

Análisis funcional de casos psiquiátricos: su utilidad en la comprensión de la patología.

Functional analysis of psychiatric cases: its usefulness in understanding the pathology.

Juan Antonio Becerra García. Psicólogo.

Departamento de Psicología. Universidad de Jaén.

Resumen: El análisis funcional es un conjunto de hipótesis y juicios clínicos de las conductas problema del paciente sus relaciones y las variables que les afectan. Este análisis se ha utilizado principalmente como un instrumento de planificación del tratamiento. El objetivo del trabajo fue examinar si este análisis es también útil para ayudar a la persona en la comprensión de su patología. Se realizó el análisis de dos casos, ambas participantes manifestaron una mejor comprensión de su patología tras presentarles un análisis funcional de sus principales conductas problema. En conclusión, un análisis funcional individualizado, presentado esquemáticamente y de fácil comprensión puede ser útil para complementar la psicoeducación que recibe el paciente durante el tratamiento.

Palabras clave: Análisis funcional, psicoeducación, psicopatología, estudio de casos.

Abstract: Functional analysis is a set of hypotheses and clinical trials of patient problem behaviors and relationships variables affecting them. This analysis has been used primarily as a tool for treatment planning. The objective was to examine whether this analysis is also useful to help people in understanding their pathology. Analysis was performed in two cases; both participants expressed a better understanding of their disease after presenting a functional analysis of its main problem behaviors. In conclusion, an individualized functional analysis presented schematically and easily understood may be useful to supplement psychoeducation that the patient receives during treatment.

Keywords: Functional analysis, psychoeducation, psychopathology, case studies.

Introducción

El análisis funcional, o formulación clínica de casos, podría describirse como un conjunto de hipótesis y juicios clínicos de los problemas de comportamiento (o conductas problema) del paciente y sobre las relaciones funcionales que existen entre estos problemas, las variables que afectan a dichos problemas y a los objetivos de tratamiento (1, 2). De una forma resumida, los principales componentes que debe tener un análisis funcional son (3): a) las conductas problema del paciente (que

sería las conductas objetivo de tratamiento); b) las relaciones existentes entre estas conductas problema; c) los antecedentes o causas de las conductas problema y la relación con estas y d) los consecuentes de estas conductas problema y la relación con estas.

En el análisis funcional se integra información del paciente que se obtiene mediante diferentes medios de evaluación clínica (entrevista, observación, autoinformes, etc.) con la información científica existente sobre la patología y tratamientos

para una problemática similar a la que presenta la persona (1-3). En el contexto de la terapia de conducta el análisis funcional se utiliza como un instrumento de planificación del tratamiento que permite (3): a) determinar la necesidad de tratamiento, b) planificar y diseñar un tratamiento centrado en la persona, y c) obtener datos para evaluar la eficacia del tratamiento aplicado.

Ya que este análisis se utiliza como una guía de orientación del tratamiento a llevar a cabo de una manera individualizada, por la información que recoge podría ser útil como una herramienta de tratamiento en si misma ya que puede ayudar al paciente a obtener un mejor conocimiento de su problema. Teniendo en cuenta esto, el objetivo del trabajo fue examinar, mediante el estudio de casos, si la presentación de un análisis funcional de la psicopatología es una herramienta útil en la comprensión de esta por parte de la persona que la sufre.

Casos clínicos

En este trabajo se midió el grado de comprensión de los problemas psicopatológicos que presentaban dos personas en el momento de acudir a consulta de salud mental para iniciar la valoración y posterior tratamiento de los mismos. Estas personas habían pedido ser atendidas en un centro médico privado. A ambas se les pidió voluntariamente su participación y se les informó del posible uso científico de una breve anamnesis de su patología, del análisis funcional de esta y de la valoración que hacían sobre la comprensión de la misma. En relación a la valoración de la comprensión de la patología mental, a cada uno de los participantes se le administro una escala analógico-visual donde tenían que valorar, en una escala de 0-10, la comprensión de su problema o patología. En esta el representaba no tener ningún tipo de comprensión del problema (según la percepción del paciente), y el 10 una comprensión total del problema (según la percepción del paciente). Previamente, se le especificaba la información que debía conocer del problema para poder valorar si tenía mayor o menor comprensión del mismo, en concreto se le indicó que debía conocer los antecedentes de la patología, las conductas problema (comportamientos, cogniciones, estados somáticos, etc.) y los

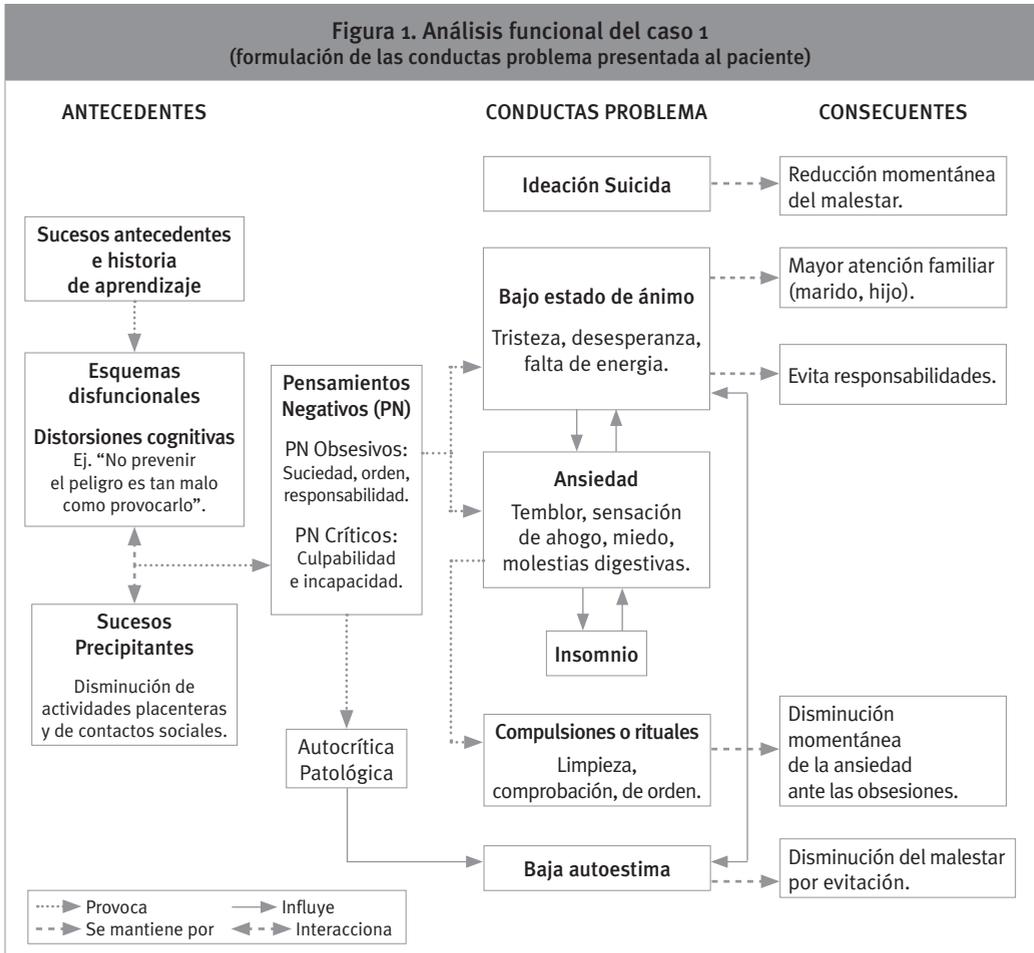
consecuentes funcionales de estas conductas problema (evitar situaciones desagradables, obtener atención, etc.).

La primera participante es una mujer de unos 45 años, casada y con un hijo de 16 años. El motivo que la lleva a solicitar ayuda es que en los últimos 2-3 meses se encuentra frecuentemente preocupada y triste, con llanto frecuente y con dificultad para conciliar el sueño. En la evaluación realizada se halló un nivel grave en relación a la presencia de obsesiones y compulsiones, donde se constató que invierte de 3-8 horas al día en ellas, le producen interferencia y malestar grave en su vida diaria, siempre cede ante estas, tiene poco control sobre ellas. Las obsesiones más problemáticas son las de contenido de contaminación, contenido agresivo, mientras que las compulsiones que más interfieren en su actividad son de lavado/limpieza, de comprobación/seguridad, los rituales de repetición, arreglo y orden. Todo ello fue evaluado mediante la Escala Yale-Brown de síntomas obsesivos-compulsivos (4). También se detectaron, mediante el Inventario de Ansiedad (BAI) (5) y de Depresión de Beck (6), unos niveles de ansiedad y depresión moderados, presencia de ideación suicida leve-moderada (evaluada mediante la Escala de Ideación Suicida) (7), baja autoestima (evaluada mediante el Cuestionario de Autoestima de Rosenberg) (8) y un nivel de preocupación grave (valorada mediante el Inventario de Preocupación de Pensilvania) (9). En cuanto a sus relaciones familiares, ella las cataloga como buenas aunque pone de manifiesto que existen problemas de comunicación con su marido y su hijo y algunas discusiones debido a que no entienden el problema que tiene. En cuanto a relaciones sociales la participante manifiesta que no tiene amigos, ni otras relaciones sociales fuera de la familia y que no realiza actividades de ocio debido a su constante tristeza y falta de ganas para hacer cualquier cosa.

Cuando se evalúa la comprensión del problema (antecedentes, conductas problemas y consecuentes) la participante manifiesta tener muy poca comprensión del mismo (valorando subjetivamente su comprensión del mismo con un 1), considerándolo también como algo poco modificable. Tras presentarle el análisis funcional representado en la figura y explicar los diferentes antecedentes y consecuentes (que pueden actuar

como comportamientos que mantienen las conductas problema la participante manifestó tener un mejor conocimiento y comprensión del mismo

valorando su comprensión subjetiva del mismo con un 7 y percibiéndolo como algo susceptible de cambio.



Por su parte, el segundo participante es una mujer de 29 años, soltera y de nivel socioeconómico medio. El motivo de consulta son los "ataques" que dice presentar desde hace varios meses y el miedo que manifiesta a estar sola en su casa, a acercarse a ventanas en lugares altos y a viajar si no está acompañada. En la evaluación realizada se encontró un episodio de ansiedad grave (en especial los aspectos físicos de la respuesta de ansiedad, ya que se evaluó mediante el BAI) (5) donde la sintomatología motora y psicofisiológica de la ansiedad en mayor medida es la

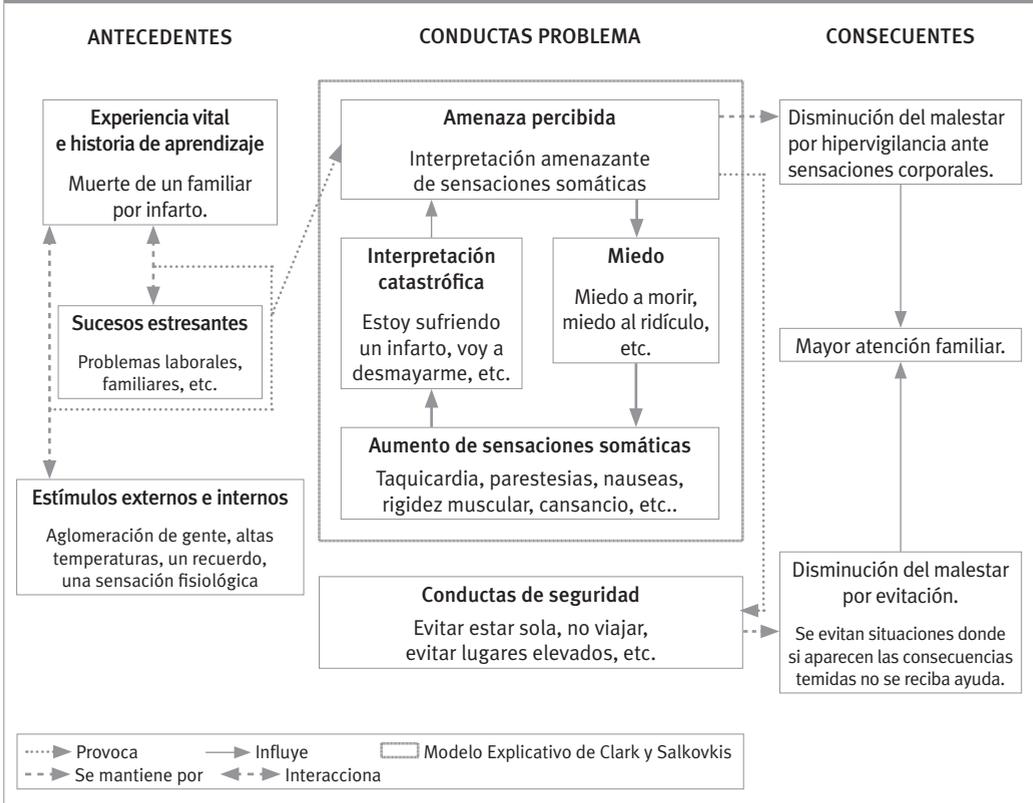
que le genera mayor dificultad en su vida diaria (evaluado mediante el Inventario de Agorafobia) (10) y un nivel elevado de agorafobia (evaluado mediante el Cuestionario de Miedos) (11).

También en este caso, al evaluar la comprensión del problema la participante manifiesta tener una pobre comprensión del mismo (valora subjetivamente su comprensión con una puntuación de 2) y remarca su desconcierto por lo repentino de los "ataques" que experimenta. En este caso

se realizó un análisis funcional utilizando como base el Modelo de Clark y Salkovskis (12), el mismo puede observarse en la Figura 2. Tras la presentación del mismo la participante muestra interés en el modelo explicativo presentado, ya

que según manifiesta se “siente reflejada” en la explicación de su problema. Al pedirle la valoración subjetiva del nivel de comprensión del problema, tras presentarle este análisis la participante informa de un 8.

Figura 2. Análisis funcional de los ataques de pánico del caso 2 (formulación presentada al paciente)



Conclusiones

En relación al objetivo del trabajo, los resultados obtenidos en ambos casos parecen indicar la utilidad del análisis funcional de la psicopatología como instrumento para conseguir que la persona que la padece tenga una mejor comprensión de la misma, de sus antecedentes y consecuentes conductuales que actúan como variables de mantenimiento del problema.

En cuanto a la metodología de presentación del análisis parece que una presentación sencilla y esquemática del mismo parece ser la adecuada.

Esto unido al que el análisis refleja el caso de manera individualizada ayuda al paciente a entender y comprender el problema. Así, además de para planificar y evaluar el efecto de un posible tratamiento este análisis parece ser un método útil para percibir las diferentes conductas problema como modificables (ya que se le informa del aspecto funcional de estas) y pueden motivar de cara al tratamiento.

En relación a lo anteriormente comentado, un análisis funcional individualizado, que se presente de una manera esquemática y que sea fácil de comprender por el paciente puede resultar

una técnica que complementa sesiones de psicoeducación que se le ofrecen al paciente durante su tratamiento. Por ejemplo, ya que los casos estudiados en este trabajo son casos de trastornos de ansiedad este análisis individualizado sería un buen complemento a la información general

que se les da a las participantes sobre la respuesta de ansiedad (componentes, mecanismos que la desencadenan, etc.). Así mediante este análisis las pacientes pueden identificar de una forma más sencilla los diferentes componentes de la ansiedad en su problemática concreta.

Contacto

Juan Antonio Becerra García. Departamento de Psicología.
Campus Las Lagunillas s/n, Edificio C5, Buzón 92, Universidad de Jaén • 23071 Jaén, España
Tel.: 953 21 34 63 • jbecerra@ujaen.es

Referencias bibliográficas

1. Nezu AM, Nezu CM, Peacock MA, Girdwood CO. Models of behavioral case formulation. En: Haynes S, Heiby E, editores. Behavioral assessment. Nueva York: Wiley, 2004; p. 402-26.
2. Haynes S, O'Brien WH. Principles and practice of behavioral assessment. Nueva York: Kluwer Academic; 2000.
3. Haynes S. La formulación clínica conductual de caso: pasos para la elaboración del análisis funcional. En: Caballo V, director. Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos. Madrid: Pirámide, 2005; p. 76-98.
4. Goodman WK, Price LH. Assessment of severity and change in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am* 1992; 15: 861-9.
5. Beck AT, Brown G, Epstein N, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 1988; 56: 893-7.
6. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Cognitive therapy of depression. Nueva York: Guilford Press; 1979.
7. Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of Suicidal Intention: The Scale for Suicide Ideation. *J Consult Clin Psychol* 1979; 47: 343-52.
8. Rosenberg M. Society and the adolescent self-image. Princeton: Princeton University Press; 1965.
9. Meyer TJ, Miller ML, Metzger RL, Borkovec TD. Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behav Res Ther* 1990; 28: 487-95.
10. Echeburúa E, De Corral P, García E, Páez D, Borda M. Un nuevo inventario de agorafobia (IA). *Análisis y Modificación de Conducta* 1992; 18: 101-23.
11. Marks IM, Mathews AM. Brief standard self-rating scale for phobic patients. *Behav Res Ther* 1979; 17: 263-7.
12. Hawton K, Salkovskis PM, Kirk J, Clark DM. Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems. A practical guide. Nueva York: Oxford University Press; 1989.

- Recibido: 25-6-2012.
- Aceptado: 18-10-2012.