

TRATAMIENTO COGNITIVO DEL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO EN FORMATO ONLINE: UN CASO CLÍNICO

COGNITIVE TREATMENT OF OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER IN ONLINE FORMAT: A CASE REPORT

Elisabet Ana Gemar Fernández

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4505-6222>

Universidad de Cádiz. España

Cristina Romero López Alberca

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5856-8668>

Departamento de Psicología. Universidad de Cádiz. España

Este trabajo fue presentado en el XIV Congreso Internacional y XIX Nacional de Psicología Clínica (<https://es.clinicalpsychologycongress.com/>) y fue elegido por el comité científico para ser publicado en la Revista de Psicoterapia.

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Gemar, E. A. y Romero-López-Alberca, C. (2021). Tratamiento cognitivo del trastorno obsesivo compulsivo en formato online: Un caso clínico. *Revista de Psicoterapia*, 32(120), 205-220. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i120.1074>



Resumen

Se presenta el caso de una estudiante que acude al Servicio de Atención Psicológica de la Universidad de Cádiz con diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo. Los contenidos de las obsesiones están relacionados principalmente con la duda. Las compulsiones más frecuentes son de limpieza, comprobación y orden. Las metas principales del tratamiento fueron reducir la aparición de obsesiones y compulsiones, modificando las creencias disfuncionales que las mantienen y disminuir el malestar asociado. La sintomatología obsesivo compulsiva se evalúa con los instrumentos Y-BOCS-Gravedad, OCI-R, ICO-R, INPIOS. Se planifica y se aplica una intervención de terapia cognitiva basada en el protocolo propuesto por Belloch et al. (2011) para el TOC de cuestionamiento de las creencias disfuncionales que mantienen las obsesiones de la paciente y las estrategias que utiliza para afrontarlas. Se han llevado a cabo 18 sesiones semanales en formato online de 1 hora de duración. Para modificar las creencias obsesivas se utilizaron técnicas cognitivas (análisis de evidencias a favor y en contra, ventajas y desventajas, flecha descendente o estimación de probabilidades) y experimentos conductuales orientados al cuestionamiento de creencias. Se ha producido una disminución en la intensidad de las creencias disfuncionales, así como de la sintomatología obsesiva y del malestar.

Palabras clave: terapia cognitiva, trastorno obsesivo compulsivo, terapia online

Abstract

This is a case report of a student who comes to the Psychological Care Service of the University of Cadiz due to high anxiety and low mood related to the presence of obsessions and compulsions. The contents of the obsessions are mainly related to doubt. The most frequent compulsions were cleaning, checking and ordering. The main goals of the treatment were to reduce the occurrence of obsessions and compulsions, modifying the maintaining dysfunctional beliefs and reducing the associated distress. Obsessive-compulsive symptomatology was assessed with the Y-BOCS-Gravity, OCI-R, ICO-R, INPIOS and OC-TCDQ instruments. The diagnosis of obsessive-compulsive disorder (OCD) is established. A cognitive therapy intervention is planned and applied based on the protocol proposed by Belloch et al. (2011) for OCD of questioning the dysfunctional beliefs that maintain the patient's obsessions and the strategies she uses to cope with them. 18 weekly sessions have been delivered in online format, each lasting 1 hour. Cognitive techniques (analysis of evidence for and against, pros and cons, advantages and disadvantages, downward arrow or probability estimation) and behavioural experiments aimed at questioning beliefs were used to modify obsessive beliefs. There has been a decrease in the intensity of dysfunctional beliefs and a considerable decrease in obsessive symptomatology and distress.

Keywords: cognitive therapy, obsessive compulsive disorder, online therapy

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) se caracteriza por la presencia de obsesiones y/o compulsiones clínicamente significativas que interfieren con el funcionamiento diario de la persona según el *Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales* (5ª ed., DSM-V; American Psychiatric Association, 2014). Está catalogado como el décimo trastorno médico más incapacitante en el estudio de carga de morbilidad de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Ezzati et al., 2004) y se asocia a una calidad de vida disminuida (Coluccia et al., 2016).

La aparición de los modelos conductuales explicativos del TOC a principios de los 70 y las explicaciones cognitivas de los 80 supusieron un cambio en la conceptualización del trastorno, considerado hasta entonces como una patología muy resistente al tratamiento y de pronóstico grave (Cruzado, 2012). El enfoque cognitivo (Rachman, 1997; Salkovskis, 1985, 1999) puso el acento en el papel que tienen ciertas variables cognitivas en la génesis y el mantenimiento del trastorno, subrayando la importancia de la valoración de los pensamientos intrusos que realizan las personas con TOC (Belloch et al., 2003). Los pensamientos intrusos son un fenómeno muy frecuente en población general y tienen el mismo contenido que los que experimentan las personas con TOC (Berry y Laskey, 2012). El origen del problema está, según la teoría cognitiva, en la activación en la persona de una serie de creencias o valoraciones disfuncionales sobre la naturaleza o el propio contenido de los pensamientos intrusos cuando aparecen, haciendo que los valoren como muy importantes, que crean que tienen influencias en eventos de la vida real y/o que son malos, dañinos y peligrosos (Shafran et al., 1996). En Psicología, a estas creencias y valoraciones de los pensamientos intrusos se les ha llamado creencias obsesivas o creencias disfuncionales (Clark y Purdon, 2016).

La terapia cognitiva es una de las intervenciones más eficaces para el TOC (Caballo et al., 2014). En una revisión reciente (Fonseca Pedrero et al., 2021) se recoge que los tratamientos psicológicos del TOC con mayor nivel de evidencia empírica son la exposición con prevención de respuesta (EPR) y la terapia cognitivo-conductual (TCC) y se señala que la terapia cognitiva (TC) es uno de los tratamientos probablemente eficaces. Aunque la EPR es el tratamiento de primera elección, presenta algunas limitaciones importantes a tener en cuenta antes de tomar decisiones terapéuticas (Bados, 2017). Hasta un 25% de personas rechaza empezar este tipo de terapia y, cuando lo comienzan, se encuentra un porcentaje similar que abandona, debido en parte a lo aversivo que resulta el procedimiento (Gava et al., 2007). La TC es preferida por aquellos pacientes que no toleran la exposición a los estímulos temidos (Hirschtritt et al., 2017).

Además, en diversos metaanálisis se concluye que la TC es igual de eficaz que la EPR (Hans y Hiller, 2013; Olatunji et al., 2013), sobre todo si incluye experimentos conductuales (Bados, 2017). Pero incluso cuando la TC no incluye este componente, se han encontrado resultados muy similares a los de la EPR (Belloch et al., 2008; Fisher y Wells, 2005).

La pandemia de coronavirus que ha causado la COVID-19 ha supuesto un

reto para los servicios terapéuticos debido a las medidas restrictivas impuestas por los gobiernos de los países durante y después del confinamiento que han implicado grandes dificultades para mantener la atención psicológica presencial. Diversos estudios sobre telepsicología, en concreto la terapia online o a distancia, muestran que la TCC también es eficaz en este formato en general (Simpson et al., 2021) y en el tratamiento del TOC (Muroff y Otte, 2019; Nelson y Duncan, 2015; Thomas et al., 2021; Wootton, 2016).

El presente estudio tiene por objeto comprobar la efectividad de la terapia cognitiva aplicada en formato online en una clínica de atención psicológica universitaria a una estudiante de 19 años con diagnóstico de TOC.

Método

Identificación del Paciente

La paciente C. es una mujer de 19 años estudiante de primer curso en la Universidad de Cádiz que emigró a España con su familia a los 17 años desde un país sudamericano. Es la menor de 5 hermanos. Sus padres están separados y vive en casa de una hermana mayor, con el marido de esta y sus dos hijos. Durante el curso, comparte piso con otras estudiantes cerca de la universidad. La relación de la paciente con sus progenitores no es buena. Con la madre mantiene una relación distante y con el padre apenas tiene contacto. Con su hermana mayor y la familia de esta mantiene una relación estrecha. La paciente se define a sí misma como perfeccionista y obstinada, le gusta que las cosas se hagan a su manera y le cuesta mucho cambiar de opinión.

Análisis del Motivo de la Consulta

La paciente manifiesta tener ansiedad constantemente, lo que le impide concentrarse, socializar y hacer sus tareas diarias. Además, explica que tiene pensamientos recurrentes de carácter intrusivo que le hacen sentirse muy mal porque son contrarios a su forma de pensar y a su moral. También relata que tiene algunas manías, como realizar las tareas del hogar en un orden determinado o arreglarse de forma ritualizada, con mucha lentitud y numerosas comprobaciones.

Historia del Problema

C. refiere que la ansiedad es algo que siempre ha estado presente en su vida, “la ansiedad es mi estado normal”. Desde niña ya se preocupaba, especialmente sobre temas existenciales, y en la adolescencia pasó por una época en la que describe un cuadro con características de fobia social. Desde los 12 años experimentó de forma intermitente problemas relacionados con la alimentación por los que nunca ha sido tratada y que son compatibles con un trastorno de la conducta alimentaria, en remisión en el momento de la entrevista inicial.

Respecto a los pensamientos intrusivos, la paciente no recuerda exactamente

cuándo comenzaron, indica que cree que los ha tenido “desde siempre” y que empeoraron de forma intensa a raíz de la emigración. En el momento de la evaluación, le preocupaban ciertos pensamientos intrusivos recurrentes relacionados con dudas sobre haber realizado correctamente determinadas actividades como las tareas de clase, su lavado personal o haber cerrado el gas.

Se detectaron numerosos rituales de comprobación y de reaseguración. Por ejemplo, tenía que revisar unas 10 veces que llevaba todo lo que necesitaba antes de salir. También dedicaba mucho tiempo a diario a las conductas de acicalado, empleando en torno a una hora para ducharse. Estas conductas le causaban interferencia en su vida social y académica.

Análisis y Descripción de las Conductas Problema

Se detectan una serie de situaciones antecedentes que favorecen la aparición de obsesiones que a la vez tienen una función de estímulo condicionado que incrementa los niveles de ansiedad. Estas situaciones son principalmente las de evaluación (exámenes, cocinar para más personas, juegos competitivos), las que impliquen algún tipo de peligro (la posibilidad de que el gas esté abierto, ver a sus sobrinos cerca de una ventana, que alguien sufra un accidente en la cocina, que algo no esté lo suficientemente limpio) y cualquier situación de rendimiento en las que tiene metas demasiado exigentes y perfeccionistas (la entrega de un trabajo, cocinar, arreglarse para una fiesta, limpiar la casa).

La aparición de obsesiones incrementa el malestar y llevan a C. a realizar estrategias de neutralización de la ansiedad que se mantienen por refuerzo negativo: compulsiones de comprobación (del gas, de comisión de errores en trabajos y exámenes, si lleva la cartera en el bolso); compulsiones de higiene (lavado excesivo de manos, lavado excesivo en la ducha, limpieza excesiva); y conductas de reaseguración (preguntar varias veces si el autobús va a parar en la siguiente parada, preguntar si está en el sitio correcto varias veces a la misma persona). La paciente interpreta el hecho de no controlar los pensamientos como una debilidad y una amenaza, lo que a su vez incrementa la aparición de los pensamientos obsesivos. En situaciones de evaluación, como en los exámenes o cuando cocina para más personas, su ansiedad aumenta, facilitando así la aparición de pensamientos obsesivos relacionados con la duda y con la necesidad de comprobar, que generan más ansiedad.

Del mismo modo, hay una serie de señales interoceptivas que tienen importancia en la aparición y mantenimiento de las obsesiones relacionadas con el aseo personal y el acicalado. Cuando se ducha dice no sentirse lo suficientemente limpia, así que para disminuir esa sensación se enjabona y se enjuaga al menos tres veces. Estas sensaciones de inacabado también son importantes cuando tiene que acicalarse para ir a una fiesta o algún evento importante. Tanto para prevenir como para neutralizar la ansiedad que le provocan las obsesiones relacionadas con no estar lo suficientemente arreglada o perfecta, lleva a cabo rituales de lentitud y comprobación

minuciosa a la hora de maquillarse, vestirse y peinarse, junto con una preparación y organización previa de hasta una semana antes. Estas obsesiones se mantienen tanto por reforzamiento negativo, ya que disminuye y previene la ansiedad, como por reforzamiento positivo, ya que disfruta del proceso de prepararse lentamente.

Establecimiento de las Metas del Tratamiento

Se plantea disminuir la frecuencia de obsesiones y compulsiones y el malestar que generan a través de los siguientes objetivos terapéuticos:

- Facilitar una comprensión adecuada del trastorno.
- Disminuir la ansiedad.
- Modificar las creencias disfuncionales que mantienen las obsesiones.
- Aceptar la aparición de pensamientos intrusivos.
- Reducir las compulsiones de comprobación y de reaseguración.
- Reestructuración de sesgos cognitivos.

Selección y Aplicación de las Técnicas de Evaluación y Análisis de los Resultados Obtenidos en esta Fase

Se emplearon las siguientes pruebas específicas:

Inventario de Obsesiones y Compulsiones Revisado (Obsessive Compulsive Inventory Revised, OCI-R; Foa et al., 2002). Autoinforme de 18 ítems desarrollado a partir de la versión original de 42 ítems (Foa et al., 1998) para evaluar el malestar asociado a síntomas obsesivo compulsivos. Cada ítem se puntúa según una escala tipo Likert de 5 puntos. La estructura del OCI-R la componen 6 subescalas: Lavado, Obsesiones, Acumulación, Orden, Comprobación y Neutralización. La versión original del OCI-R fue traducida al español por Fullana y Mataix-Cols (2005). Presenta una adecuada consistencia interna, fiabilidad test-retest y validez convergente-divergente y discriminante (Abramowitz y Deacon, 2006; Gönner et al., 2008; Malpica et al., 2009; Piqueras Rodríguez et al., 2009).

Y-BOCS-Gravedad (Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale-Severity; Goodman et al., 1989; versión en castellano: Cruzado, 1993). Consta de 10 ítems, 5 para obsesiones y 5 para compulsiones. Es la medida más empleada como criterio de gravedad del TOC. Una persona cumple criterios diagnósticos de TOC si la puntuación total que obtiene es de 8 o superior.

Inventario de Creencias Obsesivas-Revisado (Belloch et al., 2003, 2010; Cabedo et al., 2004). Cuestionario de autoinforme de 50 ítems que evalúa las creencias disfuncionales relacionadas con el mantenimiento y/o desarrollo del TOC. Se miden las respuestas a través de una escala Likert de 7 puntos. Contiene ocho subescalas: Importancia de los pensamientos, Fusión Pensamiento-Acción Probabilidad, Fusión Pensamiento-Acción Moral, Responsabilidad excesiva, Importancia del control del pensamiento, Sobreestimación de la amenaza, Intolerancia a la incertidumbre y Perfeccionismo. El alfa de Cronbach para las ocho subescalas en un grupo de 75 pacientes con TOC osciló entre 0,69 y 0,85 (Belloch et al., 2010).

Inventario de Pensamientos Intrusivos Obsesivos (INPIOs; García-Soriano, 2008). Cuestionario de autoinforme basado en el ROII (Purdon y Clarck, 1994) para evaluar la frecuencia de los pensamientos intrusivos obsesivos no deseados, las imágenes y los impulsos, así como las valoraciones y las estrategias de control asociadas al pensamiento intrusivo más molesto. Cuenta con buenas propiedades psicométricas (García-Soriano et al., 2014; García-Soriano y Belloch, 2013; García-Soriano et al., 2011).

Se comentan a continuación los resultados más relevantes para el caso. En la tabla 1 pueden verse los resultados de las pruebas específicas. La puntuación en Y-BOCS (25) superaba la puntuación de corte para diagnóstico y se enmarcaba en nivel grave (Cruzado, 1993). La paciente obtuvo en el OCI-R, que mide el malestar asociado a los síntomas del TOC, una puntuación de 56. En este instrumento la puntuación máxima es 72 y el punto de corte para diagnóstico es 21 (Belloch et al., 2013). En el ICO-R presentó puntuaciones elevadas en todas las escalas de creencias obsesivas y tanto la puntuación global como la de cada subescala fue superior a las medias encontradas en muestras clínicas de TOC, exceptuando en Importancia de los pensamientos que quedo un punto por debajo (Belloch et al., 2010).

Tabla 1

Puntuaciones Iniciales en los Cuestionarios Y-BOCS, OCI-R e ICO-R

Cuestionario	Subescala	PRE
Y-BOCS	Obsesiones	15
	Compulsiones	10
	Total	25
	OCI-R	
OCI-R	Limpieza	10
	Obsesiones	9
	Acumulación	5
	Orden	12
	Comprobación	12
	Neutralización	8
	Total	56
ICO-R	Responsabilidad excesiva	33
	Importancia de los pensamientos	10
	FPA – probabilidad*	20
	FPA – moral*	25
	Importancia de controlar los pensamientos	27
	Sobrestimar el peligro	41

Questionario	Subescala	PRE
	Intolerancia a la incertidumbre	40
	Perfeccionismo	36
	Total	232

Nota. FPA (Fusión pensamiento acción).

Los resultados de la evaluación son compatibles con los criterios diagnósticos DSM-5 para Trastorno Obsesivo Compulsivo [300.3] (American Psychiatric Association, 2014).

Tratamiento

Se planificó una intervención de terapia cognitiva, utilizando como guía el protocolo propuesto por Belloch et al. (2011) para el tratamiento cognitivo del TOC. En consonancia con la relevancia que se otorga a las creencias disfuncionales en la terapia cognitiva, este tratamiento está dirigido a modificar las creencias consideradas responsables del trastorno a través de técnicas verbales y de experimentos conductuales. Para elegir el tratamiento se han tenido en cuenta los datos de eficacia y de menor abandono terapéutico frente a la EPR (Bados, 2017).

Se han realizado 20 sesiones semanales de una hora en formato online con presencia en las sesiones de una terapeuta principal y una coterapeuta. Para clarificar la exposición se presentan los datos organizados por módulos.

Módulo de Evaluación

La evaluación se desarrolló durante tres sesiones.

Módulo de Psicoeducación y Establecimiento de Objetivos Terapéuticos

Se llevó a cabo en dos sesiones. Primero se realizó la devolución de los resultados de evaluación y se informó del diagnóstico. Posteriormente se realizó psicoeducación sobre la naturaleza de los pensamientos intrusos y se introdujo el papel que tienen las valoraciones inadecuadas de los mismos en el origen y el mantenimiento de las obsesiones.

Se presentó el modelo explicativo cognitivo del TOC a través de una presentación Power Point, mostrando los componentes de forma secuencial según se explicaban. Se enfatizó el problema que suponían las conductas de evitación y supresión y se utilizó el experimento del oso blanco para ejemplificar el efecto rebote.

Una vez comprendidos los aspectos más significativos del origen y mantenimiento del TOC, se realizó una propuesta de intervención cognitiva en la que se especificó que el foco de trabajo serían las creencias disfuncionales mantenedoras del problema.

Módulo de Terapia Cognitiva con Creencias Disfuncionales

Se elaboró una jerarquía de importancia de las creencias disfuncionales para establecer el orden de abordaje. La dinámica seguida de forma general en el trabajo con las creencias disfuncionales fue la siguiente: se realizaba psicoeducación inicial sobre la creencia disfuncional pertinente, después se presentaban todas las obsesiones detectadas relacionadas con esa valoración disfuncional y se pedía que añadiera alguna más si lo consideraba oportuno. Después se procedía al cuestionamiento de la creencia disfuncional a través de técnicas cognitivas y experimentos conductuales sobre las obsesiones más recientes o más perturbadoras.

A continuación se comentan las técnicas utilizadas con cada creencia disfuncional.

Sobrestimar la Importancia de los Pensamientos. Esta creencia relacionada con el pensamiento de que la sola presencia del pensamiento significa que es importante y que el contenido de la obsesión revela la verdadera naturaleza de la persona (Belloch et al., 2011), se trabajó en una sesión. Algunas obsesiones relacionadas fueron “tener obsesiones significa que no soy como los demás” o “si dudo es porque soy poco inteligente”.

Se realizó psicoeducación sobre la naturaleza de su trastorno y sobre la inteligencia y la interferencia que produce la ansiedad con procesos psicológicos como la atención y la memoria. Se reconceptualizó el bajo rendimiento que había tenido en algunas ocasiones como resultado en parte de la ansiedad asociada al TOC. Como experimento conductual comprobó como su rendimiento era bueno en situaciones donde no tenía presión de evaluación, como cuando cocinaba para ella sola.

Intolerancia a la Incertidumbre. Se emplearon dos sesiones. Esta creencia implica dificultad con la ambigüedad, la novedad y el cambio inesperados (Belloch et al., 2011). Las obsesiones más significativas relacionadas eran “¿me habré equivocado en el examen?”, “¿habré guardado la cartera?”.

Se emplearon técnicas de terapia racional emotivo conductual para exigencias y necesidades absolutistas, búsqueda de ventajas y desventajas de mantener estas creencias y reestructuración cognitiva, poniendo el foco en la poca utilidad de las compulsiones para disminuir de forma efectiva la incertidumbre.

Como experimentos conductuales se redujo de forma paulatina el número de comprobaciones en diversas compulsiones (por ejemplo, del gas y de los deberes), para que viera cómo la ansiedad disminuía de forma progresiva y, por consiguiente, la frecuencia de las obsesiones de duda.

Importancia de Controlar los Pensamientos. Se trabajó durante una sesión. La creencia implica pensar que uno puede y debe controlar siempre sus pensamientos (Belloch et al., 2011). Se empezó preguntando a la paciente si creía que era posible y necesario controlar el pensamiento teniendo en cuenta lo trabajado hasta el momento y respondió que no, que la terapia había cambiado esa creencia. Se reforzó este cambio a través de halagos y se fortaleció con psicoeducación adicional.

Sobrestimación del Peligro. Se emplearon dos sesiones. Implica exagerar

la probabilidad del peligro asociado al pensamiento o del propio pensamiento (Belloch et al., 2011). Las obsesiones detectadas se relacionaban con la duda. Si dudaba de haber cerrado el gas temía que hubiera una explosión. Si dudaba de si había fallado en alguna pregunta del examen, pensaba que suspendería y que nunca terminaría la carrera.

Para cuestionar la probabilidad de que sucediese aquello que temía se utilizó la flecha descendente, con búsqueda de alternativas y asignación de probabilidades. Como experimento conductual no comprobó el gas algunos días y se redujeron las comprobaciones en los deberes.

Responsabilidad Excesiva. Se trabajó en una sesión. La creencia se relaciona con pensar que uno tiene una influencia crucial para provocar o prevenir acontecimientos, solo por pensar en ellos (Belloch et al., 2011). Se encontraron obsesiones relacionadas con el rendimiento académico y el bienestar de la familia que estaban muy ligadas a creencias irracionales de responsabilizarse en exceso. “Debo asegurarme de que mis sobrinos vayan por el buen camino”, “si les ocurre algo que yo he pensado será culpa mía por no haberlo evitado”. Se utilizaron técnicas de discusión cognitiva y la técnica de las proporciones del queso para distribuir responsabilidades.

Fusión Pensamiento Acción – Probabilidad. Se dedicó una sesión. Esta valoración disfuncional implica creer que pensar en algo aumenta las probabilidades de que ocurra (Belloch et al., 2011). Las obsesiones detectadas estaban muy relacionadas con la sobrestimación del peligro y la responsabilidad. La paciente tenía obsesiones recurrentes de sus familiares teniendo un accidente en la cocina mientras ella cocinaba. Pensaba que si lo había pensado era más probable que sucediera. Las técnicas cognitivas utilizadas fueron búsqueda de evidencias a favor y en contra y como experimento se pidió que cocinara con personas alrededor.

Fusión Pensamiento Acción – Moral. Se dedicaron dos sesiones. Hace referencia a la creencia de que pensar algo malo es tan malo como hacerlo (Belloch et al., 2011). Se detectaron obsesiones sobre todo relacionadas con pensar que podía hacer daño a sus sobrinos con objetos cortantes, como un cuchillo. Estos pensamientos le generaban mucho malestar y culpabilidad, provocando que se alejara de sus sobrinos o evitara quedarse a solas con ellos. Como técnica cognitiva se estableció la diferencia entre pensar y actuar y las consecuencias reales en cada caso.

Perfeccionismo. Se emplearon tres sesiones. Esta creencia supone pensar que siempre hay una solución perfecta y que cualquier fallo puede tener consecuencias desastrosas (Belloch et al., 2011). Algunas de los pensamientos intrusivos relacionados con esta valoración fueron “tengo que estar perfecta siempre”, “debo salir perfecta en las fotos” o “no estoy lo suficientemente limpia”. Para alcanzar esa perfección realizaba muchos rituales de repetición y de lentitud, como lavarse al menos tres veces y arreglarse muy despacio. A nivel académico presentaba dificultades debido a que el perfeccionismo le llevaba a utilizar estrategias de planificación y gestión del tiempo muy exigentes, poco realistas y a menudo imposibles de cumplir.

Se emplearon técnicas de terapia racional emotivo conductual para exigencias y necesidades absolutistas, búsqueda de ventajas y desventajas del perfeccionismo y se cambiaron las metas de productividad por metas de dedicación de tiempo y esfuerzo. Como experimentos conductuales se fue reduciendo de forma progresiva el número de duchas y el tiempo para arreglarse.

Módulo de Evaluación de Resultados

Se aplicó de nuevo la batería de instrumentos utilizada al inicio.

Módulo de Prevención de Recaídas

Se llevaron a cabo 2 sesiones adicionales donde se realizaron las siguientes estrategias. Se repasó el modelo explicativo del TOC, se proporcionaron estrategias de afrontamiento ante recaídas y se abordaron emociones negativas y miedos relacionados con el alta terapéutica.

Módulo de Seguimiento

Se plantearon 3 sesiones de seguimiento, al mes, a los seis meses y al año.

Resultados

Los resultados de la evaluación posttest y la comparación con la evaluación inicial pueden observarse en la tabla 2 y en la figura 1, donde puede apreciarse una evolución positiva.

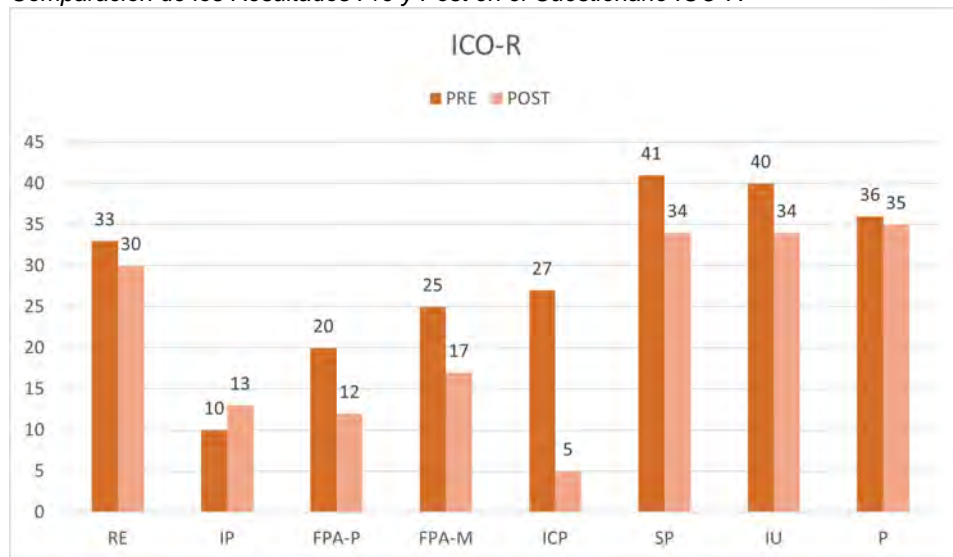
Tabla 2

Comparación de los Resultados Pretest y Posttest de Y-BOCS y OCI-R

Cuestionario	Subescala	PRE	POST
Y-BOCS			
	Obsesiones	15	11
	Compulsiones	10	5
	Total	25	16
OCI - R			
	Limpieza	10	43
	Obsesiones	9	10
	Acumulación	5	3
	Orden	12	3
	Comprobación	12	12
	Neutralización	8	4
	Total	56	11

Figura 1

Comparación de los Resultados Pre y Post en el Cuestionario ICO-R



Nota. RE (Responsabilidad excesiva); IP (Importancia de los pensamientos); FPA-P (Fusión pensamiento acción–probabilidad); FPA-M (Fusión pensamiento acción –moral); ICP (Importancia de controlar los pensamientos); SP (Sobrestimar el peligro); IU (Intolerancia a la incertidumbre); P (Perfeccionismo).

La puntuación en Y-BOCS pasó de nivel grave (25) a nivel moderado (16), a un punto del nivel leve (Cruzado, 1993). En el OCI-R, que mide la intensidad del malestar asociado a la sintomatología TOC, ha pasado de 56 a 43 puntos (Belloch et al., 2013). En el ICO-R, como puede apreciarse en la figura 1, ha disminuido la intensidad en casi todas las escalas, obteniendo resultados inferiores a las medias de muestras clínicas, excepto en perfeccionismo e intolerancia a la incertidumbre, que han disminuido en menor cantidad, y en importancia de los pensamientos, que no ha cambiado.

La retroalimentación de C. en la última sesión (18) sobre la evolución percibida fue que había disminuido mucho su nivel de ansiedad y que experimentaba los pensamientos intrusivos de manera menos intensa, incluso había algunos a los cuales ya podía ignorar por completo. Algunas compulsiones habían desaparecido, como las comprobaciones del gas y de la cartera.

Discusión

Los objetivos del presente estudio se centraron en examinar los efectos de la terapia cognitiva en formato online en un caso de trastorno obsesivo compulsivo. Se ha logrado una reducción de la sintomatología y se ha producido una disminución superior al 35% en Y-BOCS, uno de los criterios para valorar la respuesta al tratamiento.

En un metaanálisis reciente (Fisher et al., 2020), se encontró que sólo un 18% de los pacientes fueron completamente asintomáticos tras recibir terapia psicológica y que entre un 41% y un 55% se recuperan pero siguen presentando alguna sintomatología.

Los cambios en las creencias disfuncionales medidas a través de ICO-R muestran que la intervención ha tenido efectos positivos. Se trabajaron aspectos relacionados con el perfeccionismo siendo flexibles con el cumplimiento de las tareas para no fomentarlo. También ha sido importante la introducción del cambio en su forma de gestionar el tiempo de estudio en términos de esfuerzo.

Hay que destacar la disminución del malestar que se ha producido en las subescalas de obsesiones y de comprobación medidas a través del OCI-R. El mantenimiento de la puntuación en la escala de lavado y el aumento en la de neutralización pueden deberse en parte a que la paciente empezó a ser consciente durante el tratamiento de algunas conductas compulsivas de las que antes no se daba cuenta. Por ejemplo, no se había percatado de que se lavaba las manos de forma excesiva o no veía que su lentitud para arreglarse fuese un síntoma relacionado con el TOC, sino que lo relacionaba con “su forma de ser”.

Los experimentos conductuales fueron clave. Se utilizaron como un medio de poner a prueba las expectativas catastrofistas y para cuestionar de forma empírica las suposiciones sobre la imposibilidad de soportar la ansiedad, una idea muy arraigada en la paciente.

La alianza terapéutica y la respuesta al tratamiento en formato online ha sido positiva, en consonancia con los resultados de otras investigaciones (Thomas et al., 2021), y no se ha percibido ninguna limitación por el tipo de formato por parte de las terapeutas. La adherencia terapéutica de C. fue óptima, asistió a todas las sesiones puntualmente, con compromiso y regularidad.

Esta intervención se enmarca dentro de las atenciones que se ofrecen habitualmente en los servicios de atención psicológica universitarios. En estos dispositivos es frecuente que acudan alumnos con trastornos de ansiedad, del estado de ánimo o problemas interpersonales, entre otros (Saúl et al., 2009).

Referencias

- Abramowitz, J. S. y Deacon, B. J. (2006). Psychometric properties and construct validity of the Obsessive-Compulsive Inventory-Revised: Replication and extension with a clinical sample [Propiedades psicométricas y validez de constructo del Inventario Obsesivo-Compulsivo-Revisado: Replicación y extensión con muestra clínica]. *Journal of Anxiety Disorders*, 20(8), 1016-1035. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2006.03.001>
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed.). Panamericana.
- Bados, A. (2017). *Trastorno obsesivo compulsivo: Naturaleza, evaluación y tratamiento*. Universidad de Barcelona <http://hdl.handle.net/2445/115726>

- Belloch, A., Cabedo, E. y Carrió, C. (2008). Empirically grounded clinical interventions: Cognitive versus behaviour therapy in the individual treatment of obsessive-compulsive disorder: Changes in cognitions and clinically significant outcomes at post-treatment and one-year follow-up [Intervenciones clínicas fundamentadas empíricamente: terapia cognitiva versus terapia conductual en el tratamiento individual del trastorno obsesivo-compulsivo: cambios en las cogniciones y resultados clínicamente significativos en el postratamiento y un año de seguimiento]. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36(5), 521-540. <https://doi.org/10.1017/S1352465808004451>
- Belloch, A., Cabedo, E. y Carrió, C. (2011). *TOC: Obsesiones y compulsiones. Tratamiento cognitivo*. Alianza Editorial.
- Belloch, A., Cabedo, E., Morillo, C., Lucero, M. y Carrió, C. (2003). Diseño de un instrumento para evaluar las creencias disfuncionales del trastorno obsesivo-compulsivo: resultados preliminares del Inventario de Creencias Obsesivas (ICO). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(2), 235-250.
- Belloch, A., Morillo, C., Luciano, J. V., García-Soriano, G., Cabedo, E. y Carrió, C. (2010). Dysfunctional belief domains related to obsessive-compulsive disorder: A further examination of their dimensionality and specificity [Dominios disfuncionales de creencias relacionados con el trastorno obsesivo compulsivo: un examen más detallado de su dimensionalidad y especificidad]. *Spanish Journal of Psychology*, 13(1), 376-388. <https://doi.org/10.1017/S1138741600003930>
- Belloch, A., Roncero, M., García-Soriano, G., Carrió, C., Cabedo, E. y Fernández-Álvarez, H. (2013). The Spanish version of the Obsessive-Compulsive Inventory-Revised (OCI-R): Reliability, validity, diagnostic accuracy, and sensitivity to treatment effects in clinical samples [La versión en español del Inventario Obsesivo-Compulsivo-Revisado (OCI-R): fiabilidad, validez, precisión diagnóstica y sensibilidad a los efectos del tratamiento en muestras clínicas]. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2(3), 249-256. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2013.05.001>
- Berry, L. M. y Laskey, B. (2012). A review of obsessive intrusive thoughts in the general population [Una revisión de los pensamientos intrusivos obsesivos en la población general]. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 1(2), 125-132. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2012.02.002>
- Caballo, V. E., Salazar, I. C. y Carrobes, J. A. I. (2014). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*. Pirámide.
- Cabedo, E., Belloch, A., Morillo, C., Jiménez, A. y Carrió, C. (2004). Intensidad de las creencias disfuncionales en relación con el incremento en obsesividad. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(3), 465-479. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33740301>
- Clark, D. A. y Purdon, C. (2016). Still cognitive after all these years? Perspectives for a cognitive behavioural theory of obsessions and where we are 30 years later: a commentary [¿Sigues siendo cognitivo después de todos estos años? Perspectivas para una teoría cognitivo-conductual de las obsesiones y dónde nos encontramos 30 años después: un comentario]. *Australian Psychologist*, 51(1), 14-17. <https://doi.org/10.1111/ap.12200>
- Coluccia, A., Fagiolini, A., Ferretti, F., Pozza, A., Costoloni, G., Bolognesi, S. y Goracci, A. (2016). Adult obsessive-compulsive disorder and quality of life outcomes: A systematic review and meta-analysis [Trastorno obsesivo compulsivo en adultos y resultados de la calidad de vida: una revisión sistemática y un metanálisis]. *Asian Journal of Psychiatry*, 22, 41-52. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2016.02.001>
- Cruzado, J. A. (1993). *Tratamiento Comportamental Del Trastorno Obsesivo-Compulsivo*. Fundación Universidad-Empresa Madrid.
- Cruzado, J. A. (2012). Trastorno obsesivo-compulsivo. En M. A. Vallejo (Ed.), *Manual de terapia de conducta* (Vol. 1, pp. 463-538). Dykinson.
- Ezzati, M., Lopez, A. D., Rodgers, A. y Murray, C. J. L. (2004). *Comparative quantification of health risks. Global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors*. Geneva: World Health Organization, 1987-1997 [Cuantificación comparativa de riesgos para la salud. Carga mundial y regional de morbilidad atribuible a factores de riesgo importantes seleccionados. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1987-1997]. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42770>
- Fisher, P. L., Cherry, M. G., Stuart, T., Rigby, J. W. y Temple, J. (2020). People with obsessive-compulsive disorder often remain symptomatic following psychological treatment: A clinical significance analysis of manualised psychological interventions [Las personas con trastorno obsesivo compulsivo a menudo permanecen sintomáticas después del tratamiento psicológico: un análisis de importancia clínica de las intervenciones psicológicas manualizadas]. *Journal of Affective Disorders*, 275, 94-108. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.019>

- Fisher, P. L. y Wells, A. (2005). How effective are cognitive and behavioral treatments for obsessive-compulsive disorder? A clinical significance analysis [¿Qué tan efectivos son los tratamientos cognitivos y conductuales para el trastorno obsesivo compulsivo? Un análisis de importancia clínica]. *Behaviour research and therapy*, 43(12), 1543-1558. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.11.007>
- Foa, E. B., Huppert, J. D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G. y Salkovskis, P. M. (2002). The Obsessive-Compulsive Inventory: development and validation of a short version [El Inventario Obsesivo-Compulsivo: desarrollo y validación de una versión corta]. *Psychological assessment*, 14(4), 485-496. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.14.4.485>
- Foa, E. B., Kozak, M. J., Salkovskis, P. M., Coles, M. E. y Amir, N. (1998). The validation of a new obsessive-compulsive disorder scale: The obsessive-compulsive inventory [La validación de una nueva escala de trastorno obsesivo-compulsivo: el inventario obsesivo-compulsivo]. *Psychological Assessment*, 10(3), 206-214. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.10.3.206>
- Fonseca Pedrero, E., Pérez-Álvarez, M., Al-Halabí, S., Inchausti, F., Muñoz, J., López-Navarro, E., Pérez de Albéniz, A., Lucas Molina, B., Debbané, M., Bobes-Bascarán, M. T., Gimeno-Peón, A., Prado-Abril, J., Fernández-Álvarez, J., Rodríguez-Testal, J. F., González Pando, D., Díez-Gómez, A., García Montes, J. M., García-Cerdán, L., Osmá, J., Vaquero, O., ... Marrero, R. J. (2021). Evidence-based psychological treatments for adults: a selective review [Tratamientos psicológicos empíricamente apoyados para adultos: una revisión selectiva]. *Psicothema*, 33(2), 188-197. <https://doi.org/10.7334/psicothema2020.426>
- Fullana, M. A., Tortella-Feliu, M., Caseras, X., Andión, O., Torrubia, R. y Mataix-Cols, D. (2005). Psychometric properties of the Spanish version of the Obsessive-Compulsive Inventory - Revised in a non-clinical sample [Propiedades psicométricas de la versión española del Inventario obsesivo-compulsivo - Revisado en una muestra no clínica]. *Journal of Anxiety Disorders*, 19(8), 893-903. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2004.10.004>
- García-Soriano, G. (2008). *Pensamientos intrusivos obsesivos y obsesiones clínicas: contenidos y significado personal* [Tesis Doctoral, Universidad de Valencia, España]. <https://roderic.uv.es/handle/10550/15436>
- García-Soriano, G. y Belloch, A. (2013). Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: Differences in distress, interference, appraisals and neutralizing strategies [Dimensiones de los síntomas en el trastorno obsesivo compulsivo: diferencias en la angustia, interferencia, valoraciones y estrategias de neutralización]. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44(4), 441-448. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2013.05.005>
- García-Soriano, G., Belloch, A., Morillo, C. y Clark, D. A. (2011). Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: From normal cognitive intrusions to clinical obsessions [Dimensiones de los síntomas en el trastorno obsesivo compulsivo: de las intrusiones cognitivas normales a las obsesiones clínicas]. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(4), 474-482. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.11.012>
- García-Soriano, G., Roncero, M., Perpiñá, C. y Belloch, A. (2014). Intrusive thoughts in obsessive-compulsive disorder and eating disorder patients: A differential analysis [Pensamientos intrusivos en pacientes con trastorno obsesivo compulsivo y trastorno alimentario: un análisis diferencial]. *European Eating Disorders Review*, 22(3), 191-199. <https://doi.org/10.1002/erv.2285>
- Gava, I., Barbui, C., Aguglia, E., Carlino, D., Churchill, R., De Vanna, M. y McGuire, H. (2007). Psychological treatments versus treatment as usual for obsessive compulsive disorder (OCD) [Tratamientos psicológicos versus tratamiento habitual para el trastorno obsesivo compulsivo (TOC)]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005333.pub2>
- Gönnér, S., Leonhart, R. y Ecker, W. (2008). The Obsessive-Compulsive Inventory-Revised (OCI-R): Validation of the German version in a sample of patients with OCD, anxiety disorders, and depressive disorders [El inventario obsesivo-compulsivo-revisado (OCI-R): Validación de la versión alemana en una muestra de pacientes con TOC, trastornos de ansiedad y trastornos depresivos]. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(4), 734-749. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2007.07.007>
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., Heninger, G. R. y Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown obsessive compulsive scale: i. development, use, and reliability [La escala obsesiva compulsiva de Yale-Brown: i. desarrollo, uso y confiabilidad]. *Archives of General Psychiatry*, 46(11), 1006-1011. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1989.01810110048007>
- Hans, E. y Hiller, W. (2013). A meta-analysis of nonrandomized effectiveness studies on outpatient cognitive behavioral therapy for adult anxiety disorders [Un metanálisis de estudios de efectividad no aleatorizados sobre la terapia cognitivo-conductual para pacientes ambulatorios para los trastornos de ansiedad en adultos]. *Clinical Psychology Review*, 33(8), 954-964. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.07.003>

- Hirschtritt, M. E., Bloch, M. H. y Mathews, C. A. (2017). Obsessive-compulsive disorder: advances in diagnosis and treatment [Trastorno obsesivo compulsivo: avances en diagnóstico y tratamiento]. *Jama*, 317(13), 1358-1367. <https://doi.org/doi:10.1001/jama.2017.2200>
- Malpica, M. J., Ruiz, V. M., Godoy, A. y Gavino, A. (2009). Inventario de Obsesiones y Compulsiones-Revisado (OCI-R): Aplicabilidad a la población general. *Anales de Psicología*, 25(2), 217-226. <https://doi.org/10.6018/analesps>
- Muroff, J. y Otte, S. (2019). Innovations in CBT treatment for hoarding: Transcending office walls [Innovaciones en el tratamiento CBT para acumulación trascendiendo las paredes de la oficina]. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 23(10), 100471. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2019.100471>
- Nelson, E. L. y Duncan, A. B. (2015). Cognitive behavioral therapy using televideo [Terapia cognitivo-conductual mediante televideo]. *Cognitive and Behavioral Practice*, 22(3), 269-280. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2015.03.001>
- Olatunji, B. O., Davis, M. L., Powers, M. B. y Smits, J. A. J. (2013). Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis of treatment outcome and moderators [Terapia cognitivo-conductual para el trastorno obsesivo-compulsivo: un metanálisis de los resultados del tratamiento y los moderadores]. *Journal of Psychiatric Research*, 47(1), 33-41. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.08.020>
- Piqueras Rodríguez, J. A., Martínez González, A. E., Hidalgo Montesinos, M. D., Fullana Rivas, M. Á., Mataix-Cols, D. y Rosa Alcázar, A. I. (2009). Psychometric properties of the obsessive compulsive inventory-revised in a non-clinical sample of late adolescents [Propiedades psicométricas del inventario obsesivo compulsivo revisadas en una muestra no clínica de adolescentes tardíos]. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 17(3), 561-572.
- Purdon, C. y Clark, D. A. (1994). Obsessive intrusive thoughts in nonclinical subjects. Part II. Cognitive appraisal, emotional response and thought control strategies [Pensamientos obsesivos intrusivos en sujetos no clínicos. Parte II. Valoración cognitiva, respuesta emocional y estrategias de control del pensamiento]. *Behaviour Research and Therapy*, 32(4), 403-410. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)90003-5](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)90003-5)
- Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions [Una teoría cognitiva de las obsesiones]. *Behaviour Research and Therapy*, 35(9), 793-802. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(97\)00040-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(97)00040-5)
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis [Problemas obsesivo-compulsivos: un análisis cognitivo-conductual]. *Behaviour Research and Therapy*, 23(5), 571-583. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(85\)90105-6](https://doi.org/10.1016/0005-7967(85)90105-6)
- Salkovskis, P. M. (1999). Understanding and treating obsessive-compulsive disorder [Comprender y tratar el trastorno obsesivo compulsivo]. *Behaviour Research and Therapy*, 37(1), S29-S52. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00049-2](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00049-2)
- Saúl, L. Á., López-González, M.ª y Bermejo, B. G. (2009). Revisión de los servicios de atención psicológica y psicopedagógica en las universidades españolas. *Acción psicológica*, 6(1), 17-40. <https://doi.org/10.5944/ap.6.1.227>
- Shafraan, R., Thordarson, D. S. y Rachman, S. (1996). Thought-action fusion in obsessive compulsive disorder [Fusión de pensamiento-acción en el trastorno obsesivo compulsivo]. *Journal of Anxiety Disorders*, 10(5), 379-391. [https://doi.org/10.1016/0887-6185\(96\)00018-7](https://doi.org/10.1016/0887-6185(96)00018-7)
- Simpson, S., Richardson, L., Pietrabissa, G., Castelnovo, G. y Reid, C. (2021). Videotherapy and therapeutic alliance in the age of COVID-19 [Videoterapia y alianza terapéutica en la era del COVID-19]. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 28(2), 409-421. <https://doi.org/10.1002/cpp.2521>
- Thomas, N., McDonald, C., de Boer, K., Brand, R. M., Nedeljkovic, M. y Seabrook, L. (2021). Review of the current empirical literature on using videoconferencing to deliver individual psychotherapies to adults with mental health problems [Revisión de la literatura empírica actual sobre el uso de videoconferencias para administrar psicoterapias individuales a adultos con problemas de salud mental]. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 94(3), 854-883. <https://doi.org/10.1111/papt.12332>
- Wootton, B. M. (2016). Remote cognitive-behavior therapy for obsessive-compulsive symptoms: A meta-analysis [Terapia cognitivo-conductual remota para los síntomas obsesivo-compulsivos: un metanálisis]. *Clinical Psychology Review*, 43, 103-113. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.10.001>
- Yacila, G. A., Cook-del Aguila, L., Sanchez-Castro, A. E., Reyes-Bossio, M., y Tejada, R. A. (2016). Traducción y adaptación cultural del Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) para trastornos obsesivos compulsivos. *Acta Medica Peruana*, 33(3), 253. <https://doi.org/10.35663/amp.2016.333.125>