

## **TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL EN UNA ADOLESCENTE CON TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO**

Isabel Fernández-Montes Rodríguez

Psicóloga Interna Residente de Psicología Clínica, Hospital Punta Europa de Algeciras

Sofía García Sánchez<sup>2</sup>

Médico Interno Residente de Psiquiatría, Hospital Punta Europa de Algeciras

## **A COGNITIVE-BEHAVIORAL TREATMENT IN AN ADOLESCENT WITH OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER**

Isabel Fernández-Montes Rodríguez

Psicóloga Interna Residente de Psicología Clínica, Hospital Punta Europa de Algeciras

Sofía García Sánchez<sup>2</sup>

Médico Interno Residente de Psiquiatría, Hospital Punta Europa de Algeciras

### **Dirección de contacto y envío de correspondencia:**

Isabel Fernández-Montes Rodríguez

Psicóloga Interna Residente de Psicología Clínica

Hospital Punta Europa de Algeciras

E-mail: [chavefdez@hotmail.com](mailto:chavefdez@hotmail.com)

## **Tratamiento cognitivo-conductual en una adolescente con trastorno obsesivo-compulsivo**

### **Resumen**

Presentamos el caso de una adolescente de 17 años diagnosticada de trastorno obsesivo compulsivo (TOC), con la que aplicamos la terapia cognitivo-conductual. La paciente (A) acude derivada por su médico de familia, acompañada de su madre, presentando pensamientos obsesivos y compulsiones de carácter neutralizador. El objetivo del presente artículo es demostrar la eficacia de la terapia cognitivo conductual que incluye técnicas de psicoeducación, exposición con prevención de respuesta, relajación muscular progresiva, autoinstrucciones, técnicas de distracción y reestructuración cognitiva. Para la evaluación de la eficacia se usa la Escala de Ansiedad de Hamilton y el Cuestionario sobre el trastorno obsesivo compulsivo (OCI-R). Los resultados obtenidos en el pre y post tratamiento muestran una disminución en la ansiedad y en las obsesiones y compulsiones.

**Palabras clave:** caso clínico, trastorno obsesivo-compulsivo, adolescente, terapia cognitivo-conductual

## **A cognitive-behavioral treatment in an adolescent with obsessive-compulsive disorder**

### **Abstract**

We present the case of 17 years old adolescent who was diagnosed of obsessive-compulsive disorder (OCD). We applied the cognitive-behavioral therapy with her. The patient (A) comes derived of her family doctor and she comes with her mother. She presents obsessions and neutralizing compulsions. The main aim of this study is presenting the effectiveness of cognitive-behavioral therapy that included psycho-education, exposure and response prevention, progressive muscle relaxation, self-instructions, distraction training and behaviour restructuring. To the evaluation of the effectiveness, we use the Hamilton Anxiety Scale and Cuestionario sobre el trastorno obsesivo compulsivo (OCI-R). The results obtained in the pre and post treatment show a decrease of anxiety and decrease of obsessions and compulsions.

**Key words:** clinical case, obsessive-compulsive disorder, adolescent, cognitive behavioral therapy

## Tratamiento cognitivo-conductual en una adolescente con trastorno obsesivo-compulsivo

### INTRODUCCIÓN:

El término obsesión proviene del latín “obsessio-onis” que significa asedio y la palabra compulsión deriva del latín “compellere”, que significa obligar a hacer. Esta denominación tiene su origen en Alemania, donde Krafft- Ebing (1879) utilizó este término “Zwangsvorstellung” para designar pensamientos a los que la persona no podía resistirse. Se refería tanto a pensamientos como acciones, por lo que en Gran Bretaña se tradujo por *obsesión* y en Estados Unidos por *compulsión*, términos que constituyeron la denominación final del trastorno (Krafft- Ebing, 1867).

El Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) constituye una de las enfermedades más incapacitantes. Los síntomas no tratados pueden aumentar y disminuir, pero generalmente siguen un curso crónico y causan un deterioro funcional marcado en múltiples dominios, incluso en el hogar, la escuela y socialmente. Además, el TOC pediátrico se asocia con un mayor riesgo de otros trastornos psiquiátricos en la edad adulta. (Krebs y Heymam, 2014)

Según el Instituto Nacional de Excelencia para la Salud y los Cuidados (National Institute for Health and Care Excellence, NICE), se estima que el 1-2% de la población presenta un TOC; aunque algunos estudios apuntan a un 2-3% (NICE, 2019). Concretamente, en la infancia y adolescencia la prevalencia se sitúa entre un 0,25% y un 2% (Lenhard y cols, 2017). A menudo, es en la infancia cuando comienza a presentarse los síntomas del TOC, causando una gran afectación en la vida académica, familiar y social de los niños e interfiriendo en su desarrollo cognitivo y psicosocial (Tie y cols., 2019). En niños y adolescentes, la mayoría de estudios en muestras no clínicas parecen respaldar una relación 1:1 en la prevalencia niño-niña (Skapinakis y cols., 2016).

Muchos pacientes describen el comienzo de la psicopatología tras un acontecimiento vital estresante (Westwell-Roper y Stewart, 2019). Aunque es probable que las formas más comunes de TOC sean reconocidas por aquellas personas que las presenten, las menos comunes pueden no ser reconocidas, a veces, durante muchos años (NICE, 2019).

El trastorno obsesivo compulsivo en el DSM-IV se incluía dentro de la categoría de trastornos de ansiedad (APA, 2003) hasta la aparición del DSM-5 en el año 2013 donde aparece en una nueva categoría diagnóstica denominada “Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados”, junto al trastorno de acumulación o la tricotilomanía.

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5, 2013), el trastorno se caracteriza por la presencia de obsesiones y compulsiones. Las obsesiones son descritas como pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento como no deseados o intrusivos y que generan ansiedad o un intenso malestar. La persona en cuestión intenta suprimirlos, ignorarlos o neutralizarlos con algún otro pensamiento o acción ya que reconoce que son producto involuntario de su mente, es decir, vividos de forma egodistónica (DSM-5, 2013). Son pensamientos de mayor entidad que las preocupaciones: el contenido de las preocupaciones puede variar fácilmente, pero el contenido de las obsesiones son relativamente estables y suelen ir acompañados de sentimientos de vergüenza, culpa o temor. (Foa y Wilson, 1992).

El componente compulsivo del TOC se caracteriza por comportamientos o actos mentales llevados a cabo impulsivamente y según ciertas reglas o de forma estereotipada. Normalmente, toman forma de conductas observables, pero pueden manifestarse como comportamientos mentales encubiertos (repetir una palabra cierto número de veces, contar numéricamente de una determinada forma...). Tienden a aparecer de forma ritualizada y recurrentemente. Su ejecución tiene como objetivos: disminuir el malestar asociado a la obsesión y prevenir algún acontecimiento futuro temido o situación. Sin embargo, no en todos los pacientes es posible el establecimiento de una relación lógica entre el ritual y el suceso o acontecimiento que se trata de prevenir.

Las principales diferencias, respecto al DSM-IV son que en el DSM-5 se elimina la obligatoriedad de que el sujeto tenga conciencia de que las obsesiones son producto de su pensamiento y de su irracionalidad y además se incorporan los especificadores de tics e insight.

Según la CIE-10, este trastorno se incluye dentro de Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos, pero en una categoría independiente de los trastornos de ansiedad. Exige que las obsesiones o compulsiones causen gran ansiedad o incapacidad durante la mayor parte del día, al menos, durante dos semanas consecutivas y que no causen placer ni utilidad. Se consideran subtipos en función del predominio: con predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivos, con predominio de actos compulsivos, o con mezcla.

Cuando no se lleva a cabo el ritual, el paciente refiere, objetiva y subjetivamente sintomatología ansiosa y sentimientos persistentes de vacío (Jenike, 2004). Además, la evitación de las situaciones temidas se convierte en una forma transitoria de reducir la ansiedad y los sentimientos de culpa, miedo o vergüenza experimentados (Turner y Beidel, 1992).

Tanto la sintomatología obsesiva como la compulsiva, suelen relacionarse funcionalmente y son reconocidos por el propio paciente como excesivos o irracionales en algún momento del transcurso de la patología. (Foa y cols., 1995).

A día de hoy, varios han sido los enfoques analizados para el tratamiento de este trastorno. No obstante, solo hay dos tratamientos con una base de evidencia establecida en el tratamiento: el tratamiento farmacológico mediante inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y la terapia cognitivo-conductual (TCC) implicando la exposición con prevención de respuesta (EPR) (Krebs y Heyman, 2014).

En el TOC, tanto la medicación como la terapia psicológica son efectivas; siendo el “estándar de oro” la terapia cognitivo-conductual dirigida por un terapeuta, con sesiones semanales de una hora, cara a cara, de 12 a 16 semanas de duración (Richards, D.A. y cols., 2016).

Los ensayos controlados aleatorios (ECA) han demostrado que la TCC es un tratamiento eficaz para el TOC pediátrico. El tratamiento se asocia con una reducción del 40% al 65% en los síntomas y puede ser efectivo para niños de hasta 3 años cuando se administra en un formato apropiado para el desarrollo (Krebs y Heyman, 2014).

Respecto al tratamiento farmacológico, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) se han considerado el tratamiento de primera línea en el TOC con criterio de abordaje farmacológico, siendo poco invasivos, y numerosos estudios han demostrado su eficacia frente a otro tipo de antidepresivos, que presentan mayor probabilidad de efectos secundarios (Irfan, Khalid y Waqar, 2011).

En línea con la sólida base de evidencia, existe un consenso internacional de que la TCC debe ofrecerse a todos los jóvenes con TOC y debe ser el tratamiento de primera línea en casos leves a moderados de TOC. En los casos más graves o en los que los pacientes no responden a la TCC, los fármacos deben ser considerados además de la TCC. Solo un estudio hasta la fecha ha comparado directamente la eficacia de la TCC vs. la medicación con ISRS en el TOC pediátrico. Este estudio encontró que la TCC y la sertralina se asociaron con niveles comparables de reducción de síntomas, pero que el tratamiento combinado de TCC e ISRS se asoció con resultados superiores. Más recientemente, el mismo grupo ha investigado el grado en que la TCC mejora los resultados entre los jóvenes que reciben IRS para el TOC. Descubrieron que las personas que recibieron TCC en comparación con el manejo de medicamentos solo tuvieron mejores resultados, lo que indica que la combinación de TCC y medicamentos es superior a la medicación como monoterapia en el TOC pediátrico (Krebs y Heyman, 2014).

Un desafío clínico importante es la difusión de la TCC de buena calidad a los jóvenes con TOC. Desafortunadamente, la gran mayoría de los pacientes con TOC no logran acceder a la TCC debido a las barreras geográficas y / o la escasez de terapeutas

adecuadamente entrenados. En los últimos años, la investigación ha comenzado a centrarse en el desarrollo de métodos basados en la evidencia para aumentar la disponibilidad y el acceso a la TCC. Los enfoques novedosos que han demostrado ser prometedores incluyen la TCC administrada por teléfono o cámara web y la TCC por Internet con un aporte mínimo del terapeuta. Si bien se requiere una validación adicional, estos métodos tienen el potencial de transformar la prestación de servicios para esta población (Krebs y Heyman, 2014).

En este artículo se presenta el proceso de evaluación y abordaje terapéutico de una paciente diagnosticada de trastorno obsesivo compulsivo, mediante el marco de la terapia cognitivo conductual, apoyándose en la evidencia señalada para la eficacia de los tratamientos de primera elección, adaptadas a las características del caso clínico en cuestión.

## **PRESENTACIÓN DEL CASO**

### **Descripción del caso**

Se describe el caso de una adolescente de 17 años (A.) que acude a la consulta de una Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil, acompañada de su madre, tras la derivación de su médico de Atención Primaria por presentar síntomas compatibles con un Trastorno Obsesivo-Compulsivo. Se trata de una joven, hija de padres divorciados hace 10 años, que convive actualmente con su madre. Refiere tener buena relación tanto con el padre como con la madre. Está escolarizada en 2º de Bachillerato, con un rendimiento académico medio. Tiene pareja desde hace 2 años.

### **Motivo de consulta**

En la primera consulta, A. acompañada de su madre, describe el motivo de consulta como “tengo ciertas manías que si no las hago me entra ansiedad”. Le pedimos que enumere esas “manías”:

- “Si no meriendo a las seis y media todos los días, creo que me va a doler el estómago”.
- “Si alguien ha encendido la luz, tiene que ser esa persona quien también la apague, sino me pongo muy nerviosa y me entra ansiedad”.
- “Si me pongo una prenda de ropa y ese día me ocurre algo malo, ya no me la vuelvo a poner porque creo que me trae mala suerte”.
- “Me tengo que ir a dormir a las once de la noche, porque si no creo que me pondré enferma”.
- “Tengo que salir a comprar por la mañana porque si compro por la tarde me empiezo a encontrar mal y creo que me pondré mala”.

Comenta que si no realiza algunas de estas “manías”, se encuentra mal, con náuseas, temblor en el cuerpo, dificultad para respirar... Es decir, síntomas ansiosos que, más adelante, veremos que ella interpreta como signos de enfermedad física.

### **Historia del problema**

Presenta estos pensamientos obsesivos y compulsiones desde hace un año aproximadamente. Decide acudir a consulta en el momento actual ya que las obsesiones le ocupan la mayoría de su tiempo y ha disminuido el tiempo de estudio, por lo que su rendimiento académico ha empeorado en el último curso. Ninguno de los síntomas se presentan en el contexto escolar; la mayoría de veces surgen en su casa.

Al preguntarle si podría identificar cuándo y por qué comenzaron los síntomas, señala que cree que fue un día salió a cenar con su pareja. Ingirió una gran cantidad de comida, por lo cual tuvo un fuerte dolor de estómago. Como normalmente a la hora a la que ocurrió esto, ella solía estar en la cama, creyó que ese malestar físico podría haber surgido por no estar a esa hora durmiendo. Se dijo a sí misma que, a partir de ese momento, se iría a dormir todos los días a las 23.00h para que no le volviera a pasar. A partir de ahí, comienza a hacerlo y al ver que no tenía síntomas físicos de dolor de estómago, confirma su idea de que tiene que hacerlo para estar sana. Tras este episodio, comienzan a generalizar las obsesiones y compulsiones a otras actividades y contextos: tiene que merendar a las 18:30; sólo puede salir a comprar por la mañana; si alguien enciende la luz, esa persona tiene que apagarla también, etc.

A. reconoce la irracionalidad de sus pensamientos, pero afirma no poder controlarlos y, por ello, realiza las compulsiones una y otra vez, reafirmando su pensamiento de que son necesarias para encontrarse bien.

La madre comenta que siempre ha sido una niña con muchos miedos, muy ansiosa; describe alguna crisis de ansiedad en los momentos de visitas programadas con padre (ambos progenitores tienen la custodia compartida de A.). Cuando esto empezó a ocurrir, dejaron de programar visitas con el padre y, actualmente, no lo ve a menudo. También la define como una joven insegura, con una baja autoestima. La madre reconoce que ante la percepción de estas reacciones ansiosas de A., la ha sobreprotegido, favoreciendo la continuación de las “teorías” de A. Ésta confirma lo que cuenta la madre en consulta.

También refieren que cuando era más pequeña tenía problemas para quedarse sola o separarse de la madre; aunque afirman que actualmente no persisten dificultades al respecto.

Por otro lado, al preguntar por los antecedentes familiares en la familia, la madre indica que ella toma de manera puntual tratamiento farmacológico para reducir su nivel



de ansiedad ya que también se define como una persona ansiosa, con dificultad para afrontar determinados problemas de la vida diaria. Comenta que tiene tendencia al orden y que su casa, donde convive con A., tiene que estar siempre perfecta y que si, por ejemplo, le mueven un sillón de sitio, ella tiene que volver a colocarlo como estaba porque si no “me pongo nerviosa”.

A. hace partícipes a la madre y a la pareja de sus compulsiones ya que respetan y comparten con ellas las horas marcadas para merendar y para dormir; si les pide que apaguen la luz lo hacen, etc. Ellos refieren que le hacen caso porque ven que si no se pone mal y comienzan los síntomas de ansiedad.

### **Exploración**

En el momento de la primera consulta, se encuentra consciente y orientada en las tres esferas, mostrándose adecuada, colaboradora y motivada para iniciar el tratamiento psicológico. Se muestra eutímica. Con signos y síntomas de ansiedad. Síntomas obsesivos y compulsivos de neutralización. Rasgos ansiosos de personalidad. No se observan signos ni síntomas de orden psicótico. Las funciones cognitivas superiores están conservadas. Muestra un lenguaje fluido, adecuado al contexto, con buena resonancia afectiva. No hay alteración en el patrón del sueño ni de la alimentación.

### **EVALUACIÓN**

Con el fin de explorar la sintomatología de la paciente, se emplearon las siguientes técnicas de evaluación:

- **Evaluación inicial y continuada** durante las sesiones de evaluación e intervención. Se llevó a cabo mediante entrevista clínica semi-estructurada, con el fin de recoger información sobre el inicio y el mantenimiento de los síntomas y poder desarrollar las hipótesis sobre el caso y el análisis funcional del mismo.
- **Escala de Ansiedad de Hamilton** (Lobo y cols, 2002): se trata de una escala heteroadministrada, en la que el entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma. Los puntos de corte que se proponen para los tipos “Ansiedad psíquica” y “Ansiedad somática” son los siguientes: puntuación de 0 a 5: no ansiedad; puntuación de 6 a 14: ansiedad leve; puntuación de 15 o más: ansiedad moderada/grave. Para la “Ansiedad total”, se proponen esas mismas puntuaciones multiplicadas por dos, es decir: de 0 a 10/11: no ansiedad; de 12 a 28/29: ansiedad leve; y de 30 o más: ansiedad moderada/grave. Es sensible a las



variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento (Hamilton, 1959). La puntuación de A. fue:

- **Ansiedad psíquica:** 11 de 28. Esta puntuación, según los puntos de corte indicados arriba, corresponde a una ansiedad “leve”.
  - **Ansiedad somática:** 7 de 28. Esta puntuación, según los puntos de corte indicados arriba, corresponde a una ansiedad “leve”.
  - **Ansiedad total:** 18 de 28. Esta puntuación, según los puntos de corte indicados arriba, corresponde a una ansiedad “leve”.
- **Cuestionario sobre el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (OCI-R)** (Foa, Huppert, Leiberg, Langner, Kichic, Hajcak, G., y cols, 2002): es un instrumento de elección para la evaluación de los síntomas más comunes y habituales del trastorno obsesivo-compulsivo. Cuenta con seis escalas dirigidas a evaluar las diferentes áreas problemáticas en el TOC. Dichas escalas son: Limpieza, Acumulación, Neutralización, Orden, Obsesión y Comprobación. Además, también se obtiene una puntuación total, suma de las diferentes sub-escalas. Se considera significativo cuando la puntuación iguala o supera el punto de corte de 6. La puntuación de A. en las diferentes escalas fue:
- **Limpieza:** 0. No supera el punto de corte.
  - **Acumulación:** 1. No supera el punto de corte.
  - **Neutralización:** 6. Supera el punto de corte.
  - **Orden:** 9. Supera el punto de corte
  - **Obsesión:** 4. No supera el punto de corte.
  - **Comprobación:** 1. No supera el punto de corte.
- Durante la evaluación e intervención terapéutica, la paciente trae varios auto-registros que se describirán más adelante.

## DIAGNÓSTICO CLÍNICO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

En base a la información obtenida a través de las diversas entrevistas, sesiones y escalas que se administraron, se considera que la paciente A., cumple los criterios diagnósticos DSM-5 (APA, 2014) para F.42 Trastorno Obsesivo Compulsivo [300.3].

Respecto al diagnóstico diferencial:

“El trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica” y “el trastorno de ansiedad inducido por sustancias” se descartan debido a la no existencia de un cuadro médico orgánico causante de la sintomatología en el primer caso, y la ausencia de consumo de sustancias, en el segundo caso.

Por otro lado, no nos encontramos ante un trastorno depresivo mayor, porque aunque en ambos existe una preocupación excesiva, en éste, los pensamientos son congruentes con el estado de ánimo y no tienen por qué experimentarse como intrusivos

o preocupantes y, además, las obsesiones no están vinculadas a las compulsiones, como tiene lugar en el caso que tratamos.

A su vez, la sintomatología descrita nos permite descartar otros trastornos obsesivos compulsivos como el trastorno dismórfico corporal, donde las obsesiones y las compulsiones se limitan a la preocupación por la apariencia física; la tricotilomanía, donde el comportamiento compulsivo se limita a tirarse del pelo en ausencia de obsesiones; y el trastorno por acumulación, donde los síntomas se centran exclusivamente en la persistente dificultad de descartar o separarse de las posesiones, en la marcada angustia que se asocia con la eliminación de artículos y en la acumulación excesiva de objetos.

Por otra parte, la ausencia de ideas delirantes y la vivencia de los pensamientos de forma egodistónica nos permite diferenciarlo de un trastorno psicótico. Asimismo, nos faltarían otras características de la esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo como son las alucinaciones o los trastornos formales del pensamiento.

Finalmente, conviene prestar atención con respecto a la diferenciación con la personalidad obsesivo-compulsiva, ya que aunque tienen nombres similares, las manifestaciones de estos trastornos son diferentes. Este trastorno de personalidad no se caracteriza por pensamientos intrusivos, impulsos o conductas repetitivas que se realizan en respuesta a estas intrusiones, sino que implica una mala adaptación permanente y generalizada, un patrón de perfeccionamiento excesivo y un rígido control.

## **FORMULACIÓN CLÍNICA DEL CASO**

Explicaremos el caso que se nos presenta desde dos modelos teóricos diferentes:

Por un lado, desde un enfoque basado en la teoría del aprendizaje, recurrimos al modelo bifactorial de Mowrer (1960). Este autor propone que la primera fase, en la que se adquiere el síntoma obsesivo-compulsivo se produce por condicionamiento clásico en el que se produce una respuesta condicionada de ansiedad. Un ejemplo de los elementos que compondrían el modelo, aplicado a nuestro caso, sería:

- Estímulo Incondicionado: Ingesta de una gran cantidad de comida.
- Estímulo Condicionado: Ese día se acuesta más tarde de lo normal.
- Respuesta Incondicionada y Condicionada: malestar, náuseas, dolor de tripa, ansiedad...

A. nos cuenta que relacionó haberse acostado más tarde de lo normal con síntomas físicos como malestar, náuseas, dolor de tripa, ansiedad... De manera lógica, el estímulo que provocó esos síntomas fue el haber comido una gran cantidad de comida

aquella noche. Pero A. tras esos síntomas, interpreta que al haberse acostado más tarde de lo normal es lo que ha provocado ese malestar físico → **Hipótesis de inicio**.

Después, la segunda fase es producida por condicionamiento instrumental u operante. Antes de que pueda aparecer el estímulo condicionado de acostarse más tarde de lo normal, A. evita esa situación estableciendo una hora fija a la que acostarse (a las 23:00h.), lo cual hace que evite la exposición a la situación de acostarse más tarde de lo habitual y así evita la respuesta de ansiedad condicionada. → **Hipótesis de mantenimiento**.

Tras estos dos tipos de condicionamiento, A. comienza a **generalizar** su conducta a otras situaciones. Por ejemplo, determina que también merendará todos los días a la misma hora. Incluso lo generaliza a estímulos que no están relacionados con establecer horas concretas para hacer algo; por ejemplo, si alguien enciende la luz esa persona también tiene que apagarla. Cuando no ocurren las compulsiones que “calman” sus obsesiones, se produce una respuesta de ansiedad que hará que la próxima vez busque realizar la respuesta compulsiva y así evitar que se produzca síntomas ansiosos.

Otro de los modelos que hemos utilizado para describir el caso de A. es el basado en el aprendizaje social: **Rachman** propone medios como el **modelado y la transmisión de la información, así como los estilos de crianza** usados por los padres para explicar la adquisición de los síntomas obsesivo-compulsivos (Rachman, 1976). La madre de A. es una mujer con tendencia a la ansiedad, con ciertas obsesiones relacionadas con el orden en casa. Por lo que cuentan en consulta, A. ha ido adquiriendo a lo largo de su infancia y adolescencia obsesiones relacionadas con el orden (supera el punto de corte en OCI-R); probablemente mediante aprendizaje vicario de la madre.

En la siguiente tabla se incluye de forma esquemática lo descrito arriba y se añaden algunos puntos que ayudan a entender el análisis del caso:

ANTECEDENTES	CONDUCTA	CONSECUENTES
Predisponentes: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Separación de los padres hace 10 años.</li> <li>- Antecedentes familiares.</li> <li>- Sobreprotección materna.</li> <li>- Baja autoestima.</li> <li>- Rasgos de personalidad ansiosa.</li> <li>- Madre con rasgos obsesivos.</li> </ul>	Síntomas fisiológicos o emocionales: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Malestar físico.</li> <li>- Dolor de estómago.</li> <li>- Náuseas.</li> <li>- Temblor.</li> <li>- Dificultades respiratorias.</li> </ul>	A corto plazo: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Disminución de la urgencia compulsiva tras la ejecución de la compulsión.</li> <li>- Disminución de la ansiedad anticipatoria de que vaya a ocurrir lo que teme si no realiza la compulsión.</li> <li>- Aumenta la sensación de control.</li> <li>- Confirmación de las creencias (síntomas subjetivos/cognitivos).</li> </ul>

<p>Desencadenantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dolor de estómago y malestar tras gran ingesta de comida.</li> </ul>	<p>Síntomas subjetivos o cognitivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Interpretación de los síntomas físicos como consecuencia de no realizar las compulsiones.</li> <li>- Valoración irreal de la posible amenaza que supone no realizar las compulsiones.</li> <li>- Evaluación equivocada sobre su capacidad para hacer frente a la situación.</li> <li>- Necesidad de controlar la ansiedad mediante las compulsiones.</li> </ul>	<p>A medio/largo plazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumento de la ansiedad anticipatoria.</li> <li>- Potenciación y generalización de sus creencias de unos estímulos a otros.</li> <li>- Limitación en su vida diaria.</li> <li>- Disminución de su autoestima.</li> </ul>
	<p>Síntomas conductuales o motores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Actos compulsivos que neutralizan sus obsesiones.</li> <li>- Petición a su madre y pareja de que también ellos realicen las compulsiones.</li> </ul>	

## TRATAMIENTO

### Objetivos de intervención

El objetivo general se definió como la disminución de obsesiones, compulsiones y rituales para obtener una mejoría en la calidad de vida de A.

Los objetivos específicos junto con las técnicas empleadas para conseguirlos se describen a continuación:

- Reducir las respuestas de ansiedad a nivel cognitivo, fisiológico y motor. Disminuir el nivel general de activación, dotando a la paciente de herramientas para el control de activación fisiológica.
  - ✓ Las técnicas empleadas fueron: psicoeducación, exposición con prevención de respuesta, relajación muscular progresiva, autoinstrucciones, técnicas de distracción.
- Disminuir los pensamientos indeseados y modificar su interpretación como amenazantes.
  - ✓ Las técnicas empleadas fueron: psicoeducación, reestructuración cognitiva, experimentos conductuales.
- Eliminar rituales y actos compulsivos.
  - ✓ Las técnicas empleadas fueron: psicoeducación, exposición con prevención de respuesta, autorregistro de exposición.

- Extender el foco de atención a información no amenazante otorgando herramientas para la identificación del sesgo atencional e interpretativo.
  - ✓ Las técnicas empleadas fueron: psicoeducación, reestructuración cognitiva, técnicas de distracción.
- Reajustar la percepción de responsabilidad.
  - ✓ Las técnicas empleadas fueron: psicoeducación, reestructuración cognitiva mediante reatribución.
- Incrementar la autoestima de la paciente y variar el lenguaje empleado para referirse a uno mismo.
  - ✓ Las técnicas empleadas fueron: psicoeducación, reestructuración cognitiva, autorregistros, experimentos conductuales.
- Ganar flexibilidad cognitiva aportando herramientas que permitan identificar y reestructurar el pensamiento polarizado y la sobregeneralización.
  - ✓ Las técnicas empleadas fueron: psicoeducación, reestructuración cognitiva, experimentos conductuales.
- Mejorar la autoestima.
  - ✓ Las técnicas empleadas fueron: reestructuración cognitiva, experimentos conductuales, autorregistros sobre los éxitos que va logrando.

## Tratamiento

La frecuencia con la que nos citábamos con la paciente era quincenalmente, en sesiones de una hora de duración cada una.

A continuación, se describe qué técnicas han sido utilizadas en cada sesión de tratamiento.

### Sesión 1 y 2

#### *Recogida de datos pre-tratamiento*

Las primeras sesiones fueron dedicadas a la recogida de datos y evaluación psicológica mediante la entrevista clínica y los instrumentos descritos anteriormente (Escala de ansiedad de Hamilton y OCI-R).

Además de los datos recogidos durante las dos primeras sesiones; en la primera de ellas, pedimos a A. que para la siguiente trajera un Autorregistro diario de todas sus obsesiones y compulsiones. Le planteamos que hiciera una tabla con tres columnas: qué piensas antes de realizar el ritual compulsivo (obsesión), el ritual compulsivo (compulsión) y qué piensas/sientes tras realizarlo. Vamos a ver un ejemplo de registro que trajo la paciente en la segunda consulta:

OBSESIÓN	COMPULSIÓN	PENSAMIENTO POSTERIOR
“Si no meriendo a las 18:30, me va a pasar algo malo... Me va a doler el estómago”	Meriendo a las 18:30	“Ya estoy tranquila... Ya no me va a doler el estómago y pasaré bien el resto del día”

### *Psicoeducación*

En la segunda sesión, tras la recogida de datos mediante la entrevista clínica, pruebas psicológicas (Escala de Ansiedad de Hamilton y OCI-R) y el autorregistro, se lleva a cabo una intervención psicoeducativa en la que se explica algunos aspectos del Trastorno Obsesivo-Compulsivo:

- Se le explicó qué es una obsesión y qué es una compulsión desde un punto de vista teórico. Y, después, se adaptaron estos conceptos a su caso concreto para que pudiera entenderlo mejor. Por ejemplo, se le explicó que una obsesión es un pensamiento persistente que interrumpe la actividad mental de una persona, produciéndole malestar, y que esta persona tiene la necesidad de resistirse o neutralizarla. Le indicamos que una obsesión en su caso sería: “si no meriendo a las seis y media todos los días, creo que me va a doler el estómago”. Por otro lado, se le explicó que una compulsión es una conducta repetitiva en respuesta a una obsesión, cuya finalidad es reducir el malestar de ésta o impedir algún daño anticipado. En su caso, le indicamos que como respuesta a la obsesión anterior, su compulsión era merendar a las seis y media todos los días.
- Se le explicó el modelo explicativo que utilizamos en su caso. Este incluyó la hipótesis de inicio, hipótesis de mantenimiento y análisis funcional. Lo hicimos desde el modelo bifactorial de Mowrer y desde el modelo basado en el aprendizaje social de Rachman.
- Se le explicó algunas de las técnicas que íbamos a plantearle para que trabajara su problema: exposición con prevención de respuesta, autoinstrucciones, reestructuración cognitiva, relajación muscular progresiva, experimentos conductuales...

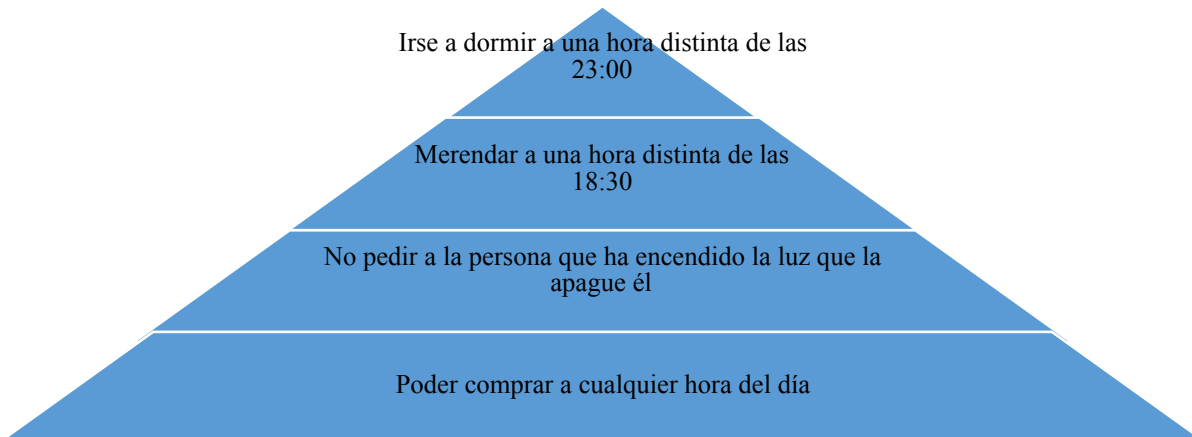
Como tarea, se le indicó que siguiera registrando sus obsesiones, compulsiones y pensamientos posteriores (como en la tabla anterior) para tener una muestra del problema fuera de la consulta.

### Sesión 3

En la tercera sesión continuamos trabajando con el autoregistro que trae de casa. Le planteamos la primera de las técnicas que llevaríamos a cabo:

### *Exposición con prevención de respuesta*

En primer lugar, realizamos una jerarquía de ítems a los que exponerse, desde el que para ella era más fácil (base de la pirámide) al más difícil (vértice de la pirámide). De modo que, quedó así:



Para empezar, pautamos las siguientes exposiciones para los dos primeros ítems de la jerarquía:

- Para “poder comprar a cualquier hora del día”, le indicamos que en un mismo día vaya a comprar al supermercado por la mañana y de compras de ropa por la tarde. Repetirlo 3 veces por semana.
- Para “no pedir a la persona que ha encendido la luz que la apague él”, le indicamos que cada vez que alguien encendiera la luz en su casa, que fuera ella misma quien la apagara. En este ítem concreto, pedimos la colaboración de la familia (madre y pareja) ya que queremos evitar los rituales de reaseguración que refuercen el mantenimiento de las conductas compulsivas y de las obsesiones. Así, les indicamos que, aunque ellos enciendan la luz, no sean ellos quien la apaguen, aunque A. así se lo pida para calmar su ansiedad.

### *Autoinstrucciones*

Acompañando a estas exposiciones, le indicamos que llevara a cabo la técnica de Autoinstrucciones. Se le indicaron frases que podía decirse a sí misma para reducir su ansiedad y exponerse: “venga A., que no va a pasar nada...”, “date cuenta que tus pensamientos pueden engañarte y son irracionales”, “tú sólo prueba a hacerlo y a ver qué pasa luego...” “soy valiente y voy a poder superar este problema”. Con este cambio de lenguaje interior, se pretendía dotar de autoconfianza a A. para facilitar la exposición a los ítems temidos.



*Autorregistros*

Le pedimos que al final de cada día, realice un escrito sobre qué piensa y cómo se siente tras no haber realizado la compulsión y cuánta intensidad del 0 al 10 tiene su pensamiento obsesivo.

También se le pide que, durante el tiempo que dure la intervención, vaya marcando en un calendario mensual los días que realiza adecuadamente la tarea. Lo marcará coloreando el día de color verde. Lo traerá en cada sesión para poder comprobar visualmente cómo es su evolución.

Sesión 4

En la cuarta sesión, se revisó cómo habían ido las indicaciones de exposición que habíamos dado en la sesión anterior. A. nos cuenta que las ha realizado con éxito y nos trae el escrito de final del día. En éste, escribe que, tras varios días realizando las exposiciones sin que le haya ocurrido lo que ella temía (que le doliera el estómago, por ejemplo), el nivel de intensidad de su pensamiento obsesivo va disminuyendo con el paso de los días.

*Reestructuración cognitiva*

Pese a eso, A. continúa teniendo ciertos pensamientos distorsionados; por lo que, entendemos que es el momento de intervenir con la Reestructuración cognitiva. Intentamos que, de manera dialéctica, vaya tomando conciencia de los pensamientos propios del TOC y que vaya generando pensamientos alternativos. Lo hacemos mediante preguntas; por ejemplo:

- Pensamiento de A.: “si no meriendo a las 18:30, me va a doler el estómago, voy a tener náuseas y voy a acabar el día vomitando”.
- Pregunta del psicólogo: “¿cuántas veces, en tus 17 años de vida, has merendado a una hora distinta y has tenido náuseas y vómitos?”.
- Respuesta de A.: “casi ninguna que yo recuerde...”.
- Pregunta del psicólogo: “¿entonces cómo puedes tener como verdadero un pensamiento que casi nunca se ha demostrado?” “¿podrías buscar pruebas de lo contrario, es decir, probar a no merendar a las 18:30 y ver si después te duele el estómago, tienes náuseas y vomitas?”.
- Respuesta de A.: “va a costarme pero voy a intentarlo”.

*Exposición con prevención de respuesta*

Viendo el éxito de los dos primeros ítems de la exposición, procedemos a trabajar el tercero. Para “merendar a una hora distinta de las 18:30”, le indicamos que vaya

retrasando un minuto por día la hora de la merienda. Es decir, el mismo día de la sesión, merendará a las 18:31; al día siguiente a las 18:32; al día siguiente a las 18:33, y así sucesivamente hasta la próxima vez que nos citemos. Le volvemos a pedir que realice el escrito diario sobre qué piensa y cómo se siente al respecto. Le pedimos que lo acompañe de Autoinstrucciones y, además, añadimos una nueva técnica que realizará media hora antes de la merienda: la relajación muscular progresiva (Díaz-Sibaja, Comeche y Moreno, 2009).

## Sesión 5

### *Exposición con prevención de respuesta*

En esta sesión, pasamos a trabajar el cuarto y último ítem de la jerarquía propuesta: “irse a dormir a una hora distinta de las 23:00”. Como exposición, utilizamos el mismo método que en el ítem anterior; es decir, el mismo día de la sesión, se irá a dormir a las 23:01; al día siguiente a las 23:02; al día siguiente a las 23:03, y así sucesivamente hasta la próxima vez que nos citemos. Al igual que en la sesión anterior, se le pide que realice el escrito diario que recoja pensamientos y sentimientos relacionados, las autoinstrucciones y la relajación muscular progresiva.

### *Técnicas de distracción*

Por último, introducimos otra técnica para ayudar a mantener la atención ocupada durante los minutos previos a la exposición. Se trata de algunas técnicas de distracción:

- “Elige un objeto y descríbelo con todo lujo de detalles: elige un objeto de la habitación. Vas a intentar describirlo con todo lujo de detalles, atendiendo a sus colores, formas, texturas, etc.” (Díaz-Sibaja, 2019).
- “¡Qué bonitos recuerdos”: en este ejercicio debes describir con todo lujo de detalles un recuerdo que te haga sentir feliz. Debes incluir en la descripción lo que veas, oías, etc. No olvides que no importa lo bien o mal que redactes, lo que importa realmente es que evoques la situación con todo lujo de detalles”. (Díaz-Sibaja, 2019).

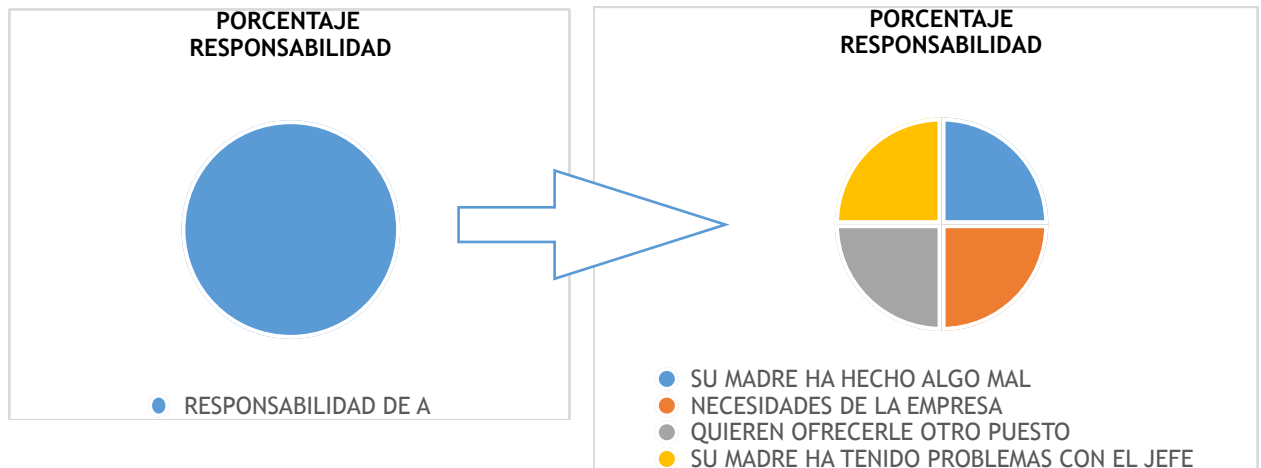
## Sesión 6

A. sigue realizando con éxito todas las tareas; incluso, nos comenta que ya ni mira la hora ni en la merienda ni a la hora de dormirse.

### *Reestructuración cognitiva*

Si bien, ocurre un suceso que ha hecho que A. vuelva a tener ciertos pensamientos distorsionados, que trabajamos mediante la Reestructuración Cognitiva. Durante las dos semanas que habían pasado hasta la quinta sesión, su madre recibió una mala noticia: la

despedían del trabajo. Nos comenta que hubo un par de días que se planteó si había sido por la falta de control de horarios que estaba teniendo. Proponemos a A. la tarea de dar un porcentaje de responsabilidad a aquellos factores que hubieran podido influir en el suceso. Es decir, pasar de darse un 100% de responsabilidad del despido, a “repartir” dicha responsabilidad de la siguiente manera:



### Sesión 7 y 8

#### *Recogida de datos post-tratamiento*

Por último, A. realiza los cuestionarios de ansiedad de Hamilton y el OCI-R para tener una muestra de las variables estudiadas tras el tratamiento.

#### *Prevención de recaídas*

Realizamos un repaso de todas las técnicas aprendidas en estas semanas y se insiste en el mantenimiento de las conductas adquiridas.

Devolvemos los resultados que hemos recogido mediante las pruebas citadas anteriormente: datos pre y postratamiento y la comparación entre ellos. Se hace un balance de los logros de A., reforzando su mejoría y avance. También se plantean las dificultades que ha presentado, a las que tendrá que estar alerta en un futuro, considerándolas como señales de alarma que pueden indicar el comienzo de una recaída.

Se da el alta terapéutica.

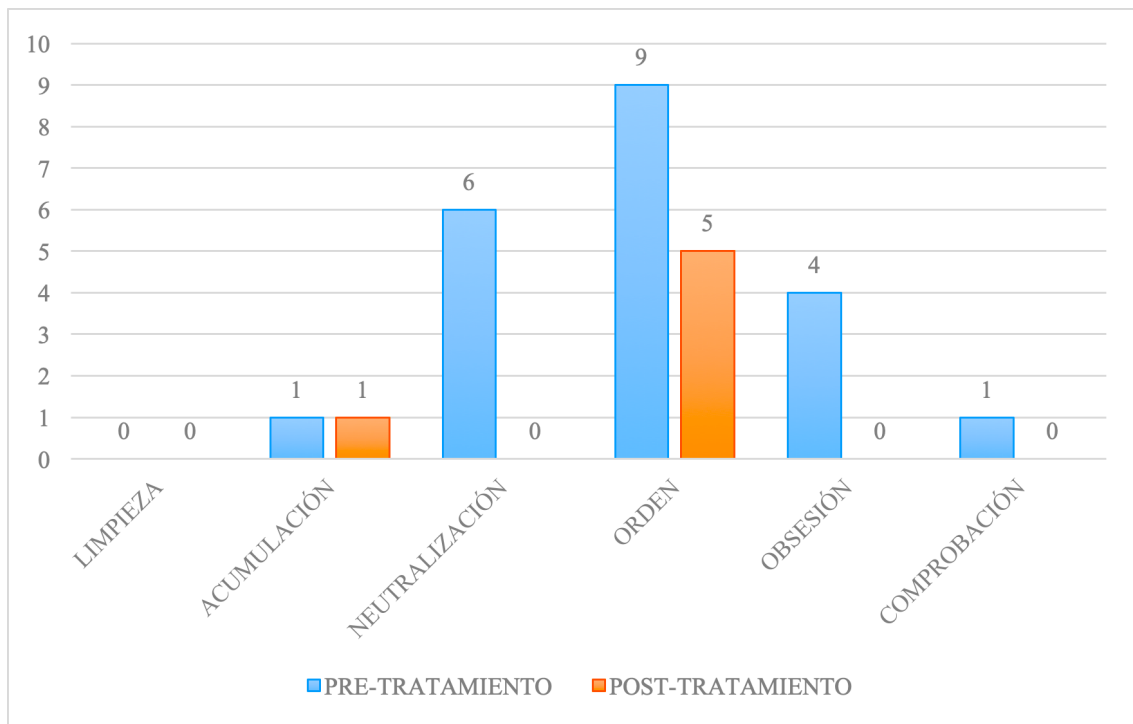
## RESULTADOS PRE-POST TRATAMIENTO

En la última sesión, tras haber conseguido la mayoría de objetivos propuestos, se realiza una evaluación post-tratamiento. Para ello, se vuelven a administrar los instrumentos utilizados en la evaluación inicial, que ya fueron descritos anteriormente.

- **Escala de Ansiedad de Hamilton** (Hamilton, 1959), se obtuvieron los siguientes resultados, antes y después del tratamiento:

	PRE-TRATAMIENTO	POST-TRATAMIENTO
ANSIEDAD PSÍQUICA	11/28 (ansiedad leve)	4/28 (no hay ansiedad)
ANSIEDAD SOMÁTICA	7/28 (ansiedad leve)	1/28 (no hay ansiedad)
ANSIEDAD TOTAL	18/28 (ansiedad leve)	5/28 (no hay ansiedad)

- **Cuestionario sobre el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (OCI-R)**, se obtuvieron los siguientes resultados, antes y después del tratamiento:



## CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

Mediante este artículo se ha querido exponer el uso de la terapia cognitivo-conductual en un caso de una adolescente diagnosticada de trastorno obsesivo compulsivo. A su vez, pretendíamos demostrar la eficacia de este modelo terapéutico aplicado a la sintomatología del TOC.

En este caso, hemos llevado a cabo durante ocho sesiones una intervención conductual que ha incluido: exposición con prevención de respuesta, relajación muscular progresiva, experimentos conductuales; y una intervención de corte cognitivo que ha incluido autoinstrucciones, técnicas de distracción y reestructuración cognitiva.

Los resultados post- tratamiento indican una disminución en el nivel de ansiedad de A. (se reduce la puntuación de 18/28 a 5/28, es decir, pasa de incluirse en la categoría “ansiedad leve” a la categoría “no ansiedad”).

Respecto a los resultados del OCI-R se observa una disminución de las escalas que superaban los puntos de corte, es decir, la escala de Neutralización, que se reduce de 6 a 0; y la escala de Orden que se reduce de 9 a 3.

Si analizamos de forma aislada los resultados obtenidos en cada escala, se comprueba que ha tenido lugar una mayor disminución en la escala de Neutralización. Se infiere, pues, que esto puede deberse a que las técnicas empleadas en la intervención psicológica se han enfocado en superar los rituales de Neutralización de A.

No obstante, la puntuación post – tratamiento en la escala Orden continúa siendo alta, aunque no supere el punto de corte. Se podría explicar por el hecho de que las obsesiones y compulsiones relacionadas con el orden no formaban parte de la sintomatología principal que presentaba A. y, por tanto, la intervención no fue orientada a este factor.

En general, se puede afirmar que la calidad de vida de la paciente A. ha mejorado notablemente y esto puede inferirse por los siguientes indicadores: verbalizaba una mejor relación con sus principales apoyos: su madre y su pareja actual. Además, en las últimas sesiones refería “me siento más tranquila”, “estoy menos pendiente de cosas que antes me preocupaban”. Con esto se deduce una reducción de su ansiedad basal y de su conducta hipervigilante.

Estos resultados, en términos de efectividad, han podido alcanzarse gracias a la motivación y compromiso de A. desde la primera hasta la última sesión. También, tenemos que destacar la regularidad en la asistencia a las citas programadas, así como la adherencia total al abordaje terapéutico.

Respecto a las limitaciones de este estudio, se considera que sería oportuno tanto tener una muestra amplia como disponer de un grupo control, que permitiera aumentar la validez de los resultados. Asimismo, sería recomendable realizar sesiones de seguimiento posteriores a la finalización del tratamiento, para poder valorar el mantenimiento a largo plazo de los cambios obtenidos en A.

Finalmente, sería importante analizar el peso de los distintos componentes del programa para comprobar aquellos que son más eficaces o eficientes, y así, poder optimizar y economizar los recursos que se emplean en la intervención.

## REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4ª edición (DSM-IV)*. Washington: APA.
- American Psychiatric Association (APA) (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4ª edición (DSM-IV-TR)*. Washington: APA.
- American Psychiatric Association (APA) (2013). *DSM-5 Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4ª edición (DSM-5)*. Washington: APA.
- Belloch y cols. (2013). Validación para su uso en castellano en población clínica. *Journal of Obsessive Compulsive and Related Disorders*, 2, 249-256.
- Díaz-Sibaja, M. A., Comeche, I. M. y Moreno, I. (2009). *Entrenamiento en Relajación Muscular Progresiva*. Madrid: Publicaciones [www.psicologiadelasalud.es](http://www.psicologiadelasalud.es)
- Díaz-Sibaja, M. A. (2019). *Cuida tus emociones*. Madrid: Publicaciones [www.psicologiadelasalud.es](http://www.psicologiadelasalud.es)
- Douglass, H.M., Moffitt, T.E., Dar, R., McGee, R y Silva, P. (1995). Obsessive-compulsive disorder in a birth cohort of 18-years-old: prevalence and predictors. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34, 1424-1431.
- Flament, M.F. y cols. (1988). Obsessive compulsive disorder in adolescence: an epidemiological study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 27, 764-671.
- Foa y cols. (2002). The obsessive-compulsive inventory short versión. *Psychological Assessment*, 14, 485-496.
- Foa, E.B., Kozak, M.J., Goodman, W.K., Hollander, E., Jenike, M.A. y Rasmussen, S.A. (1995). DSM IV field trial: obsessive compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152, 990-996.
- Foa, E.B y Wilson, R. (1992). *Venza sus obsesiones*. Barcelona: Robin Book.
- Franlin, M.E. y cols. (2012). Cognitive behavior therapy augmentation of pharmacotherapy in pediatric obsessive-compulsive disorder: the Pediatric OCD Treatment Study II (POTS II) randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 306, 1224-1232.
- Freeston, M. H. Rheaume, J. y Ladouceur, R. (1996). Corrección de las evaluaciones erróneas de los pensamientos obsesivos. *Behaviour research and therapy*, 34, 433-466.
- Geller, D.A. y March, J. (2012). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51, 98-113

- Heyman, I., Fombonne, E., Simmons, H., Ford, T., Meltzer, H. y Goodman, R. (2001). Prevalence of obsessive-compulsive disorder in the British nationwide survey of child mental health. *The British Journal of Psychiatry*, 179, 324-329.
- Irfan, U., Khalid, S. y Waqar, S. (2011) Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive compulsive disorder: a qualitative review. *Pakistan Journal of Pharmacology*, 28, 65-74
- Jenike, M.A. (2004). Obsessive–Compulsive Disorder. *The New England Journal of Medicine*, 350, 259-265.
- Krafft-Ebing, R. (1867). Über Geistesstörung durch Zwangsvorstellungen. *Allgemeine Zeitschrift für psychiatric*, 35, 303-328.
- Krebs, G. y Heyman, K. (2014). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Archives of disease in childhood*, 100, 495-499.
- Lenhard y cols. (2014). Internet-delivered cognitive behavior therapy for adolescents with obsessive-compulsive disorder: an open trial. *Public Library of Science*, 9: e100773.
- Lenhard y cols. (2017). Cost-effectiveness of therapist-guided internet-delivered cognitive behavior therapy for paediatric obsessive-compulsive disorder: results from a randomized controlled trial. *BMJ Open*, 7, 1-10.
- Lewin, A.B. y cols. (2014). Family-based exposure and response prevention therapy for preschool-aged children with obsessive-compulsive disorder: A pilot randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 56, 30-38.
- Lobo y cols. (2002). Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Medicina Clínica*, 118, 493-499.
- Micali, N. y cols. (2010). Long-term outcomes of obsessive-compulsive disorder: follow-up of 142 children and adolescents. *The British Journal of Psychiatry*, 197, 128-134.
- Mowrer, O. (1960). *Learning theory and behaviour*. Nueva York: Wiley.
- National Institute for Health and Care Excellence (2019). *Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: treatment*. London: NICE.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1992). *Clasificación internacional de las enfermedades-Décima revisión (CIE-10)*. Madrid: OMS.
- Pena, J. A. (2010). *Trastorno obsesivo compulsivo: aportaciones desde la personalidad y desde la neuroimagen funcional*. Universitat Jaume I de Castelló. Castellón (España).
- Piacentini, J., Bergman, R.L., Keller, M. y McCracken, J. (2003). Functional impairment in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 13, 61-69.
- Rachman, S. (1976). Primary obsessional slowness. *Behaviour Research and therapy*, 12, 9-18.
- Richards, D. A. y cols (2016). Cost and outcome of behavioural activation vs. Cognitive behavioural therapy for depression (COBRA): a randomised, controlled, non-inferiority trial. *The Lancet*, 388, 871-880.



- Rosa, A. I. y Olivares, J. (2010). *El trastorno obsesivo-compulsivo en niños y adolescentes*. Madrid: Pirámide.
- Schwartz, C., Schlegl, S, Kuelz, A.K. y Voderholzer, U. (2013). Treatment-seeking in OCD community cases and psychological treatment actually provided to treatment-seeking patients: A systematic review. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2, 448-456.
- Skapinakis y cols. (2016). A systematic review of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of pharmacological and psychological interventions for the management of obsessive-compulsive disorder in children/adolescents and adults. *Health Technology Assessment*, 20, 1-392.
- Skoog, G. y Skoog, I. (1999). A 40-year follow-up of patients with obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56, 121-127.
- Stewart, S. y cols. (2004). Long-term outcome of pediatric obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis and qualitative review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110, 4-13.
- Storch, E.A. y cols. (2011). Preliminary investigation of web-camera delivered cognitive-behavioral therapy for youth with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 189, 407-412.
- The Pediatric OCD Treatment Study (POTS) Team (2004). Cognitive-Behavior Therapy, Sertraline, and Their Combination for Children and Adolescents With Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of the American Medical Association*, 292, 1969-1976.
- Tie y cols. (2019). Cost-effectiveness analysis of telephone cognitive-behaviour therapy for adolescents with obsessive-compulsive disorder. *BJPsych Open*, 5, 1-8.
- Turner, C.M. y cols. (2014). Telephone cognitive-behavioral therapy ofr adolescents with obsessive-compulsive disorder: a randomized controlled non-inferiority trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 53, 1298-1307.
- Turner, M.S. y Beidel, D.C. (1992). Are obsessional thoughts and worry different cognitive phenomena? *Clinical Psychology Review*, 12, 257-270.
- Watson, H.J. y Rees, C.S. (2008). Meta-analysis of randomized, controlled treatment trials for pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 489-498.
- Westwell-Roper, C. y Stewart S. (2019). Challenges in the diagnosis and treatment of pediatric obsessive-compulsive disorder. *Indian Journal of Psychiatry*, 61, 119-130.
- Wewetzer, C. y cols. (2001). Long-term outcome and prognosis of obsessive-compulsive disorder with onset in childhood or adolescence. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 10, 37-46.