tipo “cómo” y “por qué” son más explicativas con esta forma de proceder. Esta herramienta no solo permite estudiar un fenómeno, sino también su contexto (Flyvbjerg, 2004; Yacuzzi, 2005).

Asimismo, posibilita el estudio fino de un fenómeno específico y lleva a obtener datos tanto cuantitativos como cualitativos (Martínez, 2006).

Es pertinente indicar que para el caso se empleó la metodología de análisis contingencial. Esta se desarrolló con base en la teoría interconductual propuesta por Ribes y López en 1985, y especialmente en la taxonomía funcional de la conducta en ella incluida, para el análisis y el cambio del comportamiento humano individual en su ambiente natural (Rodríguez, 2011).

El análisis contingencial permite analizar el comportamiento al dar cuenta de la forma en la que el individuo interactúa con su ambiente, e identificar cuáles son los factores que conforman esta interacción para describir el papel funcional que juega cada uno de ellos; es susceptible de usarse en cualquier área en la que se encuentre presente el comportamiento humano. En el caso de su aplicación en el contexto clínico, se parte de la selección de un usuario en consideración a ciertos criterios, a su capacidad de referir, su valoración del comportamiento como un problema y su disposición al cambio, fundamentalmente. Consta de cinco pasos, cada uno con un propósito y categorías propias:

- *Análisis microcontingencial*. Consiste en un análisis genuinamente funcional de los diversos elementos que conforman un comportamiento circunscrito de forma convencional y que se identifican con cinco categorías: situaciones (el contexto disposicional conformado por algunos factores del ambiente y otros de la historia de la persona, cuya función consiste en hacer más probable o menos probable que una relación se dé); morfologías (son las formas de conducta de una persona y de otros significativos); conducta de otras personas (en la que se identifica la función que tienen en el comportamiento de interés los comportamientos de personas significativas); y efectos (relaciones de consecuencia del comportamiento del usuario en otros y en sí mismo).
- *Análisis macrocontingencial*. Es en el que se considera el comportamiento de interés en un contexto valorativo; básicamente, se identifican correspondencias o no correspondencias entre las prácticas valorativas de un individuo y las de su grupo de referencia.
- *Génesis del comportamiento*. En esta se cuenta con categorías que permiten dar cuenta de la disposicionalidad de ciertos factores para la conducta de interés, así como competencias y recursos.

- *Análisis de soluciones.* Es un paso obligado cuando se considera que la valoración del comportamiento no se ciñe a los valores institucionales y que en cada caso se pueden tener diversas posibilidades de solución.
- *Selección, diseño, aplicación y evaluación de los procedimientos de intervención.* Este último paso se deriva de los anteriores y se contempla como un componente que se diseña o selecciona de forma individualizada, en consideración a que cada comportamiento es único; para la selección de técnicas se prevén criterios funcionales como el tipo de efecto, la naturaleza de la interacción terapéutica y la función del terapeuta.

Esta metodología se ha aplicado exitosamente en los contextos de la clínica (Rodríguez, 2003; Rodríguez, 2010; Rodríguez, Ángeles y Coello, 2003; Rodríguez, Isidro y Martínez, 2004; Rodríguez y Díaz-González, 1999); la salud (Díaz-González, Rodríguez, Robles, Moreno y Frías, 2003; Moreno et al., 2007; Pasillas, Rodríguez y Rentería, 2015; Peralta y Rodríguez, 2007; Rodríguez, García, Rentería y Nava, 2013; Rodríguez, Ortega y Nava, 2009; Rodríguez y García, 2011), la educación (Rodríguez y Díaz-González, 1999; Rodríguez y Salinas, 2011; Rentería, Rodríguez, García, Rodríguez y Rosales, 2015; Rodríguez, Rentería, Arellano y Rodríguez, 2015), y laboral (Rodríguez y Díaz-González, 2000; Rodríguez y Posadas, 2005; Rodríguez y Posadas, 2007). Describir el análisis contingencial rebasa con mucho el propósito de este trabajo: baste decir que está descrito en otros textos (Ribes, Díaz-González, Rodríguez y Landa, 1986; Rodríguez, 2002; Rodríguez, 2010) y que se ilustrará con el análisis del caso que se presenta a continuación.

Presentación del caso

Se presentó a consulta una señora pidiendo ayuda para su hijo; sin embargo, siguiendo los criterios de selección de usuario, se decidió que sería la madre:

- *Nombre:* T.
- *Edad:* 56 años.
- *Conformación familiar:* vive con su marido y dos hijos varones, P. de 23 años, motivo de la queja, y A., de 16.
- *Religión:* cristiana.

Queja principal

T. llega a consulta porque su hijo P. fue diagnosticado con trastorno obsesivo compulsivo (TOC), motivo por el cual su psiquiatra sugirió que él tomara terapia psicológica con la finalidad de controlar algunas de sus conductas.

Remisión

El hijo (P) asiste al psiquiatra desde hace cuatro años, el mismo que lo diagnosticó con trastorno obsesivo compulsivo (TOC) debido a conductas obsesivas y “anormales”. De acuerdo con su psiquiatra, dicho trastorno es causado por falta de serotonina en el sistema nervioso central, motivo por el cual toma medicamentos para nivelarla. Su madre decidió llevar a su hijo al psicólogo por recomendación del psiquiatra.

Intentos previos

La usuaria comenta que cuando P. tenía 15 años, ella comenzó a tomar terapia con él a fin de ayudarlo. Asistieron juntos a más de seis sesiones y se les hizo un proceso muy largo, sin resultados.

Presentación del caso

Se presentó la usuaria con su hijo y comentó, en primer lugar, que él no hablaba y no se sentía cómodo cuando acababa de conocer a las personas. Ella reportó que la había remitido el psiquiatra de su clínica familiar, ya que su hijo fue diagnosticado con TOC cuatro años atrás. Comentó, además, que la terapia le sería muy útil al paciente en el propósito de evitar que se presentaran algunas conductas compulsivas y disminuyeran los niveles de ansiedad. Cabe mencionar que las participaciones de P. en el trascurso de la sesión fueron muy escasas y cortas; además, cuando se le preguntaba algo temblaba y fruncía el ceño, y durante la sesión solo miraba al piso.

Al preguntar a la mamá sobre la génesis de las conductas mencionó que desde el kínder P. vomitaba porque no quería ir a la escuela, y más tarde se enteró de cómo la maestra ridiculizaba y amenazaba a sus alumnos; durante la primaria y la secundaria no tenía entusiasmo de ir a la escuela; sin embargo, asistía y tenía buenas calificaciones, además de que convivía con sus compañeros. Comentó que en la preparatoria sus compañeros lo molestaban y se presentó

un evento que desencadenó las conductas motivo de queja: sus compañeros le tomaron fotos en el baño, situación que le causó mucha vergüenza y enojo.

Después de ese evento, P. jamás volvió a entrar a un baño público, ni a tocar la perilla de alguna puerta o a su mascota; dichos sucesos han modificado por completo su vida cotidiana, pues él no sale de casa sin antes entrar al baño, en el cual se tarda más de una hora, situación que ha provocado que no salga a realizar la actividad que se tenía contemplada.

De igual manera, el paciente decidió no salir a la calle ni asistir a la escuela, asunto que a su madre no le pareció correcto; por ello, habló con él y le pidió que estudiara en sistema abierto. Además, la mujer comentó que, por obligación de ella y sin gusto ni entusiasmo de su hijo, él cursa la carrera de Derecho y asiste una vez por semana a la escuela; no obstante, ella (T) siempre lo acompaña a la escuela, toma clases con él, hace sus deberes e investiga acerca de ellos; la señora menciona que eso no le gusta y le “pesa” estar haciendo las actividades de su hijo: siente que otra vez tiene un hijo de 12 años al que debe cuidar y hacerle todo en la escuela. Ella espera tener un hijo independiente, que conozca gente y salga, porque refiere que debe olvidar ese evento y seguir adelante, con metas y superación personal. Por lo anterior, y al considerar que lo que se valora como problemático es la relación que se refiere, en la cual los individuos se afectan mutuamente y no hay una persona “problema”, se identificó a la señora (T) como la usuaria. Era ella quien tenía capacidad para referir el comportamiento, quien valoraba la existencia de un problema y quien tenía disposición para el cambio.

T se imaginaba desde antes que su hijo padecía algo; por tanto, al saber que tenía TOC, “lo tomó con naturalidad”. Dice también que P. comenta con frecuencia que a él no le gusta la escuela y prefiere no hablarle a nadie ni a sus propios maestros, porque le da miedo que se vayan a burlar de él; la usuaria comentó que sus compañeros de la escuela no le dan importancia a su padecimiento, ni lo juzgan o incluso le ayudan cuando tiene dudas, y cuando va al baño tampoco nadie le hace caso.

T. comenta que el diagnóstico de P. se realizó con base en preguntas que le hicieron a ella. Refirió, además, que él es puntual con sus horarios y muy limpio, ya que lava sus manos con frecuencia y en el baño tarda más de una hora (para bañarse y hacer sus necesidades), que no le gusta estar con personas; asimismo, siempre tiene corto el cabello, ya que siente aversión al sudor (por esta razón, cuando le empieza a crecer

el pelo prefiere arrancárselo, de manera que llega a tener partes sin cabello), y sus manos son más blancas que el resto de su cuerpo por lavárselas durante más de una hora. P., por su parte, le comenta que nunca se va a curar porque él no es normal y nunca va a serlo, no le molesta hablar de su padecimiento y sabe que está enfermo porque se lava las manos todo el tiempo y no confía en nadie, y lo único que quiere es que su mamá lo deje en paz haciendo lo que le gusta: quedarse en casa para jugar sus videojuegos y ver televisión (de modo específico, las series animadas Dragon Ball y Naruto).

A pesar de que P. quiere que su mamá lo deje en paz, esta mencionó que la relación con su hijo es muy estrecha, pues es ella con quien pasa la mayor parte del tiempo, la que lo acompaña a todos los lugares públicos y lo ayuda en la mayoría de sus tareas o actividades, aunque en ocasiones esta situación la fastidia y la desespera pues siente que no existe solución alguna ante el padecimiento de su hijo. La señora considera que la forma como trata a P. hace que su hijo menor sienta celos, ya que constantemente le reclama por qué a él no le ayuda a hacer la tarea, o por qué sí sale con su hermano y con él no. Ella argumenta que sí acompaña a su hijo menor, e incluso va por él todos los días a la escuela; sin embargo, no le puede ayudar con sus tareas porque él estudia en la Vocacional 9 (que es de físico matemático y esto no lo entiende); no obstante, le paga regularización de matemáticas cuando tiene alguna dificultad en la escuela. Al preguntársele por la relación entre sus dos hijos, la mujer comenta que su hijo menor rechaza a P., ya que cuando él quiere acercarse o enseñarle algún video o juego, él le dice que se vaya, que le da vergüenza “por las cosas que hace”, cuando se arranca el cabello o cuando se tarda mucho en el baño; prefiere no pasar mucho tiempo con P.

La relación con el papá es muy pobre: la señora comenta que no los apoya ni los acompaña a consultas, no le interesa porque trabaja todo el día y llega muy de noche; además, para el papá, P. está muy consentido por la mamá y por su abuela desde que era muy chico, y argumenta que por eso toma esas actitudes raras. La señora considera que sí consintieron mucho a su hijo, ya que durante siete años fue hijo único, el primer nieto y era “el rey” para todos, ya que lo que él decía o pedía se le daba, incluso si quería comer en la cama o no quería asistir a la escuela, cosa que le siguen permitiendo hasta hoy. Comenta que la abuela llama por teléfono todos los días y se preocupa si P. no ha comido, si pasó mucho tiempo solo, o bien

se molesta si lo obligan a ir a algún lugar porque a él no le gusta salir y lo considera una persona enferma.

Al preguntarle a la señora acerca de las relaciones de su hijo con los demás, comenta que él tuvo una novia hace tres años con la que duró menos de un año; él tenía 21 años de edad y ella iba a cumplir 15. La conoció por Internet, ya que ambos compartían el gusto por los videojuegos. La señora comenta que ella ya la conocía, ya que vive muy cerca de la casa de su mamá y es una buena muchacha; sin embargo, no se veían mucho, solo cuando la novia le decía que tenía tiempo, y tenían como actividad jugar videojuegos y platicar acerca de ellos. Cuando p. iba a ver a su novia, su madre lo llevaba y lo recogía; sin embargo, en una ocasión que no pudo ir por él, p. volvió solo y ocurrió un incidente en el transporte, ya que este cambió de ruta, él se puso nervioso, perdió el celular y a pesar de que se comunicó con sus padres por un teléfono público, esta situación lo alteró mucho, motivo por el cual no ha vuelto a viajar en transporte público; después de este incidente, su novia terminó con él y le dijo “mejor como amigos”. También se preguntó si aparte de su familia directa no se relacionaba con alguien más; la usuaria menciona que con un primo que tiene 28 años, al que también le gustan los videojuegos y pasan más de ocho horas jugando en el Wii, y menciona que se entienden ya que su primo no trabaja y no le gustan las responsabilidades, a pesar de que estudió para ser abogado, por lo que la señora menciona que por eso ella va a trabajar y a demostrarles que a su edad ha logrado más que ellos. p. menciona con frecuencia que no quiere crecer y le gustaría quedarse en los 11 años, ya que le dan miedo las responsabilidades y no quisiera nunca trabajar, solo estar acostado y jugando. Dice que los 11 años es su edad favorita porque ahí lo consentían, hacía lo que quería y no iba a la escuela.

p. menciona que le molesta que le cambien sus días y le pongan planes que él no quiere hacer (por ejemplo, asistir a consulta). Él pasa el día en cama, bañándose o jugando videojuegos.

La señora señala que ella en particular nota que su hijo es muy inseguro, pues no sale solo a ningún sitio ni con nadie más que no sea ella, no tiene amigos y, por ende, no sabe defenderse de los demás, por lo que piensa que es necesario apoyarlo en todas y cada una de las actividades, y más siendo su madre.

Resaltó que hace poco le buscó a p. un trabajo a su hijo en una pequeña plaza. El trabajo consistía en manejar un tren mecánico para niños, a lo que su esposo le dijo que cómo es que se le ocurría tal cosa,

pues p. no sabe hacer nada, y que si en algún momento tuviera que trabajar, sería con un amigo abogado que él tiene. De igual manera, la señora siente que aun así p. no sería capaz de llevar un trabajo por sí solo, además de que no podría trabajar, ya que no tiene lugar al cual ir al baño; por otra parte, el papá le consiguió otro trabajo para litigar como abogado en un despacho, situación que la mamá ve inalcanzable debido al padecimiento de su hijo.

También afirmó que anteriormente había hecho ciertas modificaciones en los horarios de su hijo, pues la psicóloga que había trabajado el caso le comentó que, por ejemplo, cuando él se metiera al baño le quitara todo lo que introdujera a este (revistas, juegos, juguetes, etc.), lo que dio como resultado que él cambiara de horario al entrar al baño, pues ahora lo hace mientras la señora sale de casa (en un periodo máximo de dos horas). Menciona también que a su hijo muchas veces no le importa si se acaba el gas o que pase algo que le impida llevar a cabo su horario de baño, pues él se mete aun estando el agua muy fría sin importarle nada, por lo que ella no pudo cambiar eso ni el tiempo que se toma. La señora reporta que, durante ese periodo, ella se volvió más “dura” con respecto a tomar decisiones, pues menciona que antes de la terapia ella era quien tomaba los apuntes durante las clases de su hijo en la universidad, era ella quien lo cambiaba de ropa o le recogía su recámara, entre otras cosas, ya que él no hacía nada, por lo que tomó la decisión de decirle que ya no tomaría ni los apuntes ni nada que la llevara a realizar algo académico, y que si quería jugar o realizar alguna actividad tenía que recoger algo de su recámara mínimo. Otro ejemplo fue que condicionó el tiempo de ver televisión, aunque si él ya no podía verla en su espacio bajaba a la sala y ahí prendía la televisión, por lo que todos los miembros de la familia (mamá, papá y hermano) se pusieron de acuerdo en ponerle candado a esta y esconder el control remoto, evitando que p. pudiera verla más tiempo o jugar videojuegos. Sin embargo, T dejó de hacer todo esto porque piensa que le estaba haciendo un daño a su hijo, aunque se dice confundida porque también piensa que tanta sobreprotección le ha perjudicado. Ella se pone a pensar en qué pasaría si el día de mañana ella le faltara, piensa que ni su esposo, ni su otro hijo, ni ningún familiar lo apoyaría, ni cuidaría de él como solo ella sabe hacerlo, y que nadie querría a una persona que no sabe hacer nada. Asimismo, se lo ha comentado a p. para ver si reacciona y cambia un poco, pero él no muestra ningún cambio, pues le

dice a su madre que ella nunca se va a librar de él, ya que ella quiso tenerlo y que nunca se va a curar.

Ella se queja de falta de tiempo. Quisiera tener tiempo para sí misma y llevar a cabo actividades que no ha podido realizar por tener que cuidar todo el tiempo a su hijo y atender a su familia.

Comentó que P. tiene un comportamiento muy distinto con su papá, pues con ella tiene la confianza que con ninguna otra persona, y que lo que le hace a ella (berrinches, arrebatos, etc.) jamás se lo haría a su esposo, pues este no tiene la paciencia para soportar ciertas conductas de su hijo. T. resalta que en una ocasión P. hizo la “finta” de amenazarlos con un cuchillo a ella y a su hijo menor, pero que él le tomó una foto diciéndole que lo acusaría con su padre, y P. le pidió el favor de que la borrara y prometió que jamás volvería a suscitarse algo así. De la misma manera, comentó que al inicio del tratamiento su hijo tenía la idea de quitarse la vida y que dicha idea permaneció en él durante mucho tiempo; la señora le comentó dicha situación al psiquiatra y fue así que le aumentaron la dosis del medicamento.

Durante una semana de vacaciones, T. mencionó que ella y su familia salieron de vacaciones a Acapulco durante algunos días, y cómo durante el viaje su hijo permaneció todos los días encerrado en la recámara del departamento que alquilaron, jugando x-box: sus tiempos para realizar las actividades como bañarse e ir al baño durante dos horas no cambiaron. La señora se la pasó hablando con él, intentó hacer que saliera a la alberca o a cualquier lado y él siempre se negó.

T. no ve un proyecto de vida ni a corto ni largo plazo, ya que no le gusta hacer planes; en primera instancia, ya no podría trabajar por su edad —y porque nunca lo hizo—, y en segunda, porque padeció cáncer hace algunos años (17) cuando sus hijos estaban pequeños, y fue un periodo de su vida en el que no se pudo hacer cargo de sus hijos; la abuela (madre de ella) era quien los cuidaba mientras ella estaba en sus quimioterapias. La señora comentó que eso influyó mucho en la relación de P. con su abuela, pues esta consiente demasiado a su nieto: compra todo lo que él le pide o le exige, y en muchas ocasiones ha hecho diferencias entre él y su hermano, diciendo que el primero es su consentido pues fue el primer nieto hombre, y que a los otros los quiere, pero en menor medida. Esto ha traído en su hijo menor cierto rechazo hacia su abuela, pues él piensa que ella no lo quiere. La señora piensa que el cáncer es una enfermedad que puede volver y por ello no sabe si va a vivir mucho o poco tiempo, por lo cual considera que

lo que dure viva es para ayudar a su hijo, pues si ella faltara su otro hijo y su esposo estarían tristes pero no tanto como P., quien depende totalmente de ella. En una ocasión, la señora le preguntó a su hijo qué pasaría si ella no estuviera, a lo que su hijo le contestó que si eso llegara a ocurrir él también se iría con ella. Esto es su principal miedo, faltarle a su hijo en algún momento, pues piensa en quién más soportaría a una persona que no hace nada, siempre está encerrada o acostada y simplemente no se vale por sí misma.

También dijo desear que la recuerden como una buena madre o esposa, por lo que justifica su comportamiento tan permisivo, pues no quiere que su hijo la vea como mala o como alguien que todo el tiempo lo regaña; por eso, opta por consentirlo y apapacharlo.

Se le preguntó a la señora lo que sabía sobre TOC. Respondió que es un padecimiento de la sustancia que equilibra las condiciones pertenecientes al cerebro, que *obsesivo* se refería a los pensamientos y *compulsivo* a las acciones que uno tiene que hacer y dictan esos pensamientos. Se le preguntó cuáles pensaba que eran las compulsiones de P., y ella reiteró que se tardaba mucho en el baño y siempre pensaba que estaba lleno de mugre. Igualmente, mencionó que tiene cierta preferencia por P., y argumentó que el menor no la necesita tanto.

Análisis del caso

Análisis microcontingencial

Con la información obtenida a través de entrevistas y de autorregistros solicitados a la madre, se llevó a cabo, en primera instancia, el análisis microcontingencial. Como se indicó, este consiste en la identificación de los elementos que conforman una interacción, en este caso valorada como problema y la función que juegan en ella. En primera instancia, se delimita la microcontingencia utilizando como criterio la circunstancia social (para este caso, familiar). Se partió de la probable existencia de una condición biológica deteriorada del hijo mayor, lo que implicó, por un lado, la delimitación de la dimensión psicológica del problema y, por otro, la consideración del trabajo multidisciplinario.

Como se mencionó, se determinó que la señora T. sería el usuario y, como tal, el eje del análisis. Esto se hizo, en primer lugar, porque ella era quien valoraba esta relación como problemática; en segundo lugar, por tener la capacidad de referir los detalles de

la relación; y en tercer lugar, porque era quien tenía la motivación y disposición para el cambio. De ahí que el análisis toma como eje central el comportamiento de ella. Esto es posible en tanto lo que se valora como problemático es la relación y, en esa medida, cualquier persona participante puede ser usuaria siempre y cuando cumpla con los criterios referidos.

El análisis microcontingencial se presenta de forma esquemática en la tabla 2. Los distintos rubros en los que se ubican los elementos constituyentes designan el papel funcional que juegan en este comportamiento.

En el análisis se identifica que el comportamiento de la usuaria está mediado por su hijo, quien

Tabla 2
Representación del análisis microcontingencial

Morfologías del usuario	Circunstancia social	Mediador	Efectos en ella
<ul style="list-style-type: none"> Va a todos lados con su hijo. Hace los trabajos de la escuela de su hijo. Complace a su hijo en sus peticiones y demandas. Trata a su hijo mayor con más expresiones de afecto que al menor. Deja todos sus proyectos personales por atender a su hijo. Piensa que debe hacer todo lo que su hijo demanda, debido a su “enfermedad”. Piensa que si cambia la actitud con su hijo es mala madre. Piensa que por padecer cáncer no debe tener un proyecto de vida. Piensa que se va a morir pronto, por lo cual no puede tratar a su hijo como adulto. <p>De otros</p> <ul style="list-style-type: none"> De p.: Chantajea a su mamá con su trastorno para que haga lo que él pide. Le demanda ayuda en muchas cosas. Tarda mucho en el baño. Se lava las manos muchas veces. Comenta que no quiere crecer. Se niega a salir Comenta que no le gusta la escuela. De su hijo menor: demanda atención de su mamá. De su esposo: insiste en que el padecimiento de su hijo es a causa de que la madre es muy consentidora. De la abuela: insiste en que no dejen de atender a p. Trata con más atenciones a p. Llama a p. con frecuencia. 	<p>Conductas socialmente esperadas Que la madre trate a su hijo p. como adulto.</p> <p>Competencias e incompetencias para llevar a cabo lo socialmente esperado La usuaria tiene habilidades para manejar adecuadamente las contingencias porque lo ha hecho con su hijo menor; sin embargo, el diagnóstico de p., las conductas que él presenta, y la presión por parte de su mamá son factores que influyen para que la señora no pueda llevar a cabo lo socialmente esperado.</p>	<p>p. media el comportamiento de su madre a través de su “comportamiento enfermo”.</p> <p>Mediado La madre cuyo comportamiento depende del de su hijo.</p> <p>Auspiciador Psiquiatra quien hace el diagnóstico y medica.</p> <p>Regulador de tendencias Madre de la usuaria al regular los hábitos sobreprotectores de t.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Se siente harta de hacer todo por p. Se siente insatisfecha de lo que ha hecho de su vida. No le alcanza el tiempo para actividades personales. Piensa que ha sido sobreprotectora. Está cansada. Le preocupa el futuro de p. <p>Efectos en otros</p> <ul style="list-style-type: none"> Su hijo menor se molesta que no le haga mucho caso en comparación con su hermano. p. se volvió absolutamente dependiente de su madre. El marido la culpa de los comportamientos de p.

determina la forma de la relación. Esta relación estuvo auspiciada por el médico que diagnosticó TOC. Lo que hace la señora y todo lo que piensa con respecto a su hijo tiene efectos problemáticos para ella misma, su hijo y otros miembros de la familia.

Una vez se realizó el análisis microcontingencial se lleva a cabo el segundo paso de la metodología, es decir, el análisis macrocontingencial.

Análisis macrocontingencial

A fin hacer un análisis de macrocontingencias, se identifica, en primera instancia, el valor ético o moral que determina que una relación se considere problema; en este caso, los roles de madre e hijo adulto. Para esto se identifica la relación en la que se explicitó una forma de comportamiento como “deber ser”, es decir, la microcontingencia ejemplar, que es la que se va a contrastar con la microcontingencia situacional, la cual suele ser la reportada como problema. Después se analizan las prácticas valorativas en cada una de estas microcontingencias. Estas prácticas se dan en dos dimensiones: acciones valorativas (PE) y conducta sustitutiva referida a tales prácticas, es decir, creencias valorativas (PS).

En ambas microcontingencias se identifican correspondencias entre prácticas y creencias del usuario, y prácticas y creencias de otras personas significativas en la relación (tabla 3).

Tabla 3

Representación del análisis macrocontingencial

Microcontingencia ejemplar	Microcontingencia situacional
-Mamá de la usuaria: PE: Consentía mucho a sus hijos. PS: Cree que se debe dar todo por los hijos.	- Usuaria: * PE: Es sobreprotectora y permisiva con su hijo mayor. * PS: Cree que debe ser permisiva porque su hijo está enfermo.
-Usuaria: PE: En esta relación no ejercía el rol de madre. PS: Cree que las mamás deben ser consentidoras, cuidadoras y atentas con sus hijos.	-Hijo Mayor: * PE: Demanda mucho de su madre * PS: Cree que las madres deben ser consentidoras y sobreprotectoras -Esposo: * PE: En su rol de padre es estricto, ocupado medianamente de sus hijos. * PS: Cree que los padres no deben consentir sino guiar.
	-Hijo menor: * PS: Cree que su mamá consiente mucho a su hermano.

Nota. Elaboración propia

Se identificaron faltas de correspondencia en la propia microcontingencia situacional y fueron básicamente *entre-personas*; lo que hace y cree la usuaria en su rol de madre no corresponde a lo que hacen y creen su marido y su hijo menor con respecto a la paternidad y a la crianza. Se determina que el comportamiento valorado como problema tiene elementos de órdenes macro y microcontingencial.

Una vez se determinó la naturaleza del comportamiento valorado como problema, se procedió a identificar su génesis. Esto se hace al describir algunas categorías que resumen la disposicionalidad del comportamiento.

Génesis del problema

- *Circunstancia en la que inició la conducta.* La usuaria empieza a valorar un problema cuando ya se siente muy cansada y con falta de tiempo para ella, a partir de las demandas de su hijo.
- *Situación en la que se inició la microcontingencia actual.* La usuaria informa que a su hijo p. le tocó vivir su enfermedad de cáncer y que ella empezó a consentirlo, al pensar que podría no vivir mucho. Posteriormente, a él le diagnosticaron trastorno obsesivo compulsivo (TOC) y eso auspició la sobreprotección de la usuaria a su hijo mayor.
- *Historia mediadora de la conducta.* La usuaria tiene habilidades para manejar contingencias y promover comportamientos de autosuficiencia, lo cual se reporta en su hijo menor; sin embargo, en la relación con su hijo mayor, su comportamiento está mediado por el de él.
- *Funciones disposicionales en el pasado de las personas significativas en la microcontingencia del presente.* La madre de la usuaria históricamente ha regulado tendencias y propensiones en esta última .

Una vez realizado el análisis del caso se procedió al cuarto paso de la metodología: el análisis de soluciones. Se llevó a cabo una entrevista en la que, junto con la usuaria, se plantearon las diversas posibilidades de solución en consideración a criterios tales como la viabilidad de estas, los recursos necesarios y disponibles, los efectos a corto, mediano y largo plazo y el costo emocional, entre otros. Se decidió intervenir en cambios de conducta en la propia usuaria al considerar cambios a nivel macrocontingencial, en términos de prácticas y creencias valorativas respecto a la crianza. También se decidió

utilizar otras opciones funcionales de la misma conducta y con ello se pretendía un cambio en conducta de otras personas, es decir, se consideró que la solución estaba relacionada con que la usuaria desplazara las competencias empleadas en su hijo menor hacia el mayor. Se presentan las opciones elegidas en la tabla 4.

Tabla 4
Análisis de soluciones

	Cambio macrocontingencial	Mantenimiento macrocontingencial
Mantenimiento microcontingencial		
Cambiar conducta de otros		X
Cambiar conducta propia	X	
Opción por nuevas microcontingencias		
Otras opciones funcionales de la misma conducta		X

Nota. Elaboración propia

Una vez se decidieron las soluciones, se procedió a planear y aplicar la intervención, y se eligieron los procedimientos con criterios funcionales (Díaz-González, Landa, Rodríguez, Ribes y Sánchez, 1986).

Intervención

Objetivo general

La usuaria desplazará competencias que le permitan promover en su hijo conductas de autosuficiencia.

Objetivos específicos

- La usuaria tendrá información de lo que es un trastorno obsesivo-compulsivo, sus implicaciones e identificará síntomas en el caso de su hijo y comportamientos que no corresponden a enfermedad.
- La usuaria modificará las creencias que tiene referentes a ser buena o mala madre.
- Cambiará lo que piensa al respecto de que su hijo tiene una enfermedad que lo incapacita.

- Manejará adecuadamente las contingencias en las conductas problema de p.
- Desarrollará la habilidad de poner límites y reglas en las conductas de su hijo.

Procedimiento

Para la consecución de los objetivos 1 y 3, se empleó información detallada acerca del trastorno obsesivo-compulsivo, así como sus características e implicaciones, con énfasis en aquellos comportamientos del hijo que no corresponden al diagnóstico y aquellos pueden ser incapacitantes o no incapacitantes. Se utilizaron películas cuyos protagonistas tenían este trastorno y se generó un debate desde una serie de preguntas ya planeadas, que permitieron discutir las características del trastorno, identificar similitudes o diferencias con el comportamiento del hijo y el papel de la conducta de otras personas con respecto al comportamiento del protagonista, entre otros temas. Se planearon las funciones del terapeuta para que el comportamiento del hijo fuera auspiciador de cambios en el comportamiento de su madre.

Para el objetivo “La usuaria modificará las creencias que tiene referentes a ser buena o mala madre”, también se utilizaron películas con el tema de la sobreprotección a los hijos y sus implicaciones, se planearon preguntas para establecer un debate y nuevamente se planeó una conducta con función de auspicio, por parte del terapeuta. En el objetivo “Manejará adecuadamente las contingencias en las conductas problema de p” se utilizó un procedimiento de manejo de contingencias en una versión que permitiera que ella desplazara las habilidades con las que contaba. Así, la madre identificó las conductas que quería establecer, incrementar y eliminar en su hijo, considerando las limitaciones impuestas por la posible condición biológica de él. Se le entrenó para jerarquizar los comportamientos, modificarlos según un orden de menor a mayor complejidad y, después de darle información y ejemplificarle las distintas técnicas que componen este procedimiento, se le solicitó que indicara cuál utilizaría para cada objetivo, en caso de tratarse de su hijo menor. Igualmente, se le entrenó en la identificación de posibles estímulos reforzadores, así como de factores disposicionales que estuvieran facilitando la emisión, por parte de su hijo, de comportamientos referidos como problema. Ella aplicó el procedimiento durante cuatro semanas y llevó un registro de las conductas que valoraba como problemáticas. Por último, para el objetivo

“Desarrollará la habilidad de poner límites y reglas en las conductas de su hijo” se empleó información, se le solicitó que enlistara las reglas que su hijo mayor debía acatar, se continuó aplicando el manejo de contingencias y se incluyó *role playing*, teniendo las terapeutas la función de entrenar, informar y auspiciar. Cabe agregar que se emplearon materiales de apoyo tales como folletos para la usuaria o el reglamento escrito para el hijo mayor.

Resultados

Los resultados se obtuvieron con base en autorregistros y entrevistas. En cada sesión se dejaba algún registro del comportamiento de interés. Estos registros permitían evaluar los cambios en la conducta de la usuaria y en la de su hijo mayor.

Los primeros tres objetivos se cumplieron en tres sesiones. Se obtuvo un cambio en conducta propia en términos de adquisición a nivel microcontingencial, en tanto la señora obtuvo la información necesaria acerca del TOC y logró un cambio de conducta propia en la dimensión macrocontingencial, en la medida en que modificó creencias con respecto al comportamiento de su hijo y al propio, en su rol de madre. Se convenció de que su hijo no tenía una enfermedad que fuera incapacitante, lo que implicó que refiriera que estaba convencida de que debía modificar su comportamiento y así lograr mediar algunos comportamientos de su hijo. También modificó la creencia de que ser una buena madre implica consentir y resolver todos los problemas de un hijo. Por otra parte, el procedimiento de manejo de contingencias incidió en el cambio de conducta propia a nivel microcontingencial, esto es, la señora desplazó las competencias de crianza que presentaba con su hijo menor, a su hijo mayor. Por último, se generó un cambio a nivel microcontingencial en la conducta de otros: el hijo mayor empezó a realizar algunas labores domésticas, a tener otros horarios para dormir, redujo el tiempo que pasaba en el baño, realizó sus tareas escolares sin la ayuda de la madre y redujo sus demandas hacia ella.

Comentarios finales

A partir de los resultados obtenidos, es posible concluir que se cumplieron los objetivos de la presente intervención. Este estudio de caso permitió entender que, al margen de un diagnóstico acertado o no acertado de TOC, es posible lograr cambios de comportamiento en quien se diagnostica de esta manera, si los

cuidadores primarios manejan de forma adecuada las contingencias para lograr una menor afectación de la persona con TOC. Se ha definido este trastorno en función de las obsesiones y de la presentación de rituales compulsivos que, se supone, reducen la ansiedad que generan las obsesiones (Fleta, Zapata, Cuadrón y Olivares, 2008). En este caso, el trastorno fue diagnosticado a partir de una entrevista en un hospital público de salud, de modo que no había certeza de la existencia de un problema biomédico; sin embargo, al margen de esto, la señora se relacionaba con su hijo de una forma que la afectaba y afectaba a otros. Como lo señala Ribes (1990), la salud es un campo ajeno a la psicología, aunque tiene una dimensión psicológica: el comportamiento. Aquí, el comportamiento de la madre estaba mediado por el de su hijo, es decir, era él quien tenía el control y determinaba la forma de la relación entre ambos. Por otra parte, el hijo presentaba una serie de comportamientos que en el lenguaje ordinario se denominarían de chantaje y de berrinche, además de que estaba absolutamente conforme con el rol de enfermo y de dependiente de su madre. Esta forma de relación tenía efectos que la madre y el resto de la familia valoraban como negativos, de modo que esto constituye la dimensión psicológica de la salud, al margen de que el hijo mayor tuviera un desorden en la función de los circuitos frontobasales, que es lo que se ha postulado como origen biológico del trastorno (Sanz y Fernández-Cuevas, 20015).

El estudio de caso permite explorar los detalles de un caso de forma cualitativa, pues se trascienden las estadísticas para ilustrar las características de un comportamiento en particular. El análisis contingencial es compatible con el estudio de caso y permite identificar el comportamiento valorado como problema, así como el contexto valorativo en que se presenta. Es necesario señalar que también contiene categorías que permiten identificar los elementos importantes de la historia de la relación de estudio, y así llegar al planteamiento de la solución más favorable para el caso. Como consecuencia de lo anterior se deciden las técnicas conductuales o procedimientos no estandarizados a emplear, en función de sus efectos, y no así de las morfologías consideradas problemáticas (Rodríguez y Landa, 2000). Aquí, la metodología se utilizó considerando a la madre como la usuaria del servicio, en virtud de que era ella quien valoraba el comportamiento como problemático, de su disposición a hacer cambios y de su capacidad para

referir los detalles de la interacción. Fue a través de ella que se lograron cambios en la conducta de su hijo.

Es necesario señalar que, dado el contexto clínico de aplicación, no se encuentran registros de observación directa; sin embargo, es importante mencionar que en este contexto no se asume que existen comportamientos problemáticos en sí mismos, sino que se valoran como tales. Aquí, la usuaria, al final de la intervención, dejó de valorar como problema la relación con su hijo mayor, y reportó que se sentía orgullosa de los logros obtenidos.

En fin, el análisis contingencial es una metodología interconductual viable para analizar y modificar comportamientos valorados como problema, incluso con diagnósticos que están en el campo de la psiquiatría.

Referencias

- Díaz-González, E., Landa, P., Rodríguez, M. L., Ribes, E. y Sánchez, S. (1986). Análisis funcional de las terapias conductuales: una clasificación tentativa. *Revista Española de la Terapia del Comportamiento*, 7(3), 241-255.
- Díaz-González, E., Rodríguez, M. L., Robles, S., Moreno, D. y Frías, B. (2003). El análisis contingencial como sistema analítico para la evaluación de competencias funcionales relacionadas con la prevención del VIH/SIDA. *Revista Psicología y Salud*, 13(2), 149-16.
- Fleta, J., Zapata, M., Cuadrón, A. y Olivares, J. L. (2008). Trastorno obsesivo compulsivo. *Acta Pediátrica*, 66(11), 571-574.
- Flyvbjerg, B. (2004). Cinco malentendidos acerca de la investigación mediante estudios de caso. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 16, 33-62.
- George, A. y Bennett, A. (2005). *Case Studies and Theory Development in The Social Sciences*. Cambridge: MIT Press.
- Kaplan, A. (1964). *The Conduct of Inquiry*. Nueva York: Harper & Row.
- Martínez, P. (2006). El método de estudio de caso: estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento y gestión*, 20, 165-193.
- Merton, R. (1967). *On Theoretical Sociology*. Nueva York: Free Press.
- Moreno, D., García, G., Rodríguez, M. L., Díaz-González, E., Robles, S., Frías, B. (...) y Barroso, R. (2007). Evaluación de competencias funcionales en pacientes seropositivos: un estudio piloto. *Psicología y Salud*, 17(2), 165-177.
- Pasillas, A., Rodríguez, M. L. y Rentería, A. (2015). Evaluación de un programa de conocimientos y adherencia a la dieta en pacientes con diabetes tipo 2. *Psicología y salud*, 25(1), 31-41.
- Peralta, C. E., y Rodríguez, M. L. (2007). Relación de uso de condón con factores disposicionales y mediacionales en adolescentes. *Psicología y Salud*, 17(2), 179-189.
- Reig, B. (2003). Trastorno obsesivo compulsivo. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 10(3), 159-167.
- Rentería, A., Rodríguez, M. L., García, J. C., Rodríguez, N. y Rosales, A. (2015). Propuesta de talleres conductuales para la educación de personas con Diabetes Mellitus tipo 2. Recuperado de http://www.apbarap.com.ar/descargas/rap_54/Popuesta%20de%20talleres%20conductuales%20para%20la%20educaci%C3%B3n%20de%20personas%20con%20diabetes%20Mellitus%20tipo2.pdf
- Ribes, E. (1990). *Psicología y Salud*. España: Martínez Roca.
- Ribes, E., Díaz-González, E., Rodríguez, M. L. y Landa, D. (1986). El análisis contingencial: una alternativa a las aproximaciones terapéuticas del comportamiento. *Cuadernos de Psicología*, 8, 27-52.
- Ribes, E. y López, F. (1985). *Teoría de la conducta*. México: Trillas.
- Rodríguez, M. L. (2002). La dimensión psicológica de los problemas humanos. *Revista Psicología y Ciencia Social*, 5(1), 11-19.
- Rodríguez, M. L. (2003). Violencia intrafamiliar: un estudio de caso mediante análisis contingencial. *Psicología Iberoamericana*, 11(1), 50-60.
- Rodríguez, M. L. (2010). Mediación de relaciones de pareja. Un caso clínico desde el análisis contingencial. *Revista Electrónica Iztacala*, 13(3), 1-19.
- Rodríguez (2011). *Análisis Contingencial*. México: FESI-UNAM.
- Rodríguez, M. L., Ángeles, B. y Coello, Y. (2003). Los padres como modelos de comportamiento social: un estudio de caso a través del análisis contingencial. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 6(1), 1-15.
- Rodríguez, M. L., García, J. C., Rentería, A. y Nava, C. (2013). Efectos de una intervención psicológica en los niveles de glucosa en pacientes con diabetes tipo 2. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 16(4), 1262-1282.
- Rodríguez, M. L., Isidro R. M. y Martínez, R. (2004). Problemas relacionados con la edad: un caso clínico. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 7(2), 102-123.

- Rodríguez, M. L., Ortega, G. y Nava, C. (2009). Competencias efectivas y reacciones de estrés en participantes sanos y con enfermedades crónicas. *Psicología y Salud*, 19(2), 177-188.
- Rodríguez, M. L., Rentería, A. Arellano, A. y Rodríguez, N. (2015). Propuesta educativa para la salud del paciente con diabetes mellitus tipo 2. *Pensando Psicología*, 10(17), 103-112.
- Rodríguez, M. L. y Díaz-González, E. (1999). Evaluación de un procedimiento instruccional para la identificación de problemas psicológicos. *Revista de la Sociedad Mexicana de Análisis de la Conducta*, 1(25), 105-123.
- Rodríguez, M.L. y Díaz-González, E. (2000). La incidencia de la psicología en el campo del trabajo. *Integración*, 14, 74-89.
- Rodríguez, M. L. y Landa, P. (2000). El papel funcional de algunas técnicas de intervención conductual. *Enseñanza, Ejercicio e Investigación en Psicología*, 5(1), 73-94.
- Rodríguez, M. L. y Posadas, A. (2005). La psicología en el escenario del trabajo: una revisión. *Revista Electrónica Iztacala* 8(2), 60-80.
- Rodríguez, M. L. y Posadas, A. (2007). Competencias laborales: algunas propuestas. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 12(1), 93-112.
- Rodríguez, M. L. y Salinas, J. L. (2011). Entrenamiento en habilidades terapéuticas: algunas consideraciones. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 16(2), 211-225.
- Sanz, P. y Fernández-Cuevas, A. (2015). Trastorno obsesivo compulsivo. *Medicine. Programa de Formación Médica Continuada*, 11(84), 5008-50014.
- Yacuzzi, E. (2005). El estudio de caso como metodología de investigación teoría, mecanismos causales. *Ucema Publicaciones*. Recuperado de <http://www.cema.edu.ar/publicaciones/download/documentos/296.pdf>