

Tratamiento de un caso complejo de alcoholismo y bulimia



Tamara Devesa y Almudena Sánchez de Pazos Escribano*

Instituto Terapéutico de Madrid (ITEMA), España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 28 de junio de 2016
Aceptado el 7 de octubre de 2016
On-line el 27 de enero de 2017

Palabras clave:

Alcohol
Bulimia
Modificación de conducta
Estudio de caso
Análisis funcional

R E S U M E N

Se analiza el caso de un varón que acude a consulta por problemas de consumo de alcohol, bulimia y descontrol generalizado. Los resultados obtenidos muestran un cumplimiento total de los objetivos de intervención planteados. El objetivo de este artículo es identificar, en un caso de tanta complejidad, cuáles son los procesos subyacentes al cambio terapéutico que explican el éxito alcanzado en un número tan reducido de sesiones. A partir de este análisis se plantea la hipótesis de que algunos de los factores que podrían explicar dicho éxito estén relacionados con la adaptación tanto de las técnicas de intervención como del discurso del terapeuta a las variables disposicionales y funcionales del cliente.

© 2016 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Treating a complex case of alcoholism and bulimia

A B S T R A C T

This paper presents the case study of a man treated for alcohol addiction, bulimia, and a generalized lack of control. The results obtained show full compliance with the objectives established for the intervention. The aim of this article is to explain, in a case of such complexity, which were the underlying processes that allowed for the therapeutic change to take place in such a small number of sessions. From this analysis it is hypothesized that some of the factors that could explain this success are related to the adaptation of the intervention techniques, such as the therapist' discourse, and to the client's dispositional and functional variables.

© 2016 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

En este estudio se analiza un caso con demanda de alcoholismo y bulimia en el que, a pesar de ser un caso complejo, se ha logrado una rápida consecución de los objetivos terapéuticos en un breve período de tiempo. Se entiende que ambas conductas, alcoholismo y bulimia, encajan en el patrón general de funcionamiento asociado a las conductas adictivas, ya que, a pesar de ser morfológicamente diferentes, tienen una base etiológica similar. Existe gran cantidad de artículos teóricos que muestran los paralelismos entre las adicciones relacionadas con consumo de sustancias y los problemas de conducta alimentaria, principalmente los relacionados con atracones (Meule, von Rezori y Blechert, 2016). Estos autores destacan

el artículo de Hope de 2012 como pionero en describir la bulimia nerviosa como una conducta adictiva y apoyan este estudio con los resultados que ellos mismos presentan, relacionando la bulimia nerviosa con etiquetas de "adicción alimentaria". Algunos autores (Iorio y Sonvinsky, 2012) se centran en las implicaciones políticas y sociales que supondría ese paralelismo comportamental entre ambas conductas, además de apoyar tales semejanzas.

En el análisis y estudio de las conductas adictivas existe un amplio soporte científico que avala la eficacia de las técnicas psicológicas en el tratamiento de las drogodependencias (Secades-Villa, García-Rodríguez, Fernández-Hermida y Carballo, 2007), que es en la actualidad uno de los problemas de salud pública más importantes (Secades-Villa y Fernández-Hermida, 2008). Actualmente se entiende que la terapia cognitivo-conductual supone el enfoque más adecuado y efectivo para el tratamiento de adicciones (Sánchez-Hervás, Tomás-Gradolí y Morales-Gallús, 2014), así

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: almudena.sanchezpazos@gmail.com
(A. Sánchez de Pazos Escribano).

como para el tratamiento en la bulimia nerviosa (Saldaña, 2001). Otras publicaciones también apoyan estos datos (González-García y Martín-Javato-Romero, 2015; Saldaña, 2008; Vives-Montero y Ferro-García, 2005). Esta eficacia es la que avala y sustenta el tratamiento que se presenta en las siguientes líneas, ya que se enfocan ambas problemáticas desde un abordaje cognitivo-conductual.

Partimos del planteamiento de que las conductas adictivas pueden ser explicadas por los mismos parámetros que cualquier otra conducta, desde un enfoque funcional, en consonancia con los trabajos de Secades-Villa y Fernández-Hermida (2001). Estos autores entienden las adicciones como “un hábito reaprendido que puede ser analizado y modificado como los demás hábitos comportamentales”. Este enfoque es aplicable a las conductas etiquetadas como bulímicas, ya que también supondrían un mal hábito que hay que desaprender. El punto de partida de este enfoque permite un abordaje más adecuado y con mayor probabilidad de éxito, ya que la posibilidad del cambio está siempre presente durante el tratamiento y permite al terapeuta analizar las conductas que se presentan con el fin de poder entender qué es lo que hay que modificar para conseguir tal cambio.

El objetivo del presente artículo es entender cómo un caso de tanta complejidad ha evolucionado favorablemente en un número muy reducido de sesiones. Para ello se analizan posibles factores que han podido influir en la mejoría del cliente, estudiando cómo deben adaptarse las interacciones terapeuta-cliente, así como el tratamiento, a las variables disposicionales y funcionales del cliente. En este caso, consideramos que el éxito terapéutico reside en la capacidad y habilidad del terapeuta para adaptarse a tales variables, manejándolas a lo largo del tratamiento para facilitar los cambios. Tomando como referencia a Froján, Montaña, Calero y Ruiz (2011), queremos resaltar la importancia del análisis de las verbalizaciones que se emiten dentro del contexto clínico, recogido como el conjunto de interacciones terapeuta-cliente que serán el motor de cambio para la obtención de los objetivos propuestos en el tratamiento.

Método

Descripción del caso

A continuación se presenta el caso de un varón de 41 años de edad. Vive solo en Barcelona y no tiene pareja. Trabaja en el ámbito militar, lo que implica disponibilidad para viajar a otros países frecuentemente. En el momento de acudir a la clínica se plantea un cambio de ubicación estable en su puesto de trabajo. Su familia reside en otra ciudad y está estrechamente relacionada también con el ámbito militar. Su entorno social está muy vinculado al consumo de alcohol en tiempo de ocio, así como su entorno laboral. Presenta un nivel bajo de satisfacción en su vida personal y laboral.

La demanda principal se centra en el tratamiento de su problema de alcoholismo y bulimia, así como en conductas englobadas como desorden en su vida en general.

En relación al consumo de alcohol, el cliente no puede estar más de dos días seguidos sin beber desde hace 7 años. Se establece una línea base de 8 consumiciones de bebidas alcohólicas diarias, reflejado en el estado de embriaguez en el que acude durante las primeras sesiones de evaluación. El consumo aumentó hace 12 años, coincidiendo con un período de disminución de conductas bulímicas. Cuando acude solo a un bar procura ir a lugares diferentes para que no le vean sus amigos. Si bebe acompañado, normalmente lo hace con compañeros de trabajo y una amiga suya, pero también en otras situaciones de ocio. El patrón de consumo encajaría con el trastorno por consumo de alcohol definido en el DSM-5 (APA, 2014) como “un patrón problemático de consumo de alcohol que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo”. Incluye

una serie de criterios para diagnosticar, teniendo que cumplirse al menos dos de ellos durante un mínimo de 12 meses. El cliente cumple la mayoría de los criterios, incluido el criterio temporal.

Por otro lado, las conductas de bulimia se inician cuando tiene 19 años y se reducen considerablemente durante un período de 3 años. En los últimos 2 años ha vuelto a purgarse después de darse atracones con una frecuencia de 3 veces por semana, todo ello elicitado por verbalizaciones de fracaso como “me he pasado”, “me he descontrolado”. El trastorno de bulimia nerviosa se caracteriza por episodios recurrentes de atracones acompañado de conductas compensatorias inadecuadas, como vómito autoprovocado o uso de laxantes (DSM-5; APA, 2014). La gravedad del trastorno se diagnostica con base en la frecuencia de esas conductas compensatorias, pudiendo ser de grado leve, medio o grave. En este caso, el cliente cumpliría criterios para ser diagnosticado con un grado leve de bulimia nerviosa.

Evaluación

Para la evaluación se ha empleado la entrevista no estructurada, complementada con autorregistros. Esta fase se extiende, de manera formal, durante las tres primeras sesiones. Una vez realizada la evaluación, se establece la línea de trabajo y el objetivo central, que será fundamental para el cumplimiento de otros objetivos: incrementar autocontrol. La periodicidad de las sesiones comienza siendo semanal, pero según avanza el tratamiento se espacia a quincenal hasta finalizar con un seguimiento mensual a partir de la octava sesión. Este espaciamiento es importante de cara al análisis de los resultados conseguidos durante la intervención.

Como el cliente no presenta problemas de salud, el objetivo en relación al patrón de bebida es modificar las situaciones de consumo en lugar de plantear una reducción del mismo, aunque sí se consigue esa reducción como consecuencia del trabajo realizado. Dado que es una conducta reforzada en su ambiente, sería inadecuado dirigir el objetivo a la abstinencia, ya que lo que se pretende es eliminar el patrón de consumo problemático, sustituyéndolo por uno más controlado que no genere malestar. De este modo el cliente puede conseguir un consumo fuera de los parámetros problemáticos así como mantener el acceso a sus reforzadores sociales relacionados con el consumo de alcohol. Es por ello que la terapia se orienta a facilitar la discriminación de cuándo es adecuado beber y cuándo no.

Análisis funcional

A continuación se expone el análisis funcional del caso con base en el modelo propuesto por Segura, Sánchez y Barbado (1991).

Variables disposicionales

- Dentro de su historia de aprendizaje destaca el elevado cumplimiento de normas, que ha sido muy reforzado en el ámbito familiar y laboral, dadas las exigencias que demandan ambos contextos relacionados con lo militar. Esto significa que su conducta, en mayor medida, ha estado gobernada por *discriminativos externos*. Todo ello, sumado a la ausencia de *discriminativos internos*, con una prácticamente inexistente presencia de elementos de control (como vivir solo, no tener pareja, viajar con frecuencia) fuera del ámbito laboral, ha precipitado una ausencia de aprendizaje de conductas de autocontrol. Cierto condicionamiento aversivo de la falta de control y fracaso precipita también la ingesta de alcohol y atracones. Por otra parte, la ausencia de consecuencias aversivas ante conductas de descontrol en el ámbito personal también contribuye a la continua emisión de ese patrón de respuesta.

- La baja tasa de reforzadores precipita que el cliente presente bajo estado de ánimo e incrementa el valor reforzante de la conducta de beber, por ser el alcohol uno de los pocos reforzadores a los que tiene fácil acceso, lo que afecta directamente al mantenimiento del problema.
- Un entorno laboral percibido como poco demandante facilita el consumo de alcohol, dado que no existen consecuencias aversivas que entorpezcan su labor profesional. Otro factor añadido es que las relaciones sociales que se producen en el trabajo se desarrollan en su mayoría en torno a la bebida y comida. Todo ello ha facilitado que se asocie el ocio y tiempo libre con el consumo de alcohol, lo que precipita que beba en solitario cuando tiene tiempo libre.

Variables funcionales: atracones y vómitos

- Hipótesis de adquisición: se parte de una asociación pavloviana previa entre ingesta de comida calórica y respuestas de malestar. El ingerir comida calórica, por poca que sea, elicit verbalizaciones de fracaso y culpa (“me he pasado”). Se hipotetiza que esta asociación aversiva lleva a que el cliente se mantenga en un estado de privación respecto a esos alimentos: evita ingerirlos. Esa asociación también lleva a sentimientos de culpa cuando ingiere esos alimentos, discriminada tal conducta por aburrimiento.
- Hipótesis de mantenimiento: el estado de privación del cliente aumenta el valor reforzante de la comida calórica. Una vez que se ha producido la ingesta, la culpa y el malestar finalmente elicit verbalizaciones de permiso y de anticipación del vómito, que discriminan la conducta de atracón, manteniéndose por el valor reforzante de la comida, aumentado por el efecto de la privación. Esto lleva a una serie de sensaciones desagradables, condicionadas e incondicionadas, que discriminan el vómito para reducir el malestar generado por las mismas.

Variables funcionales: ingesta de alcohol

- Hipótesis de adquisición: el cliente presentaba un consumo de alcohol dentro de los parámetros de la normalidad, relacionado con situaciones sociales de ocio. El mantenimiento de este tipo de ocio puede llevar a percibir el alcohol como una vía para la obtención de refuerzo social, además de los reforzadores propios del alcohol (sabor, efectos). El consumo empezó a aumentar en una etapa en la que desaparecieron los atracones. El beber se convirtió en un sustituto del comer, con los consecuentes refuerzos negativos de sentirse lleno sin comer. El aumento del consumo comenzó primero en casa, pasando posteriormente a beber en solitario en bares por la obtención del refuerzo social y por pasar menos tiempo en su vivienda. Cabe mencionar la influencia en el aumento del consumo de algunas variables disposicionales. Por ejemplo, cierto déficit de reforzadores podría precipitar un mayor consumo de alcohol porque llevaría a la obtención de los mismos con un menor coste.
- Hipótesis de mantenimiento: las variables disposicionales anteriormente citadas también estarían ejerciendo cierta influencia sobre el mantenimiento del problema. Cuando bebe acompañado suele ser en situaciones de ocio y tiempo libre asociadas al consumo. En cambio, cuando bebe en solitario lo hace por escapar de una situación de aburrimiento. El consumo también está discriminado por determinadas situaciones que se han establecido como rutinarias. Hay una serie de estímulos que discriminan conductas de control del consumo de alcohol: comer sano en el trabajo, ir al gimnasio, tener pareja, realizar tareas del hogar nada más llegar. Serán muy importantes de cara al inicio de la intervención (ver figura 1).

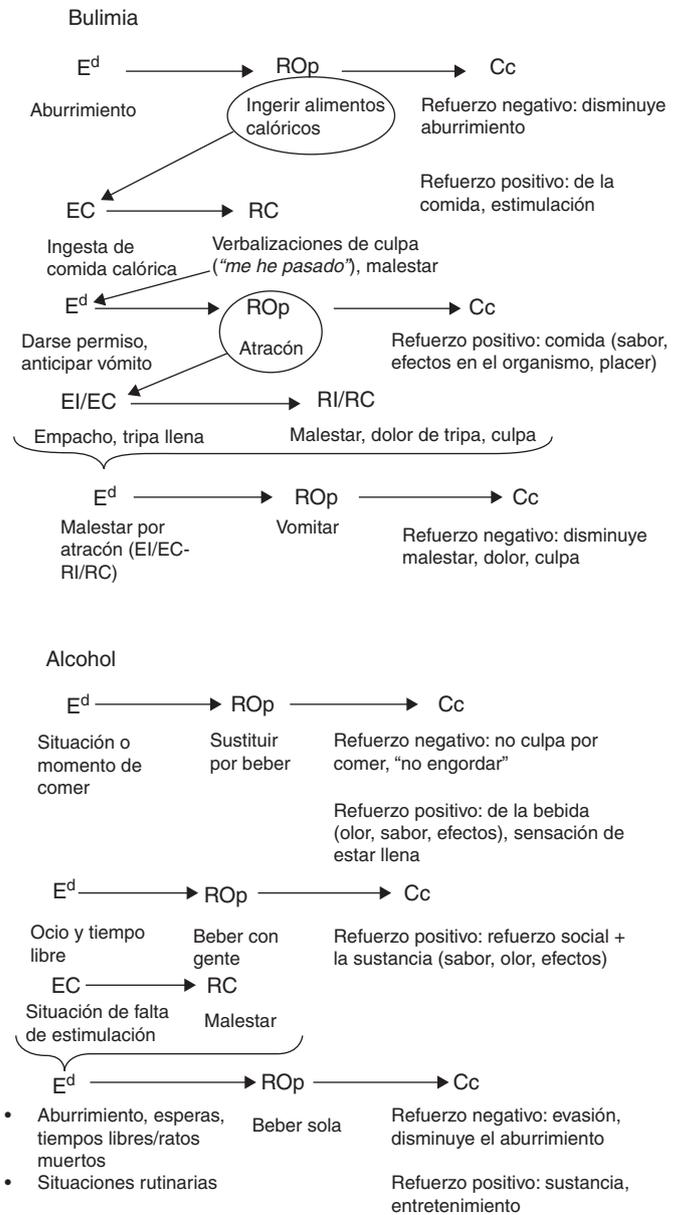


Figura 1. Cadenas funcionales del caso (bulimia y alcohol). Nota. E^d = estímulo discriminativo, ROp = respuesta operante, Cc = consecuencias de la operante, EI = estímulo incondicionado, EC = estímulo condicionado, RI = estímulo incondicionado, RC = estímulo condicionado.

Tratamiento

Con base en el análisis funcional plasmado anteriormente, se plantean una serie de objetivos de tratamiento:

- 1) Fomentar un estilo de vida más organizado. Se centra en lograr que el cliente sea capaz de seguir unos horarios estables entre semana, llegando puntual al trabajo y acudiendo al gimnasio, entre otras actividades o tareas. También se busca que el cliente tenga un patrón de comidas más ordenado y planificado, así como más saludable. Este objetivo tiene gran relevancia en el caso, ya que se parte de que el descontrol y la desorganización general han precipitado otras conductas problemáticas.
- 2) Disminuir el consumo de alcohol y aumentar la capacidad de control sobre el mismo. La disminución del consumo se orienta a la frecuencia y las situaciones en las que se produce. De esta manera, se cambia de un patrón de consumo desajustado a uno

más normalizado, pudiendo beber en situaciones sociales o de ocio en las que sea oportuno. La parte más importante es el control sobre el consumo, entendiendo como tal que el cliente pueda decidir beber o no y ser congruente con esa decisión.

- 3) Eliminar atracones y vómitos. Se centra en la eliminación de las conductas de atracones así como de las purgas subsiguientes. También incluye la introducción de una mayor variedad de alimentos en la dieta.
- 4) Aumentar las fuentes de reforzadores. Este objetivo resulta central en el caso, ya que el déficit en esta área ha podido influir en el aumento del consumo. Se divide en tres subobjetivos: llevar a cabo actividades gratificantes en solitario, realizar actividades sociales y de ocio no relacionadas con el alcohol y, por último, buscar pareja.

Para lograr estos objetivos, se desarrollan y se ponen en marcha una serie de técnicas de intervención, tanto dentro de sesión como fuera, en este último caso pautándolas como tareas para la semana:

- El objetivo 1 se trabaja mediante el establecimiento de un calendario de organización conductual o *planning*. A través del cumplimiento de este calendario, y por tanto de la consecución del primer objetivo, se facilita el cambio en las demás áreas problemáticas.
- El objetivo 2 se consigue con la implementación de diferentes estrategias. En primer lugar, se realiza un moldeamiento de la conducta de beber con control. En segundo lugar, se desarrolla dentro y fuera de sesión un entrenamiento en detección de los estímulos discriminativos de la conducta de beber, a través de la interacción terapéutica y de autorregistros. En tercer lugar, se entrena al cliente en autocontrol, buscando que sus propias verbalizaciones adquieran valor discriminativo para guiar su conducta.
- El objetivo 3 se lleva a cabo mediante la técnica de exposición con prevención de respuesta, centrada en el aumento de la cantidad y frecuencia de ingestas calóricas con ausencia de conductas compensatorias.
- Los subobjetivos incluidos en el objetivo 4 se consiguen con pautas concretas relacionadas con cada uno de ellos: meter en el calendario momentos determinados para llevar a cabo actividades en solitario, pautar actividades en grupo, utilizar páginas de contacto social y páginas para buscar pareja. Durante la consecución de este objetivo, surgen nuevas conductas problemáticas en relación a la búsqueda y mantenimiento de relaciones de pareja. Por este motivo, a partir de la novena sesión se evalúan y tratan estas conductas como nueva demanda, siendo de gran relevancia para el mantenimiento de los demás objetivos.

Un objetivo que se trabaja de forma paralela a los anteriores, y transversalmente durante la terapia, teniendo más peso en las últimas sesiones, es la detección y afrontamiento de situaciones de riesgo, lo que se conoce en la literatura como *prevención de recaídas* (Larimer, Palmer y Marlatt, 1999). Siguiendo el modelo de recaídas presentado por Marlatt y George (1984, citado en Echeburúa-Odrizola, 1994), una vez que la persona se encuentra en una situación de riesgo puede llevar a cabo o no respuestas de afrontamiento. Si lo hace, su percepción de autoeficacia aumentará y disminuirá la probabilidad de que se produzca una recaída. En cambio, si no aparecen las respuestas adecuadas se producirá el efecto contrario. Se parte del planteamiento de Bandura (2005) de que la eficacia percibida o autoeficacia no es un rasgo global o estable de la persona, sino un conjunto de autocreencias ligadas a ámbitos de funcionamiento diferenciado dependientes de la situación. Se trabaja en esta línea a partir de la octava sesión, en la que se explica la diferencia entre una recaída y una caída, reestructurando verbalizaciones de fracaso o retroceso, quitando valor negativo a las mismas y destacando el manejo adecuado durante

la semana. De esta manera mejoraría la autoeficacia y sensación de control percibidas por el cliente. En sesiones anteriores, también se trabaja prevención de recaídas, pautando tareas y emitiendo discriminativos en sesión, encaminadas ambas estrategias a que el cliente detecte situaciones de riesgo y emita respuestas de control y afrontamiento en las mismas. Esta parte de la terapia es especialmente importante en este tipo de problemática, ya que si ante una situación de riesgo el sujeto logra emitir una respuesta adecuada con la que evita el consumo, la sensación de autocontrol y autoeficacia incrementa y la probabilidad de recaída disminuirá significativamente (Becoña-Iglesias y Cortés-Tomás, 2008) (figura 2).

Resultados

Para el análisis de los resultados nos centramos en los tres primeros objetivos: conseguir un estilo de vida más organizado, disminuir el consumo de alcohol aprendiendo a controlarlo y eliminar vómitos y atracones. El cuarto objetivo, aumento de fuentes de refuerzo, quedaría reflejado dentro del establecimiento de un estilo de vida más organizado, trabajado con el calendario de organización conductual (véase figura 3).

A lo largo del tratamiento se observa cómo han evolucionado las conductas problemáticas, reduciéndose su emisión a medida que el terapeuta pauta los parámetros de consumo para las semanas. Se produce una disminución y retirada de la ingesta de bebidas alcohólicas, obteniendo unos parámetros de consumo más normalizados. La ingesta de alcohol estando solo en casa se elimina a partir de la sesión 7 y se comienza a controlar la ingesta de alcohol estando fuera de casa en solitario entre la sesión 7 y 8, habiendo reducido anteriormente la frecuencia.

El segundo objetivo, disminuir y controlar el consumo de alcohol, se refleja y analiza en la figura 4. Esta ingesta de bebidas alcohólicas disminuye a medida que se pautan los parámetros de consumo. En la figura 4 se observa que durante las primeras sesiones de tratamiento (de la semana 1 a la semana 3, coincidiendo con las sesiones 4, 5 y 6) se presentan mayores unidades de alcohol ingerido y con menor variedad, siendo el vino la bebida que predomina, cuya frecuencia y cantidad de ingesta es mayor en comparación con las últimas semanas de tratamiento. Los datos correspondientes a las sesiones 7 y 8 (semanas 5, 6, 7 y 8) reflejan una reducción de la frecuencia de consumo por días, disminuyendo considerablemente durante la semana y el fin de semana. Por último, los datos correspondientes a la sesión 9 (de la semana 9 a la semana 15 del tratamiento) indican que el cliente no solo reduce el consumo de bebidas alcohólicas, sino que también incorpora mayor variedad en su consumo de bebidas no alcohólicas y alcohólicas con menor graduación en situaciones de ocio, como agua con gas o claras de cerveza.

El exceso percibido de consumo queda reflejado en la figura 5, que representa las verbalizaciones que el cliente emite en sesión en relación a su percepción de haberse excedido en el consumo de alcohol y los registros relacionados con tareas concretas que indicaba el terapeuta. Se puede observar que en las marcas correspondientes a la sesión 8 y 9 (del día 40 al 80) continúa apareciendo esa percepción de exceso, pero esta vez asociada a un consumo menor y más controlado. Esto supone un cambio en la percepción de la ingesta de bebidas alcohólicas y en relación a cuándo dejar de beber.

En la figura 3 podemos observar el cumplimiento de actividades de un calendario de organización conductual, relacionado con el objetivo de fomentar un estilo de vida más saludable, incluyendo reforzadores. El número máximo de actividades diarias viene indicado por una puntuación máxima de 10 coincidiendo con el número de ítems que debía cumplir. Lo relevante en este caso es la reducción

| | S 1 | S 2 | S 3 | S 4 | S 5 | S 6 | S 7 | S 8 | S 9 | |
|-------------------------|---|---|---|--|---|---|--|--|--|--|
| Objetivo | Evaluación | Evaluación | Evaluación y Análisis Funcional | Tto. | Tto. | Tto. | Tto. | Tto. | Tto. | |
| Contenido | Bulimia, alcohol, descontrol general | Atracones y alcohol, relaciones de pareja, estímulos de control. Primer objetivo: Estilo de vida más organizado. | Efecto dominó de conductas problema. 3 días con tupper al trabajo. Planificación diaria | Cumple planning Segundo objetivo: Control de la bebida. | Cumple planning No beber en casa. Ingesta calórica. | Cumple planning No beber estando sola. Tercer objetivo: Retirar privación comida. | Cumple planning Verbalizaciones de fracaso. Actividades sociales | Cumple planning Verbalizaciones de fracaso. Páginas de contacto. Prevención de recaídas. | Cumple planning Verbalizaciones de fracaso. Páginas de contacto. Prevención de recaídas. | Semana atípica de consumo = situación de riesgo. No hay problemas con la comida. Pareja fallido. |
| Actuación del terapeuta | Ajuste de expectativas Motiva al tratamiento | Motiva al objetivo planeado. | Motiva al cambio de hábitos. Altera el valor funcional de los retrocesos. | Refuerzo intenso ante pequeños logros. Ausencia de castigo. Altera valor funcional de retroceso. | Contingencia: beber/no beber - sanciones asociadas. Ausencia de castigo + mucho refuerzo. Motiva al cambio. | Mucho refuerzo avances. Contingencia control – consecuencias positivas. Anticipar consecuencias negativas vómito. | Atribuir no cumplimiento a causas externas. Refuerzo autocontrol Discriminar verbalizaciones de logro. | Refuerzo por localizar el error. Eliminar contingencia entre error y consecuencias negativas. Anticipar consecuencias positivas de cumplimiento. | Importancia del control + condicionamiento apetitivo. Condicionamiento aversivo del consumo. | |
| Tareas | *AR atracones. *AR alcohol. | *AR de pensamiento de darse permiso. *AR situaciones de control. | *AR de realización del planning y dificultades. | *Deporte 2 días. *AR comida y bebida. *No beber en casa. | *Meet up *Control estimular de beber | *Exposición comida. *No beber sola. *Beber 2 días el fin de semana y 2 entre semana. | *Beber 1 vez fin de semana, y L, M y J. *Actividad social el Domingo. *Meet up. | *Beber 1 vez el fin de semana. *No beber sola. *Beber sólo 2 veces entre semana. | *No beber sola. *Parar de beber antes. *preguntar amigas: características por las que sus relaciones no prosperan. | |

Figura 2. Desarrollo de las sesiones.

de días que pueden indicar descontrol no cumpliendo ningún ítem. En las medidas del 1 al 20, correspondientes a los días comprendidos entre las sesiones 4, 5 y 6, se observan días de no cumplimiento de tareas con una frecuencia semanal y de forma consecutiva. En las medidas correspondientes a las sesiones 7 y 8 (del día 20 al 50) se produce una reducción considerable de días en los que no se cumple ningún ítem, coincidiendo estos días con eventos familiares y laborales que dificultan el cumplimiento, siendo más elevadas las puntuaciones, lo cual significa que el cliente cumple la mayor parte de los ítems diarios en estas semanas. Por último, en el período comprendido entre el día 50 y el día 80, correspondiente a la sesión 9, se puede observar un cumplimiento más estable, aunque con excepciones de no cumplimiento que coinciden con la presencia de eventos sociales o viajes de trabajo que dificultan la realización de las tareas.

El cambio de patrón en relación a los atracones y vómitos es también evidente y muy temprano en el tiempo. Sólo se dan en dos ocasiones, coincidiendo con las semanas 5 y 6. La eliminación de atracones se trabaja a partir de la sexta sesión, con un logro total desde el inicio de la aplicación de la técnica de exposición con

prevención de respuesta, introduciendo cada vez más alimentos calóricos hasta llegar a una percepción de control total sobre esta conducta en la sesión 9 y 10. Los vómitos se eliminan a partir de la sesión 3.

Estos resultados indican, de manera tentativa, la presencia de un elevado cumplimiento de las pautas, así como un elevado compromiso con la terapia. Los resultados indican una notable mejoría en relación a la adquisición de un estilo de vida más organizado y mayor autocontrol en relación al consumo de alcohol y cumplimiento de actividades.

Discusión

A partir del análisis realizado del caso, pueden extraerse algunas conclusiones generales importantes de cara a la práctica clínica, centradas en disipar el porqué de un cambio tan rápido en un caso, aparentemente tan complicado.

En ambas problemáticas, desde una perspectiva topográfica, el caso al que nos referimos cumpliría los criterios diagnósticos, pero este hecho no aporta ninguna información relevante de cara a cómo

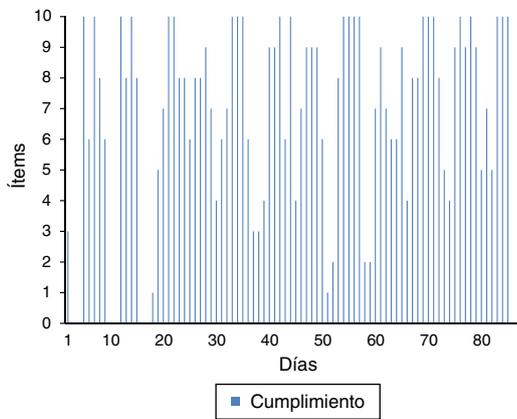


Figura 3. Actividades del calendario de organización conductual.

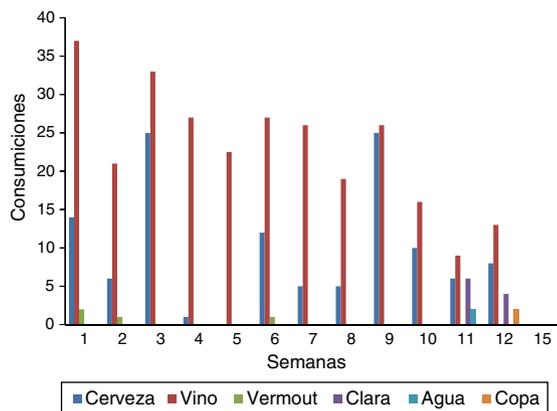


Figura 4. Ingesta de bebidas alcohólicas por semanas.

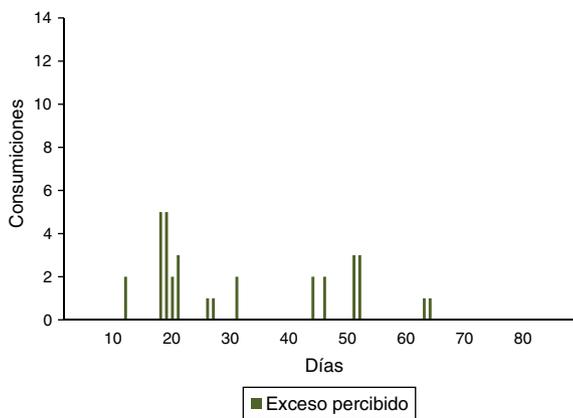


Figura 5. Exceso percibido de ingesta de bebidas alcohólicas.

enfocar la intervención, ya que es una información meramente descriptiva que no permite analizar ni el origen ni el mantenimiento de las conductas problema. Para ello habrá que centrarse en la funcionalidad de la conducta del cliente, ya que de esta manera (Froján, 2011) se podrá explicar los problemas que lo traen a consulta, facilitando el diseño y aplicación de técnicas de intervención de manera que permitan desarrollar nuevas funcionalidades más adaptativas a largo plazo.

Ruiz-Sancho, Froján-Parga y Calero-Elvira (2013) señalan que es fundamental atender a la conducta verbal que el cliente emite durante el proceso terapéutico para poder adaptar no sólo las técnicas de intervención sino también la actuación del

profesional dentro de sesión. En relación a la actuación terapéutica, nos basamos en la propuesta de categorización de Froján-Parga, Montañó-Fidalgo y Calero-Elvira (2006) de las conductas que el terapeuta lleva a cabo en sesión. Atender al comportamiento verbal del psicólogo en un caso específico puede constituir un buen modo de aproximación a la comprensión del proceso terapéutico (Montañó-Fidalgo, Froján-Parga, Ruiz-Sancho y Virués-Ortega, 2011). Este enfoque ha servido de guía para analizar las variables del cliente y la actuación del terapeuta de cara al éxito del tratamiento.

Dentro de las variables que se hipotetizan de mayor influencia, relacionadas con el cliente destacan:

- El estricto cumplimiento de normas y tareas reforzado a lo largo de su historia de aprendizaje. El cliente, ante la recepción de una instrucción, emite verbalizaciones de acuerdo sin cuestionar ni presentar verbalizaciones de dificultad.
- La baja tasa de recepción de estimulación reforzante ha facilitado e incrementado el valor reforzante del cumplimiento de objetivos, lo que supone una reducción del coste de respuesta ante la implementación de pautas cada vez más estrictas que requieren un mayor coste.
- La facilidad para sustituir verbalizaciones, precipitada por su sensibilidad hacia el cumplimiento de instrucciones y normas, permite la inclusión de verbalizaciones que sí pueden discriminar conductas que guíen un buen manejo en situaciones difíciles de escaso control percibido.

Durante el proceso de intervención destacan una serie de acciones del terapeuta que han impulsado el cambio:

- Se discrimina que el cliente verbalice el objetivo de la semana (contenido instruccional) y a continuación se refuerza esa verbalización. De esta manera se facilita la presencia de estímulos discriminativos verbales percibidos como propios al reforzarse la emisión de auto-instrucciones, ayudando así al entrenamiento en autocontrol.
- Se refuerzan conductas intermedias con un criterio de cumplimiento inicialmente bajo y no se emiten verbalizaciones con función de castigo ante el incumplimiento de tareas. Por otro lado, se refuerza también que el cliente verbalice dónde ha fallado y qué conducta alternativa podría haber emitido en esa situación, detectando así situaciones de riesgo y conductas alternativas. En la misma línea se anticipa la ausencia de consecuencias aversivas ante el no cumplimiento, permitiendo un proceso más gradual del cambio y pudiendo evaluar mejor el nivel de autocontrol.
- Se establece un condicionamiento semántico apetitivo entre verbalizar una instrucción y su cumplimiento. El terapeuta da un valor positivo a conductas de cumplimiento de autoinstrucciones enseñando al cliente cuán gratificante puede ser verbalizar una instrucción y actuar acorde a la misma. Este trabajo de condicionamiento semántico se basa en la teoría de Mowrer (2006), que explica cómo a través del lenguaje se pueden producir nuevas asociaciones del mismo modo que con cualquier otra presentación de estímulos aparejados.
- En la línea de lo explicado en el punto anterior, también se lleva a cabo un trabajo de contracondicionamiento semántico del “fracaso” o el “error”, reduciendo el valor del castigo ante el incumplimiento de una tarea o un objetivo. Teniendo en cuenta los estudios de Marlatt y Gordon (1985), esto incrementa la percepción de auto-eficacia percibida durante el proceso terapéutico.
- Se emplean principalmente motivadoras de cadena en las que se explicita una contingencia de tres términos (De Pascual, 2015), es decir, entre el estímulo discriminativo, la respuesta y el consecuente. En este caso, la relación que se establece es entre una

instrucción (estímulo discriminativo), llevar a cabo una conducta de cumplimiento (respuesta) y la sensación de control como señal de éxito (consecuente), cuyo valor reforzante compite con otros reforzadores habituales relacionados con el alcohol. El uso de este tipo de motivadoras aumenta la probabilidad del cumplimiento de las tareas.

En los puntos expuestos se puede observar cómo el terapeuta, a partir de las variables facilitadoras del cliente, ha adaptado su actuación. Este hecho ha sido muy relevante de cara al éxito del caso.

Para finalizar, cabe mencionar cómo un caso de alcoholismo se ha intervenido por la vía del autocontrol, en contraposición a otras terapias que buscan como objetivo principal la abstinencia. En este caso, es la falta de control o la desorganización de su vida la que se hipotetizó como precipitante de esos malos hábitos en relación al alcohol y la comida, y por eso ha sido crucial para el éxito del tratamiento abordar desde ahí el problema: enseñar cuándo beber y cuándo no. Entrenar la capacidad de autocontrol supone, como definen [Martin y Pear \(2008\)](#), “entrenar la capacidad que tiene el sujeto de emitir o modificar ciertos comportamientos tendentes a la consecución de refuerzo –recompensas– y la evitación de castigos demorados en el tiempo, anteponiéndolos a la consecución de refuerzos y evitación de castigos inmediatos”. Citando a [Skinner \(1970\)](#), “un sujeto se controla a sí mismo exactamente igual que controlaría el comportamiento de otras personas mediante la manipulación de variables de las que la conducta es función”. Por ello, durante el tratamiento, para aumentar ese autocontrol se establecen, dentro y fuera de sesión y a partir de las tareas, contingencias directas entre la emisión de una verbalización que describe una conducta determinada ante la presencia de un estímulo y la emisión de una respuesta congruente a la verbalización inicial. Durante la terapia, se trabaja de manera insistente en esta línea, teniendo en cuenta la falta de autocontrol como variable que precipitaba la ejecución de conductas problemáticas, lo que ha supuesto un factor determinante del éxito. Como trabajo complementario en este entrenamiento en autocontrol, cabe mencionar que durante toda la terapia se realiza una labor de evaluación continua, centrada en medir la capacidad de control del cliente ante las situaciones de riesgo y analizar la consecución de objetivos. Esta forma de trabajar las conductas problema aumenta la probabilidad del mantenimiento a largo plazo de los objetivos alcanzados, ya que dota a la persona de la capacidad de guiar su conducta con sus verbalizaciones.

Como reflexión sobre la terapia psicológica, queremos plantear que ésta no consiste únicamente en la implementación de una serie de técnicas de intervención a partir del análisis funcional del cliente, sino en la inclusión de este análisis dentro de sesión, reflejado en la adaptación de la actuación del terapeuta a cada caso concreto. Comprender cuáles son los procesos subyacentes al tratamiento psicológico permite, además de entender por qué se ha producido el cambio, una mejor adaptación a cada caso por parte del terapeuta, incrementando así las probabilidades de éxito de la intervención.

Extended Summary

The reason for consultation in the present case study consists of bulimic and alcohol consumption problems. Both kinds of behaviors had been maintained for many years: alcohol consumption became a problem 12 years ago approximately, while bulimic behaviors began 19 years ago, followed by a temporary partial remission and an increase of behaviors at present. The changes that the client went through during the short intervention period (9 weeks) are noteworthy. In order to determine the reasons which could

have promoted this changes, we should examine how the client-therapist interactions, as well as the intervention techniques, need to adapt to the client’s dispositional and functional variables.

According to DSM-5, the client met the diagnostic criteria for bulimia nervosa (mild degree), and alcohol abuse. It should be noted, however, that this merely descriptive perspective is not useful in order to plan an intervention according to the behaviors’ functionality; in order to do so we need to know how they arose and, particularly, how they are maintained. Analyzing the functionality of the problematic behaviors allows for a better approach inside and outside the therapy session. According to this perspective, in this case the disorganized alcohol and food consumption pattern was being precipitated by a disorganized lifestyle. This disorganization resulted in a scarcity of those discriminative stimuli which could elicit the appropriate behaviors, as well as in the establishment of other more general and broad discriminative stimuli that elicited inappropriate behaviors.

Taking this pattern into account, the intervention was mainly focused on teaching the client to discriminate those moments in which alcohol intake is appropriate from others in which it is not, instead of focusing specifically on reducing alcohol intake, although such reduction took place throughout the intervention. In this case, the therapist considered that alcohol abstinence should not be an intervention goal since the client presented good health and also because during his usual leisure activities alcohol intake was a positively reinforced response. Another main goal in the intervention was training the client in self-control behaviors, which are defined here as a contingency relationship between a verbalization that describes a response that should be emitted following a certain stimulus and the subsequent execution of such response in presence of said stimulus. This goal was considered to be particularly important in order for the changes to be maintained in the long term and to prevent future relapses.

In this study we analyze the client’s dispositional variables that contribute to the problem, as well as the functional variables that explain how the problem arose and was maintained at present. The dispositional variables are shown to be of substantial significance during the development of the intervention, particularly regarding the management of the therapeutic interaction as well as in order to determine which intervention techniques the client should be instructed to perform/apply between sessions. Two variables would be the most relevant in this regard. Firstly, the client’s learning history that involves a strict compliance with the rules, as opposed to a lack of compliance with his own verbalizations (self-control). Secondly, a low reinforcement rate, which facilitated that alcohol became the main and almost sole source of reinforcement. It is also noteworthy that the problematic behaviors lacked aversive consequents, which contributed greatly to maintaining them. In regard to the functional variables, it should be noted that both alcohol and food intake were being maintained by positive reinforcement as well as by negative reinforcement due to the escape from boring or scarcely stimulating situations. Based on the aforementioned functional analysis, explained in more detail in the article, intervention goals and techniques were established. Additionally, the therapist conducted sessions in such a way that enhanced the efficacy of these techniques. This therapeutic management will be addressed later. The first goal focused on establishing a healthier and more organized lifestyle, which was necessary considering how this disorganization contributed to the problematic behaviors. In order to do so, a weekly behavior chart, which included items related to daily habits such as waking up, having breakfast, getting to work, going to the gym, etc., was used. The second goal consisted of a decrease in alcohol intake, which prioritized the appropriateness of the moments in which this intake took place as well as the perception of control of this behavior, instead of the amount of alcohol. In order to do so, a shaping process that led to a controlled drinking behavior was carried out.

For this purposes, inappropriate discriminative stimuli were abolished, coping responses for risky situations were trained, and the client was also trained to identify precedent stimuli of the intake responses as well as alternative responses. The third therapeutic goal consisted of eliminating binge-eating and vomit behaviors. This goal was addressed through gradual exposure to food intake and response prevention. Finally, the fourth intervention goal focused on increasing the client's reinforcement sources. This took place in three different areas: engaging in activities by himself, having healthy leisure activities that did not involve alcohol intake, and searching for a romantic relationship. The accomplishment of this last goal presented some difficulties that became apparent in the 9th session due to some socially inappropriate behaviors that became a new area of intervention, related to the previous goals and considered necessary in order to maintain the client's changes in the long term. At the same time, transversely, an intervention in relapse prevention was made, in order for the client to be able to cope appropriately during risky situations. This will enhance the self-efficacy perceived by the client as well as his self-control, key issues which will decrease the probability of lapse and relapse.

The results obtained through these processes were very satisfying. Regarding the alcohol intake, the number of situations where it took place decreased, as well as did the ingested quantity of alcohol; conversely, the intake of alternative non-alcoholic drinks increased. Bulimic behaviors stopped completely in just a few therapeutic sessions. In both cases, the client's self-control increased, which became apparent both in the behavior that took place between sessions and in the verbalizations that were emitted during session. This increase in self-control is considered to be a good prognostic variable regarding long-term maintenance of these changes. Also, the behavior chart showed an improvement in daily organization, as opposed to the disorganized lifestyle that was associated with the problematic behaviors. All these changes took place in a short period.

The hypotheses regarding the changes observed in the client's behaviors are explained in terms of the therapist-client interaction, considered to be the main factor that explains these changes. Firstly, the therapist performed during session in such a way that fostered the effects of the intervention techniques. This execution was the result of adapting to the client's dispositional and functional variables, which is key to ensure a good approach to the intervention. It should be noted that the therapist promoted self-control verbalizations and systematically reinforced those, while extinguishing verbalizations related to failure. Also, the semantic conditioning processes that took place during the therapy sessions led to the appetitive conditioning of control and accomplishment, as well as to the deconditioning of failure, which was described as a natural part of the process. Some client's dispositional variables facilitated the changes, such as his history complying with instructions, which led to a strict compliance with the therapeutic tasks, and a deficit in terms of reinforcement, which increased the reinforcing power of the therapy itself and of the changes that emerged from it. The present paper analyzes all these factors in more detail.

In summary, the importance of planning the therapeutic process taking into account the functionality of the behaviors becomes apparent. This not only includes the intervention goals and techniques, but also the therapist's performance during the therapy sessions. Taking into account the specific client's variables will allow for a better approach to the case as well as for a more significant change in a shorter period of time. In other words, it will lead to a greater efficacy of our interventions. We would also like to point out that the key in the intervention for this alcoholism case has been enhancing self-control, as opposed to abstinence which is a more usual course of action. This suggests the need to conduct

the therapeutic process taking into account the client's variables, inside and outside the therapeutic context. This should be made while planning and conducting the intervention, and it also should guide the therapist behavior during session in order to promote the desired changes.

Conflicto de intereses

Los autores de este artículo declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

Referencias

- Asociación Americana de Psiquiatría (APA). (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®)* (5^a Ed.). Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Bandura, A. (2005). *Guide for constructing self-efficacy scales*. En F. Pajares y T. Urdan (Eds.), *Self-efficacy beliefs of adolescents* (pp. 307–337). Greenwich, CT: Information Age Publishing.
- Becoña-Iglesias, E. y Cortés-Tomás, M. (Coords.). (2008). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*. Valencia: Socidrogalcohol.
- De Pascual, R. (2015). *La motivación en terapia: un análisis funcional* (tesis doctoral). Departamento de Psicología Clínica y de la Salud. Universidad Autónoma de Madrid, Madrid.
- Echeburúa-Odriozola, E. (1994). *Evaluación y tratamiento de los trastornos adictivos*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Froján, M. X. (2011). ¿Por qué funcionan los tratamientos psicológicos? *Clínica y Salud*, 22, 201–204.
- Froján-Parga, M. X., Montaña-Fidalgo, M. y Calero-Elvira, A. (2006). ¿Por qué la gente cambia en terapia? *Un estudio preliminar*. *Psicothema*, 18, 797–803.
- Froján, M. X., Montaña, M., Calero, A. y Ruiz, E. (2011). Aproximación al estudio funcional de la interacción verbal entre terapeuta y cliente durante el proceso terapéutico. *Clínica y Salud*, 22, 69–85.
- González-García, C. y Martín-Javato-Romero, L. (2015). Eficacia del tratamiento cognitivo conductual para un caso de bulimia nerviosa. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*, 3(1), 19–41.
- Iorio, D. y Sovinsky, M. (2012). *How Bulimia Nervosa relates to addictive behavior*. Universidad de Zurich. Department of Economics.
- Larimer, M., Palmer, R. y Marlatt, G. A. (1999). *An overview of Marlatt's Cognitive-Behavioral Model*. *Relapse Prevention*, 23(2), 151–160.
- Marlatt, G. A. y Gordon, J. R. (Eds.). (1985). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York: Guilford Press.
- Martin, G. y Pear, J. (2008). *Modificación de Conducta: qué es y cómo aplicarla*. Madrid: Prentice Hall.
- Meule, A., von Rezori, V. y Blechert, J. (2016). Adicción a la comida y bulimia nerviosa. *Revista de toxicómanos (RET)*, 76, 15–24.
- Montaña-Fidalgo, M., Froján-Parga, M. X., Ruiz-Sancho, E. M. y Virués-Ortega, F. J. (2011). El proceso terapéutico momento a momento desde una Perspectiva Analítico-Funcional. *Clínica y Salud*, 22, 101–119.
- Mowrer, O. H. (2006). El psicólogo mira al lenguaje. En E. Ribes y J. Burgos (Coords.), *Raíces históricas y filosóficas del conductismo III* (pp. 371–431). Guadalajara, México: Editorial Universitaria.
- Ruiz-Sancho, E. M., Froján-Parga, M. X. y Calero-Elvira, A. (2013). Análisis de la conducta verbal del cliente durante el proceso terapéutico. *Anales de Psicología*, 29, 779–790.
- Saldaña, C. (2001). *Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario*. *Psicothema*, 13, 381–392.
- Saldaña, C. (2008). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para trastornos de comportamiento alimentario. En M. Pérez, J. R. Fernández-Hermida, C. Fernández-Rodríguez e I. Amigo-Vázquez (Coords.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I* (pp. 141–156). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Sánchez-Hervás, E., Tomás-Gradolí, V. y Morales-Gallús, E. (2014). *Un modelo de tratamiento psicoterapéutico en adicciones*. *Trastornos Adictivos*, 6, 159–166.
- Secades-Villa, R. y Fernández-Hermida, J. R. (2001). *Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína*. *Psicothema*, 13, 365–380.
- Secades-Villa, R. y Fernández-Hermida, J. R. (2008). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: Alcohol, cocaína y heroína. En M. Pérez, J. R. Fernández-Hermida, C. Fernández-Rodríguez e I. Amigo-Vázquez (Coords.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces* (pp. 107–132). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O., Fernández-Hermida, J. R. y Carballo, J. (2007). *Fundamentos psicológicos del tratamiento de las drogodependencias*. *Papeles del psicólogo*, 28, 29–40.
- Segura, M., Sánchez, P. y Barbado, P. (1991). *Análisis funcional de la conducta: un modelo explicativo*. Granada: Servicio de publicaciones de la Universidad de Granada.
- (1970). *Ciencia y conducta humana*. Barcelona: Editorial Fontanella.
- Vives-Montero, M. C. y Ferro-García, R. (2005). Análisis funcional y tratamiento de un caso con bulimia nerviosa. *Análisis y Modificación de Conducta*, 31(135), 77–95.