



**APLICACIÓN DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL EN UN CASO DE  
TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO.**

Marina Vílchez Ceballos y María Teresa Orozco Alonso  
Universidad Complutense de Madrid

**APPLICATION OF COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY IN A CASE OF  
OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER**

Marina Vílchez Ceballos y María Teresa Orozco Alonso  
Complutense University of Madrid

**Dirección de contacto y envío de correspondencia**

Marina Vílchez Ceballos  
María Teresa Orozco Alonso  
Facultad de Psicología  
Campus de Somosaguas, s/n.  
28223. Pozuelo de Alarcón.  
Madrid. España.  
[marina.vilce@gmail.com](mailto:marina.vilce@gmail.com)



## **Aplicación de la terapia cognitivo–conductual en un caso de trastorno obsesivo compulsivo.**

Presentamos un estudio de caso clínico ilustrando la aplicación de la terapia cognitivo-conductual en una estudiante de 25 años que acude a consulta tras obtener elevadas puntuaciones en el triple sistema de respuesta en el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, ISRA (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 2002). La evaluación ha incluido: ISRA, entrevista semi-estructurada (Fernández-Ballesteros, 1992) y Escala de Obsesiones y Compulsiones de Yale Brown, YBOCS (Goodman et al., 1989). La paciente, diagnosticada de trastorno obsesivo compulsivo, presenta pensamientos intrusivos de carácter repetitivo, obsesiones relacionadas con la responsabilidad, la necesidad de saber o recordar y obsesiones somáticas, compulsiones de repetición y de comprobación. Los objetivos terapéuticos son la reducción de las respuestas de ansiedad, de pensamientos indeseados, comprobaciones y rituales, además del ajuste de la responsabilidad y la flexibilización de pensamiento. Se han aplicado técnicas de desactivación fisiológica, reestructuración cognitiva, exposición con prevención de respuesta y parada del pensamiento. Finalizado el tratamiento los resultados son positivos, observándose disminución significativa de la ansiedad y de la frecuencia de las compulsiones, en el nivel general de activación, en la frecuencia de los pensamientos intrusivos, así como un ajuste para la atribución de responsabilidad y literalidad de sus pensamientos.

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

## **Application of cognitive behavioral therapy in a case of obsessive compulsive disorder**

We present a clinical case study illustrating the application of cognitive-behavioral therapy in a 25 year old student who comes to see us after high scores on the triple response system on the Inventory of Situations and Responses of Anxiety, ISRA (Miguel-Tobal and Cano-Vindel, 2002 ). The assessment included ISRA, semi-structured interview (Fernández Ballesteros, 1992) and Obsessive Compulsive Scale Yale Brown, YBOCS (Goodman et al., 1989). The patient was diagnosed with obsessive compulsive disorder, presenting: repetitive intrusive thoughts, obsessions related to liability, the need to know or remember, somatic obsessions and compulsions of repetition and verification. Set as therapeutic targets were: reducing anxiety responses, unwanted thoughts and compulsions and rituals. Responsibility appraisal and flexibility of thought were addressed too. Techniques as physiological deactivation, cognitive restructuring therapy, exposure and response prevention and thoughts stopping were applied. The results post-treatment are positive, showing a significant decrease in anxiety levels and in the frequency of compulsions, a decrease in level of physiological activation and in the frequency of intrusive thoughts, as well as an adjustment in the attribution of responsibility and a new appraisal in the self-dialogue.

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

## **Aplicación de la terapia cognitivo-conductual en un caso de trastorno obsesivo compulsivo.**

### **INTRODUCCIÓN.**

El trastorno obsesivo compulsivo es una de las patologías más incapacitantes, aparece en la lista de enfermedades más prevalentes afectando a aproximadamente un 3% de la población española (Chocron, et al., 1995). Estudios transculturales muestran resultados consistentes (Horwath & Weissman, 2000), siendo un 2.3 % aproximadamente en la población general. (Attiullah, Eisen & Rasmussen, 2000).

La edad de aparición es anterior para hombres que para mujeres (Colomer, 2001) y el trastorno se desarrolla sólo en un 15 % de personas pasados los 35 años. (Maj, Sartorius, Okasha & Zohar, 2002). Suele aparecer en la adolescencia, con una edad media de inicio que oscila entre los 17 y 22 años para los hombres y los 19 y 24 para las mujeres. (Degonda, Wyss & Angst, 1993) y determinados acontecimientos estresantes pueden acentuarlo (muerte de un familiar, embarazo...). Cuando el paciente solicita ayuda profesional por primera vez, los síntomas y los rituales llevan presentes en su vida una media de 10 a 12 años (NICE, 2005).

El trastorno obsesivo compulsivo había sido considerado un trastorno de ansiedad en el DSM IV (APA, 2003) hasta la aparición del DSM V en el año 2014 donde aparece en una nueva categoría diagnóstica bajo “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 V, 2014) el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) se caracteriza por la presencia de obsesiones y compulsiones. Según el DSM V, las obsesiones son pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusivos o no deseados, que causan ansiedad o un intenso malestar. La persona intenta ignorarlos, suprimirlos o neutralizarlos con algún otro pensamiento o una acción, ya que reconoce que son producto de su propia mente de forma involuntaria (egodistónicos). Se trata de pensamientos de mayor entidad que las preocupaciones ya que, mientras el contenido de las preocupaciones puede variar fácilmente, las obsesiones son preocupaciones relativamente estables y suelen ir acompañadas de sentimientos de temor, vergüenza o culpa. (Foa & Wilson, 1992).

El componente compulsivo del TOC incluye comportamientos o actos mentales realizados de forma impulsiva y de acuerdo a ciertas reglas o de forma estereotipada. Aunque suelen tomar forma de conductas observables, también pueden manifestarse como comportamientos mentales encubiertos (contar, repetir una palabra cierto número de veces...). Aparecen de forma recurrente y tienden a ser ritualizadas por el paciente. Su función es la de reducir el malestar asociado a la obsesión y el de prevenir alguna situación o acontecimiento futuro temido, no pudiendo establecerse en todos los casos una relación lógica entre el ritual y el suceso o acontecimiento que se trata de prevenir.

La no realización del ritual conlleva una incómoda o severa ansiedad 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 & Beidel, 1992).

Ambos tipos de síntomas, las obsesiones y las compulsiones, suelen relacionarse funcionalmente y son calificados por el propio paciente como excesivos o irracionales en algún momento del curso del trastorno (Foa et al., 1995). Lo más frecuente es que el comportamiento estereotipado se realice como consecuencia de una obsesión, pero también puede tener lugar sin la presencia de pensamientos obsesivos. Igualmente, existe la posibilidad de padecer obsesiones sin compulsiones (Foa et al., 1995), las cuales suelen ser muy resistentes al tratamiento. (Labrador, Cruzado y Muñoz, 1995; Zohar & Insel, 1987).

Muchos han sido los enfoques que han analizado los tratamientos del trastorno obsesivo compulsivo y hasta ahora la eficacia de dos formas de tratamiento para el TOC ha sido establecida de forma sistemática por la comunidad científica: el tratamiento farmacológico mediante inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y la terapia cognitivo conductual implicando la exposición con prevención de respuesta (EPR) (Franklin, Abramowitz, Kozak, Levitt & Foa, 2000). Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) se han establecido como tratamientos de primera línea en el TOC, siendo poco invasivos, y numerosos estudios han demostrado su eficacia frente a otro tipo de antidepressivos. (Irfan, Khalid & Waqar, 2011).

Por otro lado la EPR ha sido señalada como tratamiento eficaz por algunos autores (Vallejo, 2001). La EPR se ha encontrado incluso más eficaz que algunos tratamientos, como la clomipramina (Foa et al., 2005) y superior a otros como el entrenamiento en relajación muscular progresiva (Fals-Stewart, Marks & Schafer, 1993), algunas técnicas generales del manejo de la ansiedad (Lindsay, Crino & Andrews, 1997) o el placebo (Foa et al., 2005).

La EPR ayuda a los pacientes a mejorar la perspectiva de autoeficacia, permitiendo el manejo de los miedos sin tener que apoyarse en conductas de evitación (Foa et al., 2005) ayudando además en la reducción de al menos un 60% de la sintomatología (Franklin et al., 2000).

Se han identificado algunas variables cognitivas relacionadas con la responsabilidad o el perfeccionismo presente en el TOC y en los rituales asociados a él (Bouchard, Rheaume & Ladouceur, 1999), lo que hace muy recomendable la inclusión de técnicas cognitivas para el tratamiento de este trastorno, ya que algunos de los patrones observados se relacionan con una sobrevaloración de la importancia de los propios pensamientos, hiperresponsabilidad, sobrevaloración de la importancia de controlar los pensamientos, sobrestimación del peligro asociado a los pensamientos, intolerancia a la incertidumbre y perfeccionismo (Cottraux et al., 2001; Freeston et al., 1996; Whittal, Thordarson, & McLean, 2005; OCCWG, 2005). Ese es el motivo de que la inclusión de técnicas cognitivas en el tratamiento del TOC se ha mostrado más eficaz que utilizar únicamente la EPR (Vogel, Stiles & Gotestam, 2004) conformándose como el tratamiento de primera elección para este trastorno.

En el presente artículo se presenta el proceso de evaluación e intervención terapéutica de un paciente diagnosticado de trastorno obsesivo compulsivo, bajo el marco de la terapia cognitivo conductual y apoyándose en la evidencia señalada para la eficacia de los tratamientos de primera elección adaptadas a las características idiosincrásicas del caso clínico.



## MÉTODO

### *Identificación de la paciente*

Se analiza el caso de una mujer de 25 años de edad en el momento de acudir a consulta, de nacionalidad española, con pareja en la actualidad, con quien mantiene una relación desde hace 7 años, sin hijos, de nivel sociocultural medio y estudiante universitaria de primer año. Comparte residencia con sus padres y dos hermanos de 14 y 13 años.

### **Motivo de consulta**

La paciente acude a consulta tras realizar una serie de cuestionarios en el seno de un estudio universitario. Aunque refiere “no tener ningún problema actualmente”, señala que acude “preocupada por unas altas puntuaciones en ansiedad obtenidas en el ISRA”. Afirma apretar mucho las mandíbulas al dormir y notar la zona muy tensionada durante el día, lo que la genera dolor en el área mandibular, no habiendo acudido con anterioridad a ningún especialista por esta razón. Expresa que teniendo la posibilidad de recibir atención psicológica, quiere aprovecharlo.

Se presenta aseada, despierta y con fluidez en el habla. No presenta signos de agitación ni emocionalidad desadaptados. Se toca mucho la mandíbula y se muestra algo inquieta. Se muestra muy colaboradora, con mucho interés y responde detalladamente las preguntas que se le plantean.

### **Historia del problema**

El problema se manifiesta por primera vez a los 12 años de edad, momento en el que acude a consulta psicológica acompañada por su madre, abandonando el tratamiento tras las 4 primeras sesiones de terapia. La paciente define el episodio por el que solicitó ayuda como una necesidad irrefrenable de confesar repetidamente conductas habituales que ha realizado a sus familiares como encender el televisor, el video, haber visto una película, etc., por miedo a que ocurriese algo malo si no las confesaba. Refiere también haber sentido necesidad de repetir comportamientos durante el juego con otros niños. El problema se ha mantenido hasta la actualidad, ya que desde entonces afirma haber convivido con pensamientos obsesivos y rituales y compulsiones, aunque ahora se presentan en menor intensidad que durante el primer episodio. Está muy preocupada por esos pensamientos intrusivos y refiere mucho miedo a que el pensamiento no desaparezca y volver a vivir lo mismo que a los 12 años.

Ella misma se define como una persona muy obsesiva, que piensa mucho y con alta necesidad de ayudar a los demás. Se describe como una persona muy nerviosa que desde pequeña presenta frecuentes dolores de estómago y tensión muscular. Presenta contracciones musculares involuntarias cuando realiza actividades que le suponen muchas activación –tanto actividades agradables como desagradables- y dolor significativo de la mandíbula a lo largo del día. A nivel social afirma ser especial, por considerarse muy selectiva a la hora de hacer nuevas amistades, y rígida en sus pensamientos, creencias e ideales. Además, según sus propias palabras, presenta una elevada predisposición a la hipocondría que le ha obligado a acudir a consulta médica con más frecuencia de lo que ella misma considera “adecuada”, debido a que en algunos momentos piensa que podrían estar padeciendo alguna enfermedad.

No refiere ningún otro evento destacable a lo largo de la infancia y adolescencia, salvo algunos aspectos familiares a tener en cuenta porque pueden haber sido relevantes para su propio desarrollo: elevada vulnerabilidad de la madre al estrés, haber presenciado un incidente de asfixia de otro significativo en 2012 y la obligación de cuidar de sus dos hermanos desde la adolescencia.

Inicialmente la paciente no reconoce la magnitud del problema, que como ella misma señala “ha asumido” en su vida diaria. Refiere “estar acostumbrada” y no es consciente de las implicaciones en su vida personal y académica. Sin embargo, sí que llega a reconocer durante la entrevista y a través de los autoinformes, que experimenta elevados niveles de ansiedad, la presencia de tics y pensamientos obsesivos de naturaleza variada, que interrumpen el flujo normal de pensamiento, pérdidas de tiempo debidas a la realización de comportamientos neutralizadores y de comprobación, lentitud excesiva a la hora de comer debido a la conducta ritualizada y dolores musculares en mandíbula y espalda.

## **Evaluación**

La evaluación se dirigió fundamentalmente hacia las conductas-problema actuales de cara a la elaboración de un modelo explicativo y un plan de intervención.

Los instrumentos de evaluación empleados fueron la Entrevista semiestructurada (Fernández-Ballesteros, 1992), el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad - ISRA (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 2002), la Escala Obsesivo Compulsiva de Yale-Brown (Goodman et al., 1989) y Autorregistros de observación.

A través de la entrevista se consiguió información muy valiosa. Se localizan en primer lugar pensamientos automáticos, recurrentes de contenido amenazante (obsesiones), rituales y compulsiones. Se describen las contingencias asociadas a las conductas problema, principalmente se describen las obsesiones y las conductas de neutralización. Se localiza una inadecuada y excesiva percepción de responsabilidad sobre los hechos y un lenguaje consigo misma inadecuado. Un miedo exagerado a “no ser normal” y a “que el pensamiento no se vaya de la cabeza”. También manifiesta muy poca flexibilidad respecto a las creencias e ideales que implica baja tolerancia respecto a las ideas de los demás, lo que sitúa a los demás en un plano bastante alejado de uno mismo.

Una tendencia a filtrar información amenazante relacionada con la enfermedad y con acontecimientos catastróficos que puedan ocurrir (atragantarse, que a su familia le ocurra algo catastrófico...) y pensamientos irracionales relacionados con la anticipación, el catastrofismo y relaciones establecidas con la realidad de pensamiento mágico (Si al cerrar la puerta suena mucho, siento que nada malo va a ocurrir y me quedo tranquila).

Se intuye un nivel alto de activación general producto del contenido amenazante de todos esos pensamientos y una falta de habilidad para relajarse. Una enfermedad de la madre derivada del estrés, cuyo diagnóstico nos es desconocido, podría sugerir un aprendizaje vicario que favorece los niveles altos de activación.

- *Escala Obsesivo Compulsiva de Yale-Brown (Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, Y-BOCS; Goodman et al. 1989).*

Evalúa la presencia/ausencia de una extensa lista de obsesiones, compulsiones y conductas de evitación y la intensidad de las más destacadas. Es utilizada principalmente para evaluar la gravedad de los síntomas y las variaciones a lo largo del tiempo (respuesta al tratamiento), no debe ser utilizada por sí sola para establecer el diagnóstico de TOC. Para la Escala de Obsesiones y Compulsiones de Yale Brown en entrevista semiestructurada se localizaron las obsesiones, compulsiones y rituales que se muestran en la tabla 1.

<i>Obsesiones:</i>
<p><b>Anteriormente:</b> hacer daño a otros, preocupación por enfermedades</p> <p><b>Presentes en la actualidad:</b></p> <p>Necesidad de saber o recordar</p> <p>Preocupación por la suciedad o los gérmenes</p> <p>Miedo a ser responsable que algo terrible suceda</p> <p>Preocupación por enfermedades</p>
<i>Compulsiones y rituales :</i>
<p><b>Anteriormente:</b> necesidad de decir, contar o confesar</p> <p><b>Presentes en la actualidad:</b></p> <p>Comprobar cerraduras y electrodomésticos: interruptor del secador, interruptores de la luz,</p> <p>Comprobar que nada terrible sucedió: revisar que las puertas estén cerradas, preguntar si todo sigue bien cuando no está en casa.</p> <p>Releer o reescribir: a la hora de escribir textos, carteles en muros o marquesinas, panfletos</p> <p>Conducta alimentaria ritualizada: reducir al mínimo el tamaño de los alimentos a la hora de ingerirlos</p> <p>Necesidad de repetir acciones de un modo rutinario: ponerse y quitarse elementos de vestir, tocar objetos de forma repetida.</p>

**Tabla 1. Resultados para la escala Obsesivo Compulsiva de Yale Brown pre - tratamiento.**

Obtuvo una puntuación total de 21 en la Escala Y-BOCS: 10 en obsesiones (S.S.O) y 11 en compulsiones (S.S.C.). Se observa un escaso reconocimiento de los síntomas, evitación moderada, indecisión moderada, sentido de responsabilidad excesivo grave, lentitud leve, duda patológica moderada y gravedad global moderada con moderada interferencia en la vida cotidiana

- *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA; Miguel Tobal y Cano Vindel, 2002)*

Evalúa la frecuencia de respuestas de ansiedad en el triple sistema de Respuestas (cognitivas, fisiológicas y motoras) y en diferentes áreas situacionales (Ansiedad de evaluación, interpersonal, fóbica y ante situaciones de la vida cotidiana). Está basado en el



modelo interactivo multidimensional de la ansiedad de Endler (Endler, 1975) y en el modelo tridimensional de Lang (Lang, 1968). Presenta un formato “situación-respuesta” y está formado por 224 ítems, resultado de la interacción de 22 situaciones y 24 respuestas acordes con los sistemas cognitivo, fisiológico y motor. Además, incluye una situación abierta para que pueda ser descrita por la persona evaluada.

En ella la paciente obtiene una puntuación directa para la ansiedad total de 219, lo que corresponde a un percentil 85. Esta puntuación total corresponde a las obtenidas en el triple sistema de respuesta, que se muestran, a continuación, en la tabla 2, junto los resultados para los rasgos específicos.

		<i>Puntuación directa</i>	<i>Percentil</i>
Triple	Sistema cognitivo	96	80
Sistema de	Sistema Fisiológico	54	80
Respuesta	Sistema Motor	69	80
Rasgos Específicos	Ansiedad de Evaluación	85	70
	Ansiedad interpersonal	26	80
	Ansiedad fóbica	42	70
	Ansiedad en la vida cotidiana	27	85

**Tabla 2. Resultados pre-tratamiento para el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, ISRA.**

Se utilizaron autorregistros con la idea de determinar la frecuencia de las obsesiones y compulsiones (que aparecen siempre emparejadas). La frecuencia media era de 15 veces al día, y la duración de las compulsiones oscilaba entre 1 y 3 minutos. También se registraron los pensamientos culpabilizadores, con una frecuencia media de 2 veces al día.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Mediante la información recogida a través de autoinforme y entrevista se concluye que la paciente cumple los criterios diagnósticos DSM V (APA, 2014) para F42 Trastorno Obsesivo Compulsivo [300.3]

La ausencia de un cuadro médico y del consumo de sustancias permitió descartar “el trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica” y “el trastorno de ansiedad inducido por sustancias”. Por otro lado, el contenido de temática variada de las obsesiones y el presencia de los pensamientos como egodistónicos, la aparición de rituales y compulsiones y su naturaleza, la ausencia de ideas delirantes además de la interferencia de los síntomas en la vida cotidiana de la paciente permitieron descartar otras patologías como: trastorno dismórfico corporal, fobia específica, hipocondría, tricotilomanía, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno del estado de ánimo no especificado, esquizofrenia, trastorno psicótico no especificado o trastorno de tics no especificado. La ausencia de preocupación excesiva por las normas y los horarios junto con la no aparición de dedicación excesiva a la productividad y el trabajo que interfiera en la vida social, la ausencia de perfeccionismo que interfiera en la realización de las tareas, la ausencia de avaricia y de conductas de acumulación descartó el diagnóstico de trastorno obsesivo de la personalidad.

## **Análisis funcional.**

Los datos recogidos muestran la presencia de pensamientos de carácter repetitivo, egodistónicos, de contenido amenazante (obsesiones) que generan altos niveles de ansiedad que decrecen con la realización de conductas neutralizadoras, ya recogidas en el apartado de evaluación (como apagar y encender interruptores, tocar objetos de forma repetida, ponerse y quitarse elementos de vestir, comprobar cerraduras y electrodomésticos, preguntar si todo sigue bien cuando no está en casa, releer o reescribir a la hora de leer textos o carteles o reducir el tamaño de los alimentos a la hora de consumirlos.)

Tales conductas siguen las pautas definidas para conductas compulsivas, se presentan en respuesta a las obsesiones, reducen el malestar generado por ellas y pretenden impedir la aparición de alguna consecuencia temida por la persona. Las conductas de neutralización se mantienen por un proceso de reforzamiento negativo. Se trata de una respuesta de evitación ante las consecuencias catastróficas asociadas a la no realización de los rituales y compulsiones y de una forma de evitación del malestar subjetivo generado por las obsesiones.

Parecen jugar un papel importante en el proceso algunos estímulos ambientales e internos, su presencia incrementa la aparición de las ideas obsesivas (la disminución de la luz ambiental (la noche o la tarde), zonas verdes o ajardinadas, animales (que evocan ideas catastróficas sobre el estado de su mascota, duda patológica relacionada con la posibilidad de haber dejado puertas abiertas), la percepción de síntomas fisiológicos de ansiedad o nerviosismo, notar sensaciones corporales como ruido al tragar o dolor o la presencia de conflicto en su casa entre sus hermanos mientras ella realiza otras actividades).

La interpretación de esos pensamientos como amenazantes, es decir, la preocupación sobre los propios pensamientos, actuaría como potenciador de los estados de ansiedad.

Así cuando tiene lugar algunas de las situaciones recogidas como antecedentes se disparan los pensamientos obsesivos que a su vez operan como estímulos condicionados que aumentan el nivel de ansiedad psicofisiológica, lo cual genera un estado de malestar que impulsa a la ejecución de los rituales que se presentan cumpliendo dos funciones principales, la de reducir el malestar subjetivo generado por las obsesiones y la de evitar las consecuencias negativas que se prevén de la no realización de las compulsiones y rituales, comportamientos que se mantendrían por reforzamiento negativo. La preocupación por las obsesiones contribuye a la elevación de los niveles de ansiedad experimentados.

Altos niveles de exigencia consigo misma y con los demás y un sentido de hiperresponsabilidad disminuyen la autoestima a partir de la verbalización encubierta de pensamientos minusvalorativos y culpabilizadores sobre uno mismo. Este tipo de pensamientos también contribuyen a incrementar su nivel de ansiedad. Estos altos niveles de exigencia se basan en esquemas cognitivos rígidos sobre cómo deben ser los otros que dificultan junto a un déficit en asertividad, especialmente respecto su capacidad para recibir críticas y hacer halagos que dificulta en baja medida las relaciones sociales.

Se muestra hipótesis explicativa en la figura 1.

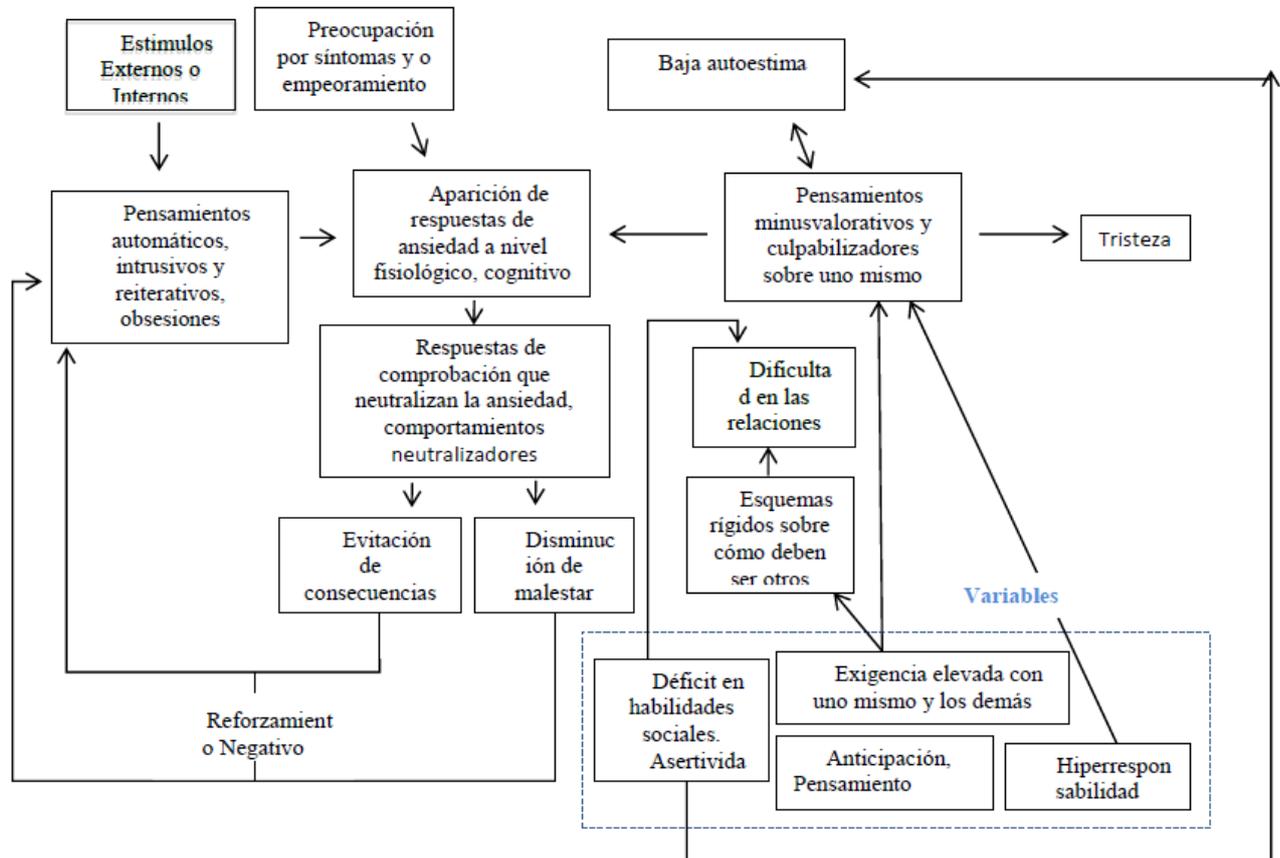


Figura 1. Hipótesis Explicativa

## TRATAMIENTO

### Objetivos del tratamiento

Como objetivo general se estableció la reducción de obsesiones, compulsiones y rituales para obtener una mayor calidad de vida.

Los objetivos específicos se detallan a continuación, junto al plan de tratamiento, de forma breve, en la tabla 3.



OBJETIVOS	TÉCNICAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Reducir las respuestas de ansiedad a nivel cognitivo, fisiológico y motor y disminuir el nivel general de activación. Dotando a la persona de herramientas para el control de la activación fisiológica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Psicoeducación</li> <li>▪ Reestructuración cognitiva</li> <li>▪ Respiración Diafragmática</li> <li>▪ Entrenamiento autógeno</li> <li>▪ Exposición</li> <li>▪ Autoinstrucciones</li> <li>▪ Autorregistros ABC</li> <li>▪ Autorregistro Relajación</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Reducir pensamientos indeseados y modificar la interpretación de los mismos como indeseables y amenazantes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Psicoeducación.</li> <li>▪ Reestructuración cognitiva.</li> <li>▪ Experimentos conductuales. Pruebas de realidad</li> <li>▪ Parada de Pensamiento</li> <li>▪ Autorregistros.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Eliminar rituales y reducir comprobaciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Psicoeducación.</li> <li>▪ Exposición con prevención de respuesta.</li> <li>▪ Autorregistros de exposición</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ampliar el foco de atención a información no amenazante dotando de herramientas para la identificación del sesgo atencional e interpretativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Psicoeducación</li> <li>▪ Reestructuración cognitiva</li> <li>▪ Experimentos conductuales</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ajustar la percepción de responsabilidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Psicoeducación.</li> <li>▪ Reestructuración cognitiva: reatribución.</li> <li>▪ Autorregistros</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aumentar su autoestima y modificar el lenguaje utilizado para referirse a uno mismo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Psicoeducación.</li> <li>▪ Reestructuración cognitiva.</li> <li>▪ Listado de aspectos positivos</li> <li>▪ Listado de deseos ( ajuste de expectativas)</li> <li>▪ Experimentos conductuales.</li> <li>▪ Autorregistros.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Adquirir flexibilidad cognitiva dotar de herramientas que permitan identificar y reestructurar el pensamiento polarizado y la sobre generalización.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Psicoeducación.</li> <li>▪ Reestructuración cognitiva.</li> <li>▪ Humor</li> <li>▪ Experimentos conductuales</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mejorar las habilidades sociales dotar de capacidades que permitan el establecimiento de límites y mejorar la capacidad para hacer y recibir cumplidos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Psicoeducación en habilidades sociales.</li> <li>▪ Reestructuración cognitiva.</li> <li>▪ Experimentos conductuales.</li> <li>▪ Modelado.</li> <li>▪ Humor.</li> </ul>

Tabla 3. Plan de tratamiento

### Técnicas utilizadas y justificación del uso de las mismas en el marco terapéutico

- Psicoeducación:

Formó parte de todos los módulos, se centró en la explicación de los modelos explicativos de los diferentes elementos implicados en el tratamiento y su papel desempeñado en el mismo: modelo explicativo del funcionamiento del TOC, habituación, evitación,

(Cruzado, 2012), exposición con prevención de respuesta (Foa et al. , 2005; Franklin et al., 2000; Vallejo, 2001), relajación (Labrador, De La Puente y Crespo, 1995), autoinstrucciones de Meichembaum (citado en Ruiz, 1995) y modelo A-B-C (Ellis, 1962; Beck, 1963).

- Técnicas de desactivación fisiológica:

Se realizó entrenamiento en respiración diafragmática y entrenamiento autógeno de Schultz (1972) (citado en Labrador, De La Puente y Crespo, 1995). Se programó para ser llevado a cabo durante siete sesiones, se complementó con autorregistros de relajación y se dedicó a su práctica 20 minutos al final de cada sesión. Se procede a trabajar las sensaciones según el siguiente orden: peso, calor, regulación cardiaca, regulación respiratoria, regulación abdominal y regulación de la región cefálica. Alcanzando en la penúltima sesión la fase de “Regulación de la región cefálica”.

- Exposición con Prevención de Respuesta (Foa et al., 2005; Franklin et al., 2000; Vallejo, 2001).

Se llevó a cabo de forma gradual a través de una jerarquía de exposición en USAS (Unidades Subjetivas de Ansiedad) de 5 ítems acordada entre paciente y terapeuta.

En primer lugar se establecieron los elementos generadores de mayor y menor ansiedad, anclaje superior e inferior y se fijó un elemento como intermedio. Desde ahí comenzamos a establecer valores intermedios para los diferentes pensamientos generadores de ansiedad llegando a obtener 10 ítems en la jerarquía. Agrupando los de contenido similar se establecen cinco elementos:

- Desagrado, asco generando altos niveles de ansiedad al tocar elementos que un gran número de personas ha tocado, puertas del metro, puertas del autobús, cristales...
- Miedo a ser responsable de que ella mismo u otros se atraganten y fallezcan
- Comprobar que nada terrible sucedió a personas o animales bajo su cargo
- Miedo a que el pensamiento no se vaya de la cabeza
- Miedo a ser responsable de que algo terrible suceda

Para los cuales se establecen los siguientes valores en unidades subjetivas de ansiedad: 25, 45, 70, 80,99

Se pactó para los primeros ítems de la jerarquía un formato de auto exposición por sentirse la paciente capaz después de recibir psicoeducación sobre la técnica de exposición y sobre prevención de respuesta. Ello después de haber practicado una sesión de relajación y a puertas de realizar la segunda. Cada exposición se acompañó de autorregistros de exposición y los ítems fueron reevaluados cuando las disminuciones de los niveles de ansiedad superaron el 25%.

Además de exponerse el registro de exposición incluía una columna para registrar la prevención de la respuesta y los niveles de malestar experimentados asociados a la prevención de la conducta ritualizada, inmediatamente y a los 30 minutos.

- Reestructuración cognitiva, reatribución, autoinstrucciones y parada del pensamiento

La reestructuración se apoyó en autorregistros en los que se revisaba en cada sesión una de las distorsiones bajo el marco del modelo de Ellis (1962), más tarde ampliado (Beck, 1963).

Se han trabajado concretamente las distorsiones de pensamiento polarizado y anticipación. Realizando Psicoeducación en el resto de pensamientos distorsionados y en el cuestionamiento y generación de pensamientos alternativos a través de autorregistros.

La aplicación de la técnica de autoinstrucciones (Meichenbaum, 1973) se centró en la modificación del lenguaje utilizado con uno mismo, comenzó por la localización de las instrucciones existentes y se entrenó en la generación de otras con contenido diferente y adaptativo. A la vez se retiró el refuerzo para el lenguaje de contenido minusvalorativo y se explicó el papel del refuerzo social en el proceso. La parada del pensamiento (Bain, 1928; citado en Lozano, Rubio y Pérez, 1999) se dirigió a interrumpir la focalización en las obsesiones, en su significado y contenido y a la sustitución de las mismas por pensamientos o imágenes agradables.

Con la idea de cambiar la atribución que la paciente realiza de su responsabilidad sobre los hechos, se solicitó una lista de situaciones y pensamientos por los que “sentirse culpable”. A partir de dicha lista, trabajamos ítem a ítem, desde los elementos más perturbadores a los menos perturbadores. El trabajo se llevó a cabo a través de gráficos circulares de probabilidad, donde la paciente situaba la probabilidad atribuible a diferentes elementos sociales, familiares, externos, propios..., que podrían tener un efecto en cada una de esas situaciones, llegando a la conclusión, de que la asignación de responsabilidad realizada de forma irracional, respecto del ambiente o respecto las decisiones tomadas por otros significativos, era nula o mínima.

- Experimentos conductuales:

Se utilizaron con el objetivo de apoyar la reestructuración cognitiva y otras técnicas utilizadas a lo largo del tratamiento, estos experimentos incluyeron pruebas de realidad.

Se pidió, por ejemplo, preguntar cuando algo no se conoce, también, realizar una lista de pensamientos perturbadores y pensar en ellos durante largos periodos de tiempo (con la idea de que perdieran su valor ansiógeno), o dejar en manos de otros cosas que considera su responsabilidad. Esto último, con la idea de aprender a delegar y descubrir que nada terrible sucedió. Otros, en fase más avanzada del tratamiento, concretamente una vez comenzado el entrenamiento en habilidades sociales, estuvieron relacionados con realizar conductas de tipo social que no consideraba habituales en su repertorio, como presentarse ante un colectivo desconocido o defender ideas contrarias a las suyas. Estas pruebas de realidad y otras similares se llevaron a cabo, con la idea de apoyar diferentes técnicas durante el tratamiento.

- Entrenamiento en habilidades sociales con modelado:

Se pretende utilizar el entrenamiento en habilidades sociales con la finalidad de mejorar la capacidad para recibir y hacer críticas y para recibir y hacer halagos. Así como para mejorar la capacidad para establecer límites en las relaciones sociales, mejorando la

capacidad para decir no y expresar opiniones, sentimientos y deseos, así como mejorar las estrategias a la hora de pedir ayuda a los demás

### Aplicación del tratamiento

El programa de intervención se viene desarrollando durante 20 sesiones. Las sesiones se han realizado una vez a la semana hasta la sesión 15, desde la sesión 16 a la 20 se comienzan a realizar cada dos semanas, lo que nos da una extensión temporal del tratamiento de 25 semanas. Todas ellas han tenido una duración aproximada de 60 minutos. Su contenido se explicita en la tabla número 4.

Sesión	Contenidos
1	Evaluación
2	Evaluación
3	Evaluación
4	<p>Devolución de información.                      Modelo explicativo del TOC (Definición de obsesiones/comportamientos neutralizadores, Modelo explicativo de habituación y evitación).                      Normalización del problema.                      Entrenamiento en respiración diafragmática  <b>Tareas:</b>                      Autorregistro de relajación</p>
5	<p>Modelo explicativo de la exposición con prevención de R                      Establecimiento de jerarquía de acontecimientos temidos                      Reestructuración: concepto de normalidad a través del humor (relato)                      Primera fase de entrenamiento autógeno: peso  <b>Tareas:</b>                      Autorregistro de exposición con prevención de R al primer ítem de la jerarquía                      Autorregistro de relajación</p>
6	<p>Revisión de autorregistros y dificultades                      Planificación de la exposición con prevención de R al primer ítem en la jerarquía                      Reestructuración cognitiva: psicoeducación modelo A-B-C /anticipación                      Segunda fase de entrenamiento autógeno: calor  <b>Tareas:</b>                      Autorregistro de exposición con prevención de R al primer ítem de la jerarquía                      Autorregistro A-B-C                      Listado de aspectos positivos sobre uno mismo</p>
7	<p>Revisión de autorregistros y dificultades.                      Revisión de resultados. Planteamiento de exposición con prevención de respuesta al segundo ítem de la jerarquía.                      Ilustración de los inconvenientes del lenguaje que utilizamos con nosotros mismos a través de un relato. Repaso de listado de aspectos positivos de uno mismo.                      Entrenamiento en autoinstrucciones                      Reestructuración cognitiva: modelo pensamiento polarizado                      Tercera fase del entrenamiento autógeno: regulación cardiaca  <b>Tareas:</b>                      Autorregistro de exposición con prevención de R al segundo ítem de la jerarquía                      Autorregistro A-B-C                      Autorregistro de relajación                      Durante la sesión se localizan sentimientos de culpabilidad y se manda un registro en forma de listado de “cosas por las que me siento culpable”</p>



- 8** Revisión de autorregistros y dificultades  
Reestructuración cognitiva: ajuste de responsabilidad sobre la lista y el registro previo: reatribución.  
Modelo explicativo (A-B-C)-D-E  
Repaso y mantenimiento de prevención de R al segundo ítem en la jerarquía  
Cuarta fase del entrenamiento autógeno: regulación respiratoria  
**Tareas:**  
Autorregistro de exposición con prevención de R al segundo ítem de la jerarquía  
Autorregistro: pensamientos alternativos.  
Autorregistro de relajación
- 9** Revisión de autorregistros y dificultades  
Reestructuración cognitiva: continua ajuste de responsabilidad sobre el registro previo ,  
reatribución/Repaso de pensamientos alternativos  
Planificación de exposición con prevención de respuesta al tercer ítem de la jerarquía  
Quinta fase del entrenamiento autógeno: regulación abdominal  
**Tareas:**  
Autorregistro de exposición con prevención de R al tercer ítem de la jerarquía  
Autorregistro: pensamientos alternativos  
Autorregistro de relajación
- 10** Revisión de autorregistros y dificultades  
Psicoeducación y aprendizaje de Parada del pensamiento  
Repaso de exposición con prevención de respuesta al tercer ítem de la jerarquía  
Sexta fase del entrenamiento autógeno: regulación región cefálica  
**Tareas:**  
Autorregistro de exposición con prevención de R al tercer ítem de la jerarquía  
Autorregistro de relajación
- 11** Revisión de autorregistros y dificultades  
Repaso de exposición con prevención de respuesta al tercer ítem de la jerarquía. Interferencias  
Reestructuración cognitiva sobre interferencias.  
Reestructuración cognitiva: psicoeducación en otras distorsiones.  
Repaso de todo el recorrido de relajación autógena, recorrido rápido de cada área y psicoeducación en  
relajación: ¿Cómo generalizar?  
**Tareas:**  
Autorregistro de exposición con prevención de R al tercer ítem de la jerarquía  
Autorregistro de relajación - Ejercicios de generalización para la relajación ( de pie en casa )  
Autorregistro A-B-C  
Listado de deseos
- 12** Revisión de autorregistros y dificultades  
Repaso de registro de exposición con prevención de respuesta. Se realiza un repaso de logros  
conseguidos y se reevalúan los ítems 1, 2 y 3. Se comprueba el valor para los dos últimos ítems que se  
han generalizado.  
Se repasa el listado de deseos, se plantea una nueva forma de enfocar los deseos, en pequeñas metas  
hacia la acción y se manda listado de acción para la próxima semana.  
Reestructuración cognitiva. Trabajamos sobre autorregistro en pensamientos alternativos para  
distorsiones.  
**Tareas**  
Autorregistro de relajación - Ejercicios de generalización para la relajación ( Andando)  
Registro A-B-C-D-E  
Listado de Acción
- 13** Revisión de autorregistro de relajación  
Repasamos lista de acción fijando fechas concretas.  
Repaso de pensamientos alternativos  
Se comienza con el entrenamiento en asertividad. Psicoeducación en estilos de comunicación.  
**Tareas**  
Identificar su propio estilo de comunicación y Lectura para casa.

- 14** Repaso de estilos de comunicación  
El cuarto ítem, “que el pensamiento no se vaya de la cabeza”, ha supuesto dificultades esta semana. Se solicita lista de pensamientos susceptibles a esta definición. Y se plantea retomar la exposición con prevención de respuesta. Se plantea exposición al pensamiento estableciendo límites temporales para ello – tiempo basura- , en combinación con prevención de R.  
Explicación, representación y practica de técnicas asertivas: disco rayado, banco de niebla y aserción negativa  
**Tareas**  
Autorregistro de exposición con prevención de R al cuarto ítem de la jerarquía  
Utilizar al menos dos de las técnicas para la próxima sesión.
- 15** Se revisa el Autorregistro para la exposición y prevención de respuesta, la paciente aporta un relato de sentimientos durante el proceso de exposición.  
Se comentan las dudas surgidas respecto a las técnicas asertivas utilizadas y se comentan los experimentos conductuales.  
Entrenamiento en técnicas asertivas: Romper el proceso de dialogo, pregunta asertiva, Técnica para procesar el cambio.  
**Tareas**  
Utilizar al menos dos de las técnicas para la próxima sesión.
- 16** Repaso de registro de jerarquía de exposición. Se reevalúan los ítems del 1 al 5. Fin de jerarquía de exposición con prevención de respuesta.  
Entrenamiento en técnicas asertivas: Aplazamiento, Ignorar y Acuerdo asertivo,  
Se comentan las dudas surgidas respecto a las técnicas asertivas utilizadas y se comentan los experimentos conductuales.  
**Tareas**  
Utilizar al menos dos de las técnicas para la próxima sesión.
- 17** Se comentan las dudas surgidas respecto a las técnicas asertivas utilizadas y se comentan los experimentos conductuales.  
Psicoeducación en Críticas y Halagos.  
**Tareas**  
Experimento conductual: cambios derivados de halagar a otros, cumplidos recibidos
- 18** Role playing: el conflicto. Experimento conductual en terapia: defender una idea contraria a la mía.  
Se realiza un repaso del estado actual. Se repasan los objetivos de tratamiento y se revisan los conseguidos con la paciente.  
Psicoeducación sobre las implicaciones del TOC tras el tratamiento.  
**Tareas**  
Cuestionarios para la evaluación Post-tratamiento
- 19** Recogida de Cuestionarios  
Psicoeducacion en prevención de recaídas
- 20** Acuerdo de las citas para seguimiento.  
Devolución de resultados

---

**Tabla 4. Aplicación del tratamiento**

## RESULTADOS

En una fase ya avanzada del tratamiento se ha realizado una evaluación post-tratamiento para valorar la eficacia de la intervención

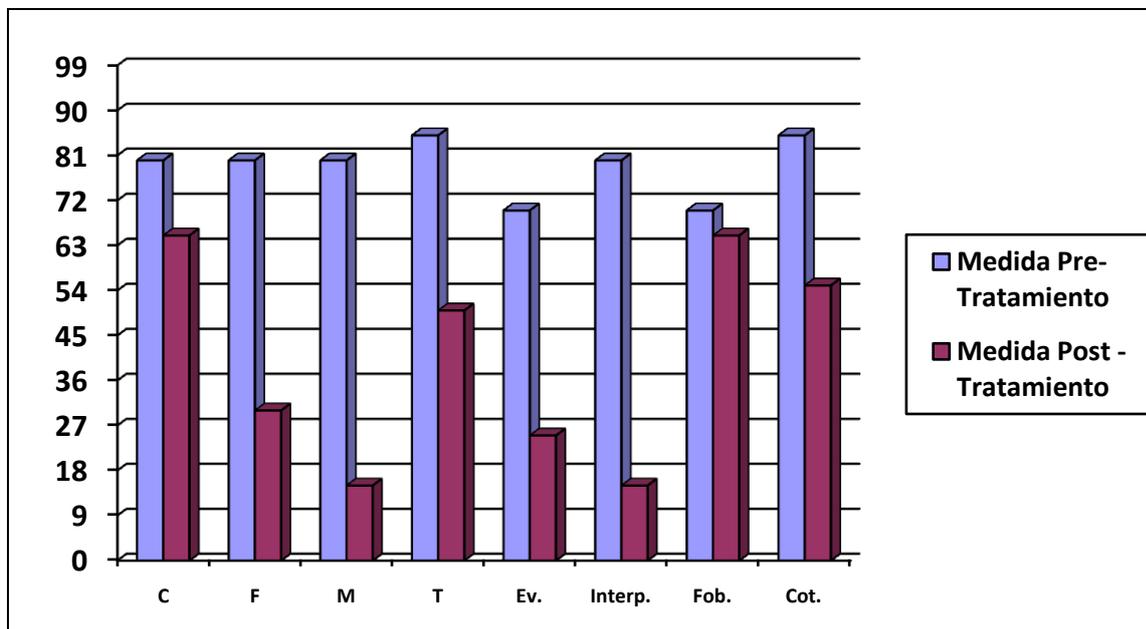
Atendiendo al análisis cuantitativo de los resultados se observa una reducción en todas las puntuaciones en el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA). La ansiedad ha disminuido en los tres sistemas de respuesta y en los cuatro rasgos específicos.

Como puntuación total la paciente obtiene una puntuación directa de 116, lo que corresponde a un percentil 50. Los resultados para las puntuaciones obtenidas en el triple sistema de respuesta y para los rasgos específicos se muestran en la tabla 5.

		<i>Puntuación directa</i>	<i>Percentil</i>
Triple Sistema de Respuesta	Sistema cognitivo	77	65
	Sistema Fisiológico	21	30
	Sistema Motor	18	15
Rasgos Específicos	Ansiedad de Evaluación	45	25
	Ansiedad interpersonal	6	15
	Ansiedad fóbica	40	65
	Ansiedad en la vida cotidiana	12	55

**Tabla 5. Resultados post-tratamiento para el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, ISRA.**

En la tabla número 6 se puede apreciar la mejoría respecto de las puntuaciones pre-tratamiento.



C= Cognitivo; F=Fisiológico; M=Motor; T=Total; Ev.=Ansiedad de Evaluación; Interp.=Ansiedad Interpersonal; Fob.=Ansiedad fóbica; Cot.:Ansiedad cotidiana

**Tabla 6. Resultados Pre-tratamiento y Post-tratamiento en el triple sistema de respuesta y los rasgos específicos en el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, ISRA, en puntuación centil.**

Para la jerarquía de exposición con prevención de respuesta, evaluada mediante autorregistro, se ha observado la extinción de conductas neutralizadoras (rituales y compulsiones) para los dos primeros ítems de la jerarquía (protección ante la contaminación y

conducta alimentaria ritualizada) disminuyendo el tiempo empleado para comer de 2 horas hasta 30 – 40 minutos. Las conductas de búsqueda de aseguración que acompañaban al tercer ítem de la jerarquía (comprobar que nada terrible sucedió a persona o animales a su cargo) disminuyeron sin llegar a la extinción, de media de 15 veces al día a 4 veces al día, ya no se dan de forma diaria, apareciendo con mayor frecuencia en situaciones de estrés. Para los dos últimos ítems de la jerarquía, (miedo a que el pensamiento no se vaya de la cabeza, miedo a ser responsable de que algo terrible suceda) las conductas neutralizadoras persisten pero el valor en unidades subjetivas de ansiedad ha disminuido de forma significativa por generalización. (De 80 a 15, de 99 a 25). Con ello la intensidad del malestar asociado a las obsesiones ha disminuido de forma considerable.

Otras conductas de evitación, como no fijar la atención en textos o pensamientos por miedo a que no desaparezcan después se han visto reducidas considerablemente, y los rituales y compulsiones interfieren de forma leve en su vida cotidiana. Se han visto reducidos sin llegar a la extinción a una media de 2 veces al día sin darse de forma diaria, apareciendo con mayor facilidad ante situaciones de estrés. La paciente relata que solo ocurren cuando “no es consciente”, si es consciente comenta serle de utilidad la prevención de respuesta.

Para la Escala de Obsesiones y Compulsiones de Yale Brown en entrevista semiestructurada, en la evaluación post-tratamiento, se localizaron las obsesiones, compulsiones y rituales que se muestran en la tabla 7.

<i>Obsesiones:</i>
<b>Anteriormente:</b> hacer daño a otros, preocupación por enfermedades, miedos supersticiosos
<b>Presentes en la actualidad:</b> Miedos supersticiosos Preocupación por enfermedades
<i>Compulsiones y rituales :</i>
<b>Anteriormente:</b> necesidad de decir, contar o confesar
<b>Presentes en la actualidad:</b> Comprobaciones ligadas a obsesiones somáticas (padecer un tumor) Necesidad de tocar y repetir acciones de modo rutinario: ponerse y quitarse elementos de vestir, tocar objetos de forma repetida.

**Tabla 7. Resultados post-tratamiento para la escala obsesivo – Compulsiva de Yale Brown**

Obtuvo una puntuación total de 13 en la Escala Y-BOCS: 5 en obsesiones (S.S.O) y 8 en compulsiones (S.S.C.). Se observa un ahora un reconocimiento de los síntomas excelente, evitación leve, indecisión leve, sentido de responsabilidad leve, ausencia de lentitud, ausencia de duda patológica. Por parte del terapeuta y en relación a los resultados obtenidos se evalúa la gravedad global como leve, altos grados de mejoría y buena fiabilidad.

La paciente se siente fuerte y se describe con capacidad de control, informa que han disminuido los tics musculares y que la sensación de tensión muscular es significativamente menor. A través de autorregistro se ha localizado una disminución cualitativa del 60% para el malestar subjetivo asociado a los procedimientos de exposición y del 40% en los niveles de activación percibidos.

Ha aumentado la capacidad para hacer una retribución de responsabilidades respecto a las acciones de los demás y respecto al cuidado de sus hermanos y los cambios se han generalizado a otras atribuciones. En la actualidad no aparecen sentimientos de culpabilidad asociados a la expresión de necesidades y deseos. Se ha reducido el componente de hiperresponsabilidad y control.

Ahora entiende el alcance de su problema, para el que encontramos altos niveles de aceptación. Se aprecian también cambios en el lenguaje que utiliza, ha aprendido a reírse de sí misma y de los errores sin ridiculizarse, no critica su peso o sus características físicas. Estos cambios repercuten en el nivel de autoestima, que se ha visto reforzada –según sus propias palabras-, ahora es capaz de autorreforzar su conducta y apreciar aspectos positivos de sí misma. Reconoce el pensamiento polarizado, la anticipación y la visión en túnel, no generaliza en sus interpretaciones, y sigue trabajando sobre ello en la actualidad.

Refiere encontrarse mucho mejor en la actualidad y se define como “autoconsciente”, “satisfecha” y ‘fuerte’. Comenta que “darte cuenta permite controlarlo”. Se han mejorado las habilidades para el control de la afectividad y la emocionalidad negativa.

Ahora la paciente entiende el valor de la crítica y el halago en las relaciones sociales y realiza halagos con mayor frecuencia. También relata que su capacidad para expresar sus deseos y necesidades se ha visto aumentada, cualitativamente se observa una mejora en la adaptación social. Ahora la paciente es más capaz de mantener conversaciones sobre temas de los que no está de acuerdo, es capaz de rechazar peticiones y ha mejorado sus habilidades de negociación.

## CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

Este artículo pretende ilustrar la aplicación de la terapia cognitivo- conductual en el trastorno obsesivo- compulsivo a partir de un caso clínico real. Así como ilustrar la aplicación de las técnicas señaladas en él y su eficacia en la reducción de la sintomatología en el TOC.

Existe evidencia empírica de la eficacia de la terapia cognitivo – conductual, y como tal ha sido declarada tratamiento de primera línea para el trastorno obsesivo compulsivo. Numerosas investigaciones señalan su efectividad, y autores como Podea, Suciú, Suciú & Ardelean (2009) la encuentran al menos tan efectiva como el tratamiento farmacológico con inhibidores de la recaptación de serotonina –IRSS-.

En este caso en particular, el tratamiento además de abordar rituales y compulsiones por medio de estrategias clásicas de exposición con prevención de respuesta se ha centrado en modificar el componente cognitivo y, en especial, la atribución de responsabilidades.

Tras 20 sesiones hemos alcanzado la finalización del tratamiento. Los resultados post -tratamiento muestran disminuciones importantes en los niveles de ansiedad. Aun así se observa el mantenimiento de ciertas obsesiones y también grandes avances respecto al malestar generado por las mismas e importantes disminuciones en los niveles de malestar.



Los avances mostrados han supuesto mejoras en la adaptación de la paciente a la vida cotidiana que además conllevan a la creación de un nuevo estilo de pensamiento donde es capaz de reconocer aspectos positivos y autorreforzar su conducta.

Esta efectividad ha guardado estrecha relación con la colaboración de la paciente a la hora de realizar las tareas fuera de consulta. Se ha conseguido una excelente adherencia al tratamiento, ya que sin la asistencia regular y el compromiso mostrado por la paciente no hubiera sido posible el cambio terapéutico. También hay que subrayar que las relaciones de la paciente con su entorno social (madre, hermanos, pareja y amigos) han supuesto un gran apoyo para la mejora, conformándose como un soporte social sólido y fundamental para el tratamiento del TOC.

A la hora de hablar sobre las limitaciones del presente trabajo, cabe señalar que aunque los avances para la superación gradual del problema son muy significativos y se han dado unos buenos resultados post- tratamiento, tanto a nivel cualitativo como cuantitativo, aun no se han realizado las sesiones de seguimiento. Esto añadido a la tendencia a la cronicidad que presenta este trastorno podría suponer dificultades en los efectos positivos derivados del tratamiento a medio y largo plazo que tendrán que ser evaluados en las sesiones de seguimiento.

También es necesario tener en cuenta que aunque la sintomatología se ha reducido de forma considerable, incrementando la calidad de vida de la paciente, no se ha conseguido extinguir por completo las conductas de evitación y los rituales y compulsiones.

Al tratarse de un estudio de caso único, por su naturaleza presenta algunas restricciones relacionadas con la generalización de todos los resultados y de las conclusiones, debido a las características idiosincrásicas de la paciente y del terapeuta.

Por un lado que una de las características clave que influye en la calidad de los resultados conseguidos es la ausencia de estresores ambientales en el momento actual en la vida de la paciente, que con alta probabilidad implicarían un empeoramiento o exacerbación de la sintomatología. (Rasmussen & Tsuang, 1984).

Finalmente nos gustaría recomendar la utilización, siempre, de aquellos tratamientos bien establecidos por la comunidad científica como eficaces en el abordaje de las diferentes patologías en salud mental, para que el buen uso de las diferentes estrategias permita dar soluciones efectivas y eficaces en el tratamiento del trastorno mental.

## REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2003). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Editorial Médica Panamericana
- Attullah, N., Eisen, J.L. & Rasmussen, S.A. (2000). Clinical features of obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23(3), 469-491.
- Beck, A. T. (1963). Thinking and depression: Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry*, 9, 324-333.

- Bouchard, C., Rheaume, J. & Ladouceur, R. (1999). Responsibility and perfectionism in OCD: an experimental study. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 239-248.
- Chocrón, L., Vilalta, J., Legazpi, I., Auquer, K., & Franch, L. (1995). Prevalencia de Psicopatología en un centro de atención primaria. *Atención Primaria*, 16, 586-90
- Colomer, C.A. (2001) *Psicopatología del trastorno obsesivo compulsivo* [Tesis Doctoral] [Recurso en línea]. URL: <http://helvia.uco.es/xmlui/bitstream/handle/10396/253/13079244.pdf?%20sequence=1> [Consulta: 12/12/2014].
- Cottraux, J., Note, I., Yao, S.N., Lafont, S., et al. (2001). A randomized controlled trial of cognitive therapy versus intensive behavior therapy in obsessive compulsive disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70(6), 288-297.
- Cruzado, J. A. (2012). Trastorno Obsesivo Compulsivo. En Vallejo, M. A. (2012). *Manual de terapia de conducta, tomo 1*, pp. 465-538. Madrid: Dykinson.
- Degonda, M., Wyss, M. & Angst J. (1993) .The Zurich Study. XVIII. Obsessive-compulsive disorders and syndromes in the general population. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 243, 16-22.
- Endler, N.S (1975). A person-situation interaction model for Anxiety. En Spielberger, C.A. y Sarason, I.G. (Eds): *Stress and Anxiety* (vol. 1). Washington, D.C: Hemisphere Publishing.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Oxford, England: Lyle Stuart.
- Fals-Stewart, W., Marks, A. P. & Schafer, J. (1993). A comparison of behavioral group therapy and individual behavior therapy in treating obsessive-compulsive disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 189-193.
- Fernández-Ballesteros, R. (1992). *Introducción a la evaluación psicológica*. Madrid: Pirámide.
- Foa, E.B., Kozak, M.J., Goodman, W.K., Hollander, E., Jenike, M.A. & Rasmussen, S.A. (1995). DSM IV field trial: obsessive compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152, 990-996.
- Foa, E.B., Liebowitz, M.R., Kozak, M.J., Davies, S., Campeas, R., Franklin, M.E., Huppert, J.D., Kjernisted, K., Rowan, V., Schmidt, A.B., Simpson, H.B. & Tu, X. (2005). Randomized, placebo-controlled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 162(1), 51-61.
- Foa, E.B & Wilson, R. (1992). *Venza sus obsesiones*. Barcelona: Robin Book.
- Franklin, M.E, Abramowitz, J.S., Kozak, M. J., Levitt, J.T. & Foa, E.B. (2000). Effectiveness of exposure and ritual prevention for obsessive-compulsive disorder: Randomized compared with nonrandomized samples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 594-602.
- Freeston, M.H., Rheaume, J. & Ladouceur, R. (1996) Correcting faulty appraisals of obsessional thoughts. *Behaviour Research and Therapy*, 34(5-6), 433-46.
- Goodman, W. K, Price, L. H, Rasmussen, S. A, Mazure, C., Delgado, P., Heninger, G. R. & Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1011.
- Horwath, E. & Weissman, M.M. (2000). The epidemiology and cross-national presentation of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23(3), 493-507.
- Irfan, U., Khalid, S. & Waqar, S. (2011) Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive compulsive disorder: a qualitative review. *Pakistan Journal of Pharmacology*, 28(2), 65-74.

- Jenike, M.A. (2004). Obsessive–Compulsive Disorder. *The New England Journal of Medicine*, 350, 259-65.
- Labrador, F.J., Cruzado, J.A. y Muñoz, M. (1995). *Manual de técnicas de modificación y terapias de conducta*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Labrador, F.J., De la Puente, M.L. y Crespo, M. (1995) Técnicas del control de la activación: relajación y respiración. En Labrador, F. J., Cruzado, J. A. y Muñoz, M. (1995), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*, 13, pp. 367-395. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Lang, P.J. (1968). Fear reduction and fear behavior: problems in treating a construct. En Shleien, J.M. (Ed.). *Research in Psychotherapy, III*. Washington: American Psychological Association.
- Lindsay, M., Crino, R. & Andrews, G. (1997). Controlled trial of exposure and response prevention in obsessive–compulsive disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 171, 135–139.
- Lozano, J.F, Rubio, E.M. y Perez, M.A. (1999) Eficacia de la técnica de detención del pensamiento en diferentes trastornos psicopatológicos. *Psicología Conductual*, 7, 471-499.
- Maj, M., Sartorius, N., Okasha, A. & Zohar, J (Eds) (2002). *Obsessive-compulsive disorder*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Miguel Tobal, J.J. y Cano Vindel, A. (2002). *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA): Manual*. Madrid: TEA.
- National Institute for Health and Care Excellence (2005). *Obsessive-compulsive disorder: [Recurso en línea] Core interventions in the treatment of obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder*. URL: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg031> [Consulta: 12.11.2014].
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (2005). Psychometric validation of the Obsessive Beliefs Questionnaire and the interpretation of Intrusions Inventory: Part 2. Factor analyses and testing of a brief version. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1527-1542.
- Podea, D., Suci, R., Suci, C. & Ardelean, M. (2009). An update on the cognitive behavior therapy of obsessive compulsive disorder in adults. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 2(9), 221-233.
- Rasmussen, S.A. & Tsuang, M.T. (1984). The epidemiology of obsessive compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 45(11), 450-457.
- Ruiz, M.A. (1995). Control del dialogo interno y autoinstrucciones. En Labrador, F. J., Cruzado, J. A. y Muñoz, M. (1995), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*, 24, pp. 656-666. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Turner, M.S., & Beidel, D.C. (1992). Are obsessional thoughts and worry different cognitive phenomena? *Clinical Psychology Review*, 12, 257–270.
- Vallejo Pareja, M.A. (2001) Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno obsesivo compulsivo. *Psycothema*, 13(3), 419-427.
- Vogel, P.A., Stiles, T. & Gotestam, K.G. (2004). Adding cognitive therapy elements to exposure therapy for obsessive compulsive disorder: A controlled study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 32 (3), 275 – 90.
- Whittal, M.L., Thordarson, D.S. & McLean, P.D. (2005). Treatment of obsessive-compulsive disorder: cognitive behavior therapy vs exposure and response prevention. *Behaviour Research and Therapy*, 43(12), 1559-76.
- Zohar, J. & Insel, T.R. (1987) Obsessive compulsive disorder psychobiological approaches to diagnosis, treatment and pathophysiology. *Biological Psychiatry*, 22, 667-687.