



Grado en Psicología
Trabajo de Fin de Grado
Curso 2020/2021
Convocatoria Junio

Modalidad: Estudio de caso

Título: Intervención psicológica en un joven con trastorno obsesivo compulsivo en relación con el covid-19

Autor: Judit Campello Vicente

Tutor: Diego Maciá Antón

Elche a 3 de Junio de 2021

Índice

1. Introducción	5
2. Método.....	6
3. Resultados.....	20
4. Conclusión.....	22
5. Referencias.....	24
Tabla 1. Autorregistro	9
Tabla 2. Cronograma.....	12
Figura 1. Diagrama analítico funcional.....	11
Gráfica 1. Resultados pre y postest	20
Gráfica 2. Evolución de la frecuencia de las compulsiones.....	21



RESUMEN

El caso clínico que se presenta a continuación ilustra la intervención mediante técnicas cognitivo-conductuales en un adolescente de quince años con trastorno obsesivo compulsivo. Éste se desencadena durante la pandemia provocada por el COVID-19. Se evaluaron los niveles de ansiedad mediante el STAI, el grado de depresión mediante el BDI-II y la gravedad del TOC a través de Y-BOCS. El paciente presentaba pensamientos intrusivos sobre contagiarse de esta nueva enfermedad y provocar el fallecimiento de un familiar, además de pensamientos distorsionados sobre la responsabilidad de la salud de sus familiares. Las técnicas utilizadas fueron psicoeducación, exposición con prevención de respuesta, relajación, reestructuración cognitiva y prevención de recaídas. La terapia tenía como objetivo general reducir las obsesiones, compulsiones, y las respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras de ansiedad en relación con la pandemia y el posible contagio, disminuir la frecuencia de los rituales de higiene y desinfección, y adecuar la percepción de responsabilidad sobre su familia. Ésta tuvo una duración de 18 semanas, componiéndose de veinte sesiones de una hora aproximadamente. En las sesiones de seguimiento se percibió una ligera recaída, pero tras la finalización completa de la terapia, el paciente presentó una significativa disminución de las obsesiones y compulsiones, aunque aún persiste una notable preocupación por la salud de su familia.

Palabras clave: experimento de caso único, terapia cognitivo-conductual, trastorno obsesivo-compulsivo, exposición con prevención de respuesta, reestructuración cognitiva, COVID19.

ABSTRACT

The following clinical case to be presented illustrates the assessment and intervention of a fifteen years old teenager with obsessive-compulsive disorder. It started during the pandemic caused by the COVID-19. The anxiety levels were carried out using the STAI questionnaire, the depression degree with BDI-II and the severity of TOC with Y-BOCS. The patient presented intrusive thoughts about being infected of the new disease and being the cause of the demise of his relatives, as well as distorted thoughts regarding the responsibility of his family's health. The techniques were psychoeducation, exposure therapy and ritual prevention, relaxation, cognitive restructuring, and relapse prevention. The therapeutical targets were reducing obsessions, compulsions, and cognitive, physiological, and motor responses in relation to the pandemic and the possible infection, decreasing the frequency of hygiene and disinfection rituals, and adequate the responsibility of his family. It had a duration of eighteen weeks and consisted of twenty sessions of about one hour. There was a relapse in the middle of the follow-up, however at the ending of therapy, the patient presented a significant reduction of obsessions and compulsions, although there is still a significant amount of concern for the health of his family.

Keywords: single-case study, obsessive-compulsive disorder, exposure, response prevention, cognitive behavioural therapy, COVID19.

INTRODUCCIÓN

Actualmente la pandemia por el coronavirus (COVID-19), descubierta por primera vez en Wuhan, se ha extendido rápidamente por su alta contagiosidad. La cuarentena causada por el estado de alarma en España incrementó la probabilidad de aparición de problemas psicológicos y mentales, ya que las personas fueron distanciadas de su círculo social y en algunos casos también familiar, sin previo aviso. La retirada de esta comunicación interpersonal hizo más probable que los trastornos ansiosos y depresivos se produjeran o agravaran. Además, el confinamiento redujo drásticamente la viabilidad de intervenciones psicosociales presenciales y la ayuda psicoterapéutica rutinaria (Huarcaya-Victoria, 2020).

En definitiva, la pandemia ha facilitado la aparición de sesgos e intrusiones cognitivas que generan ansiedad además de compulsiones, acciones mentales o conductuales destinadas a aplacar la aparición de las obsesiones, síntomas claves del trastorno obsesivo compulsivo (TOC).

Según el DSM 5 (APA, 2014), se requiere que las obsesiones y compulsiones estén presentes más de una hora al día o interfieran con el funcionamiento diario del individuo. El curso normalmente es crónico, con aumento y disminución de los síntomas y la incapacidad que provoca puede ir de moderada a grave. La prevalencia del TOC oscila en el 2,5% de la población general (Yoldascan, et al., 2009) y tal como indica Rapoport (1992), las características clínicas en niños/as y adolescentes no difieren en las del adulto, salvo en una menor frecuencia de las obsesiones debido a la escasa madurez cognitiva que poseen los niños.

El Obsessive-Compulsive Cognition Working Group (2005) llegó a un acuerdo sobre las creencias más relevantes y que en mayor medida mantienen el TOC. Estas son: sobrevalorar la importancia de los propios pensamientos, hiperresponsabilidad, sobreestimación del peligro, perfeccionismo, sobrevalorar la importancia del control de pensamientos e intolerancia a la incertidumbre.

En cuanto al tratamiento del TOC, la terapia cognitivo conductual se compone de la exposición con prevención de respuesta, psicoeducación y técnicas cognitivas. Está establecida como el tratamiento psicológico de elección con gran evidencia empírica además de tener mayor efectividad que la medicación antidepresiva (Fonseca, 2021).

Se ha de añadir que la Exposición con Prevención de Respuesta (EPR), fue comúnmente utilizada en la década de los sesenta junto con la prescripción de la clomipramina (Montero et al, 2013). Actualmente, según Vílchez y Orozco (2015), la

EPR ha demostrado su efectividad de forma continuada para el trastorno obsesivo compulsivo, incluso sin la prescripción de clomipramina (Foa et al., 2005) y de forma superior a otros tratamientos como la relajación muscular progresiva y algunas técnicas comunes para el manejo de la ansiedad (Lindsay et al. 1997).

Como resultado, la EPR es tan efectiva o más que el tratamiento cognitivo-conductual, aunque tal vez la decisión más adecuada sea incorporar la EPR, psicoeducación, técnicas cognitivas, terapia de grupo y aplicaciones graduales. Todos los componentes formarían un tratamiento con menor tasa de abandono y más eficiencia (Fonseca, 2021).

A continuación, se expone el caso de un paciente diagnosticado de trastorno obsesivo compulsivo, en el que durante la intervención se le aplicó terapia cognitivo-conductual, siendo sus componentes el encadenamiento de inferencias, debate empírico, técnicas de distracción, reestructuración cognitiva, exposición con prevención de respuesta (con ciertas limitaciones), relajación y prevención de recaídas.

MÉTODO

Identificación del paciente

Se trata de L, un joven de quince años que reside en la ciudad de Elche con sus padres, sus dos hermanos y su abuelo. Su madre, de 51 años, es cajera en un supermercado de su barrio y su padre, de 55 es cocinero en un restaurante de la zona también. Su abuelo está jubilado y se encarga de llevar y recoger del colegio al hermano pequeño de 10 años. Su otro hermano de 12 años asiste a primero de la ESO en el mismo instituto del paciente, donde éste cursa cuarto de la ESO. El nivel socioeconómico de la familia es medio-bajo.

Motivo de consulta e historia del problema

Durante el confinamiento y la desescalada en España, L fue el encargado de ir al supermercado y cuidar de sus hermanos y abuelo mientras su madre trabajaba. Debido a que siempre ha sido una persona muy obsesionada por la limpieza y preocupada por su familia, empezó a llevar extremo cuidado al salir a la calle y a desinfectar todo lo que había traído a casa del exterior. Al volver a casa solía lavarse las manos con gel desinfectante al menos hasta cinco veces y después se duchaba, lavándose concienzudamente. La ropa que llevaba puesta la ponía directamente en la lavadora, lavándola aparte. La ansiedad que le produce la posibilidad de contagiarse le provoca lavarse varias veces al día y desinfecta todo lo que ha traído del exterior. En el

momento de cocinar, procuraba que los alimentos comprados en el supermercado y expuestos en el establecimiento, hayan sido lavados varias veces, especialmente las frutas y verduras.

Cabe destacar que el paciente ya presentaba una leve obsesión por la limpieza, ya que antes de la pandemia se quitaba los zapatos al entrar a casa, se lavaba las manos hasta dos veces antes de cocinar y comer, e incluso intentaba educar a sus hermanos pequeños en la idea de que una excesiva higiene nunca provocaría una enfermedad.

Cuando salía de la habitación para reunirse con su abuelo, se ponía la mascarilla e intentaba no establecer contacto físico con él. También solía estar actualizado de las noticias y tras cada día observar que la cifra de contagios aumentaba exponencialmente, le hacía preocuparse por su abuelo que sufre de asma y eso lo convertía en más vulnerable aún a esta nueva enfermedad. Poco a poco empezó a tener pensamientos rumiativos sobre que podía contagiarle, ya que se consideraba como persona de riesgo, y provocar indirectamente la muerte de este si no llevaba mucho cuidado al salir. Estas cogniciones aparecían diariamente y le provocaban ataques de ansiedad, especialmente antes de dormir.

El paciente se describe como muy responsable y “tiquismiquis” de la higiene debido a que poco después de nacer su hermano menor, hace dos años, su madre enfermó gravemente por una infección bacteriana. Ella tenía poco tiempo para dedicar a las tareas domésticas así que el paciente optó por encargarse él de éstas. Desde entonces mantiene esas labores ya que sus padres pasan gran parte del día fuera de casa trabajando. En el mismo año que ocurrió la enfermedad de su madre, su abuelo se mudó a casa con ellos porque se sentía muy solo tras la muerte de su esposa y sus padres temían que desarrollara depresión. L empezó a sentirse responsable también por el bienestar de su abuelo. Desde entonces recuerda que comenzaron los dolores de estómago y tensión muscular en la mandíbula, aunque no le daba mucha importancia puesto que ya se había acostumbrado.

En el ámbito académico procura que su nota media sea sobresaliente ya que aspira a entrar al grado universitario de medicina. El tiempo libre que le queda tras encargarse de las tareas domésticas lo dedica a estudiar y leer. Admite que también siente presión y ansiedad autoimpuesta en este aspecto de su vida.

Estrategias de evaluación

La evaluación se dirigió fundamentalmente hacia la conducta-problema actual con el fin de elaborar un modelo explicativo y un plan de intervención.

Instrumentos

Los instrumentos de evaluación empleados fueron:

-*Cuestionario biográfico*. Entrevista con cuestiones que recogen toda la información significativa sobre las conductas-problema basándose en el análisis funcional. Su objetivo fue la elaboración de un diagnóstico y plan de tratamiento eficaz.

-*Inventario de obsesión-compulsión Yale Brown (Y-BOCS; Goodman et al. 1989)*. Formado por 10 ítems, 5 de ellos evalúan las obsesiones y el resto evalúan las compulsiones. Cada ítem está valorado entre 0 y 4, sin síntoma y sintomatología severa, respectivamente. La fiabilidad de este inventario se encuentra entre 0.60 y 0.90.

-*Inventario de Autoevaluación de la Ansiedad Estado-Rasgo para adolescentes y adultos (STAI; Spielberger et al. 2011)*. Está formado por 40 ítems que miden el nivel ansiedad total de adultos y adolescentes. Cada ítem está puntuado en una escala tipo Likert de 3 puntos que indican la frecuencia en la que se da el estado de ansiedad, siendo 0 casi nunca, 1 a veces, 2 a menudo y 3 casi siempre. La cumplimentación suele durar aproximadamente 15 minutos. Esta adaptación presenta unos coeficientes de fiabilidad del alfa de Cronbach de 0.83 y 0.92.

-*Inventario de depresión de Beck II*. Una adaptación española de Beck, Steer, Brown, Sanz y Vázquez (2011) del original Beck Depression Inventory II de Beck, Steer y Brown (1996). Formado por 21 ítems, tiene como objetivo reconocer y valorar la gravedad de los síntomas característicos de los adultos y adolescentes a partir de 13 años. La estimación de la magnitud de la depresión se realiza mediante la puntuación global, que oscila entre 0 y 63 puntos. Los criterios de evaluación de la gravedad son de 0-9, normal, 10-18, depresión leve, 19-29, depresión moderada y 30-63, depresión grave. En cuanto a la consistencia interna que refleja el estudio de la adaptación española del cuestionario BDI-II, se encuentra un alfa de Cronbach de 0.87.

-*Autorregistro de observación*. Se le solicitó al paciente que registrara las situaciones de ansiedad y momentos claves donde se aparecían las obsesiones, además de la frecuencia de las compulsiones, con el fin de obtener la línea base inicial de las conductas-problema.

Tabla 1.

Autorregistro.

Estímulo desencadenante	Pensamiento desastre	Grado malestar (0-10)	Ritual	Tiempo empleado	Grado malestar (0-10)
Tocar el ascensor del edificio.	“Seguro que la persona que lo ha tocado tenía coronavirus”	9	Me lavo las manos y utilizo gel desinfectante.	6 minutos	5
Comprar productos frescos del supermercado.	“Quizás alguien estornudó sobre ellos y tendrá el virus”	8	Me lavo las manos, lavo los productos y los desinfecto.	15 minutos.	5
Llegar a casa después de haber salido.	“Seguro que toda mi ropa está contaminada y lleva el virus”	8	Me ducho y pongo la ropa a lavar.	45 minutos.	6

A través de la entrevista se consiguió información muy significativa. Se identifican pensamientos automáticos obsesivos y conductas asociadas a neutralizar el pensamiento mediante la limpieza y la desinfección. Se descubre una incorrecta percepción de responsabilidad sobre la salud de los demás, en especial de su abuelo, y un miedo exagerado a no desinfectarse, contagiarse del coronavirus y transmitirlo a su familia, propiciando la hospitalización de alguno de ellos. También presenta mínima flexibilidad en cuanto a no limpiar cada cierto tiempo la casa y los objetos que provienen del exterior.

En general, se halla elevada información relacionada con la enfermedad y el COVID-19, y acontecimientos catastróficos (como la muerte) que puedan ocurrir en el más mínimo descuido. Se percibe un alto nivel de activación en ciertas partes corporales, como la mandíbula y el estómago, fruto del contenido amenazante de esos pensamientos y la poca importancia que le otorga a la relajación.

FORMULACIÓN CLÍNICA DEL CASO

Análisis funcional

Siguiendo los criterios del DSM-5 (APA, 2014) el paciente presenta un trastorno obsesivo-compulsivo.

El origen del trastorno puede explicarse por la elevada responsabilidad que desde que su madre enfermó y se mudó su abuelo, tuvo por su familia, y la necesidad de higiene diaria para preservar la salud y evitar la sensación de suciedad y asco.

Tras el estado de alarma provocado por la pandemia del COVID-19, las variables predisposicionales previas se han visto acentuadas por la necesidad de limpieza y desinfección ante el elevado riesgo de contagio que posee este nuevo virus.

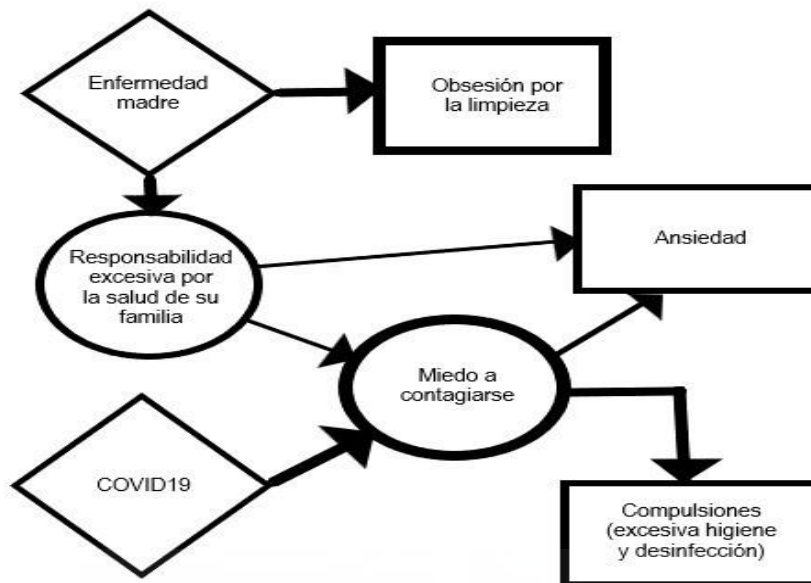
Las hipótesis funcionales diagnósticas se formulan a partir de los datos recogidos en la evaluación, que muestran que las cogniciones repetitivas (obsesiones) de carácter amenazante provocan elevados niveles de ansiedad, la cual disminuye al realizar conductas neutralizadoras (reforzamiento negativo) como desinfectar la comida del supermercado, tratar la ropa que ha llevado en la calle como infectada, lavarse las manos numerosas veces, ducharse al llegar a casa y llevar mascarilla también dentro de ella. Además, su ansiedad solía aumentar cuando sus familiares no realizaban las mismas conductas de higiene que él.

Las conductas neutralizadoras de higiene y limpieza tienen la finalidad de reducir el malestar generado por las obsesiones relacionadas con la infección del COVID-19. Éstas se mantienen por reforzamiento negativo, ya que pretende evitar las consecuencias catastróficas relacionadas por no realizar los rituales y compulsiones, y así, reducir el malestar emocional generado por las obsesiones.

La aparición de una pandemia mundial influye significativamente en la necesidad previa de higiene y limpieza que poseía el sujeto, y la presencia de mascarillas, gel hidroalcohólico, distancia social, restricciones de movilidad, etc. incrementa la llegada de pensamientos obsesivos. Interpretar estas cogniciones como desafiantes potencia el estado de ansiedad y los síntomas fisiológicos de incomodidad.

Figura 1.

Diagrama analítico funcional.



La hipótesis funcional terapéutica se basa en que, exponiendo al paciente a situaciones sin que se dé la respuesta compulsiva, éste descubrirá que sus pensamientos catastróficos no tienen base racional y menguaría la ejecución de rituales. La reestructuración cognitiva mejora la eficacia de la EPR modificando las creencias distorsionadas sobre la hiperresponsabilidad y sobrestimación del peligro, disminuyendo las emociones desadaptativas y en general, la sensación de malestar y ansiedad. Así se rompería el círculo vicioso de cognición negativa y neutralización.

El paciente reconoce que las medidas sanitarias recomendadas por el Gobierno de España son suficientes para frenar el contagio del COVID-19, y que la excesiva preocupación, limpieza y desinfección es dañina tanto mental como físicamente. Por ello, decide acudir a terapia con el apoyo de su familia, lo que le confiere a ésta un pronóstico favorable.

TRATAMIENTO

El objetivo general de la terapia fue reducir las obsesiones y compulsiones para mejorar la calidad de vida. Entre los objetivos específicos se encuentra reducir las respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras de ansiedad en relación con la pandemia y el posible contagio, disminuir la frecuencia de los rituales de higiene y desinfección, adecuar la percepción de responsabilidad sobre su familia, y dotar de flexibilidad cognitiva y herramientas que ayuden a evitar el pensamiento dicotómico y sobregeneralizado.

El tratamiento escogido fue la reestructuración cognitiva y la exposición con prevención de respuesta, que consistió en enfrentarse deliberadamente y de forma voluntaria, mediante la imaginación y en vivo, a la situación o al objeto temido, junto a la relajación diafragmática y la terapia cognitivo conductual (encadenamiento de inferencias, debate empírico, técnicas de distracción, reestructuración cognitiva).

La terapia comenzó durante el mes de junio, cuando ya fueron permitidas las sesiones terapéuticas presenciales, y tuvo un total de 20 sesiones. Éstas se realizaron dos veces por semana hasta la sesión 7, una vez por semana hasta la sesión 15, y las sesiones 16 y 17 se dieron con una periodicidad de 15 días, lo que llevó al tratamiento a tener una duración total de 18 semanas. Éstas han tenido una duración aproximada de sesenta minutos excepto las sesiones de exposición, de la 11 a la 15, que tuvieron una duración de ochenta minutos y las sesiones 16, 17 y 18, que fueron treinta. Las sesiones de seguimiento (19 y 20) pasaron a darse cada 6 meses hasta la remisión total de la conducta problema.

Tabla 2.

Cronograma

Sesión	Contenido	Objetivos	Tareas
1	Presentación Evaluación mediante entrevista.	✓ Formar una alianza terapéutica. ✓ Establecer un encuadre terapéutico. ✓ Resolver de dudas sobre cómo funcionará la terapia. ✓ Obtener información sobre el paciente.	Anotar cuestiones que quiera consultar que vayan surgiendo a lo largo de la semana. Cumplimentar autorregistro.

		✓ Entregar autorregistro de autoobservación.	
2	Administración de los cuestionarios STAI, Y-BOCS y BDI-II.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Resolver dudas. ✓ Obtener medidas pretest. 	<p>Anotar cuestiones que quiera consultar que vayan surgiendo a lo largo de la semana.</p> <p>Cumplimentar autorregistro.</p>
3	Comunicación de resultados. Psicoeducación acerca del TOC y la ansiedad.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Resolver dudas. ✓ Explicar el funcionamiento y mantenimiento del TOC al paciente y familiares. ✓ Comentar la posibilidad de poder disminuir la ansiedad mediante la respiración diafragmática y la importancia de esta. 	<p>Anotar cuestiones que quiera consultar que vayan surgiendo a lo largo de la semana.</p> <p>Cumplimentar autorregistro.</p>
4	Presentación del tratamiento de elección: EPR y TCC, relajación.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Resolver dudas. ✓ Asegurarse que el paciente comprende el contenido y objetivos del tratamiento. ✓ Instruir al paciente a cómo realizar una buena respiración diafragmática. 	<p>Registrar momentos en los que haya necesitado aplicar la respiración diafragmáticas debido a la ansiedad.</p> <p>Cumplimentar autorregistro.</p>

5	Relajación.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Resolver dificultades encontradas durante la realización de la respiración diafragmática. ✓ Practicar la respiración diafragmática junto al paciente. ✓ Identificar con el paciente las situaciones del autorregistro, en el que el grado de malestar causado por el pensamiento catastrófico puede ser disminuido con la relajación, y así paliar la compulsión. 	Cumplimentar autorregistro.
6	Psicoeducación sobre el mantenimiento de las compulsiones.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Entrenar al paciente a identificar cuáles son las obsesiones más notorias a partir del autorregistro. ✓ Identificar mediante el autorregistro los pensamientos intrusivos que mantienen la compulsión. 	Cumplimentar autorregistro.
7	Identificación de los sesgos y compulsiones.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificar las distorsiones automáticas. ✓ Determinar cuáles son las compulsiones más salientes del paciente. 	Cumplimentar autorregistro.
8	Reestructuración cognitiva.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Reconocer las creencias desadaptativas detrás de esas distorsiones automáticas. ✓ Modificar las creencias. 	Cumplimentar autorregistro.

9	Modificación de los sesgos cognitivos sobre la responsabilidad sobre la salud de sus familiares.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar un debate empírico sobre la probabilidad de culpa/responsabilidad. ✓ Completar gráficos de probabilidad de ocurrencia de la consecuencia temida. 	Cumplimentar autorregistro.
10	Resumen de la discusión cognitiva. Dificultades que aún persisten.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Resolución de dudas. ✓ Solución de dificultades. ✓ Breve avance sobre la fase de exposición. 	<p>Registro de dudas sobre la exposición.</p> <p>Cumplimentar autorregistro.</p>
11	<p>Educación sobre cómo la exposición ayuda a paliar las compulsiones del TOC.</p> <p>Elaboración de jerarquía de exposición situaciones temidas. Enfrentamiento a los estímulos temidos. Exposición en imaginación del ítem 1 y 2.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Elaborar la jerarquía de exposición a los estímulos que provocan la compulsión. ✓ Comenzar con la exposición en imaginación. 	<p>Practicar los dos primeros ítems de la jerarquía en vivo. Anotar las dificultades.</p> <p>Cumplimentar autorregistro.</p>
12	Exposición en imaginación del ítem 3 y 4.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Resolución de dudas y dificultades encontradas durante la exposición en vivo. ✓ Continuar con la exposición en imaginación de los dos ítems siguientes. 	<p>Practicar la exposición en vivo de cuatro primeros ítems.</p> <p>Anotar las dificultades.</p> <p>Cumplimentar autorregistro.</p>

13	Exposición en imaginación del ítem 5 y 6.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Resolución de dudas y dificultades encontradas durante la exposición en vivo. ✓ Continuar con la exposición en imaginación de los dos ítems siguientes. 	<p>Practicar la exposición en vivo de los seis ítems de la jerarquía.</p> <p>Anotar las dificultades.</p> <p>Cumplimentar autorregistro.</p>
14	Exposición en imaginación del ítem 7 y 8.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Resolución de dudas y dificultades encontradas durante la exposición en vivo. ✓ Continuar con la exposición en imaginación de los dos ítems siguientes. 	<p>Practicar la exposición en vivo de los ocho ítems de la jerarquía.</p> <p>Anotar las dificultades.</p> <p>Cumplimentar autorregistro.</p>
15	Exposición en imaginación del ítem 9 y 10. Repaso del bloque de exposición.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Resolución de dudas y dificultades encontradas durante la exposición en vivo. ✓ Continuar con la exposición en imaginación de los dos ítems siguientes. ✓ Comprobar que el paciente entiende la importancia de enfrentarse a los estímulos temidos y no recurrir a las compulsiones patológicas. 	<p>Practicar la exposición en vivo de todos los ítems de la jerarquía.</p> <p>Anotar las dificultades.</p> <p>Cumplimentar autorregistro.</p>
16	Prevención de recaídas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificar los factores que pueden provocar la reaparición del problema. ✓ Proponer actividades adaptativas como ocio, como ocio, 	<p>Anotar cuestiones que quiera consultar que vayan surgiendo a lo largo de la semana.</p>

		actividad física y otras actividades agradables.	Cumplimentar autorregistro.
17	Prevención de recaídas.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Preparación frente a posibles recaídas futuras: cómo afrontarlas. ✓ Incidir en los beneficios de recurrir al apoyo social y familiar. 	<p>Anotar cuestiones que quiera consultar que vayan surgiendo a lo largo de la semana.</p> <p>Cumplimentar autorregistro.</p>
18	Evaluación posttest.	✓ Aplicación del STAI, Y-BOCS, y BDI-II.	
19	Seguimiento.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Comentar las dificultades encontradas desde la última sesión. ✓ Aclaración de dudas. 	
20	Seguimiento.	✓ Realizar un inciso sobre los aspectos generales del tratamiento.	

Desarrollo de las sesiones

En la primera fase de la terapia, en la *primera sesión* donde acudió el sujeto y sus padres, se recogió mediante una entrevista semiestructurada el motivo de consulta, información sociodemográfica, antecedentes y cualquier cuestión relevante del paciente para el desarrollo de la terapia. También se le dio y se le pidió que empezara a cumplimentar el autorregistro durante todo el tratamiento.

En la *siguiente sesión*, tras revisar los datos anteriores e intuyendo cual era la conducta problema, se le administró el Inventario de obsesión-compulsión Yale Brown, el Inventario de Autoevaluación de la Ansiedad Estado-Rasgo para adolescentes y adultos y el BDI-II.

En la *tercera sesión* se citó al paciente junto a sus padres de nuevo, con el consentimiento de éste, para comentarles los resultados de la evaluación. Además, mediante psicoeducación, se les explicó que los pensamientos distorsionados previos de higiene como ausencia de enfermedad, se habían acentuado por la existencia de la pandemia, dando lugar a conductas neutralizadoras que hacían sentir mejor al paciente,

lo que se le denomina refuerzo negativo, pero que no solucionaban las creencias desadaptativas. También se les aclaró que la ansiedad era una reacción adaptativa pero que un estado permanente en ella ya sea fisiológica, motora o cognitivamente, podía derivar a problemas de salud como ya se manifestaba en el estómago y mandíbula del paciente.

En la *cuarta sesión* se le presentó el tratamiento de elección que se había escogido en este caso. Se llevaría a cabo la terapia cognitivo-conductual junto a la exposición con prevención de respuesta y la prevención de recaídas. Nos cercioramos también de que el paciente comprendía en todo momento en que consistirían las distintas etapas del tratamiento. Se quiso comenzar también con el entrenamiento en respiración diafragmática, una estrategia bastante útil ante la llegada de los pensamientos intrusivos. Además, se le pidió al paciente que completara en casa un autorregistro de situaciones en los que haya necesitado aplicar la respiración diafragmática y así comentar en la siguiente ocasión las dificultades encontradas.

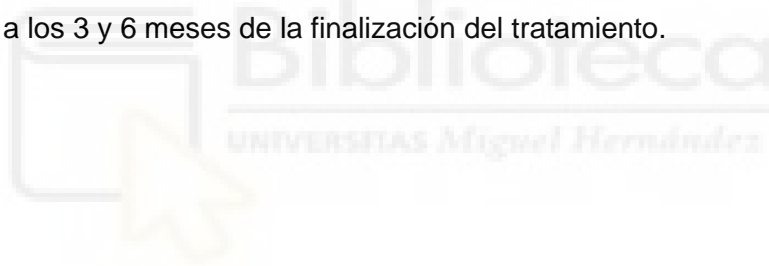
En la *quinta sesión*, donde finalizaría la primera parte de la terapia, se resolvieron las dudas encontradas durante la realización de la respiración diafragmática practicándola junto al paciente. Después se identificó con el paciente las situaciones del autorregistro donde la respiración diafragmática podría haber paliado el grado de malestar causado por el pensamiento desastre y así, evitar la compulsión.

La segunda fase del tratamiento comenzó en la sexta sesión con la psicoeducación sobre el mantenimiento de las compulsiones, donde se entrenó al paciente a reconocer las obsesiones más notables a partir del autorregistro que había cumplimentado durante las últimas sesiones. En la siguiente sesión dio comienzo la identificación de sesgos y compulsiones, concretamente con aquellas distorsiones automáticas de suciedad-enfermedad y responsabilidad de la salud de su familia, que también fueron recogidas en el autorregistro. Mediante el debate empírico y gráficos circulares de probabilidad, el paciente anotaba la probabilidad estimada de su culpa/responsabilidad al suceder determinadas situaciones. Llegó a la conclusión de que la responsabilidad que se atribuía diariamente de forma irracional a sus acciones o decisiones, realmente tenían un impacto mínimo en la salud de sus familiares. Esta fase del tratamiento continuó con la reestructuración cognitiva hasta finalizar en la décima sesión.

La tercera fase comenzó en la *undécima sesión* con la puesta en marcha de la exposición diaria a las situaciones temidas. Tras una breve explicación de cómo la exposición ayudaba a paliar las compulsiones del TOC, se realizó una exposición por

imaginación en la consulta de cada ítem de la jerarquía. Se comenzaba por el primero y no se pasaba al siguiente ítem hasta que la ansiedad no fuera mayor de dos en una escala de 0 a 10, donde 0 era ausencia de ansiedad y 10 bastante ansiedad. La prevención de respuesta complementaba a la exposición reduciendo las compulsiones y su mantenimiento. Cuando la exposición finalizaba, el paciente debía otorgar un nivel de ansiedad aproximado en cada uno de los objetivos alcanzados. Durante las siguientes sesiones, desde la *doceava* hasta la *decimoquinta*, se continuaba practicando la exposición en imaginación a los ítems de la jerarquía, se revisaban las tareas de casa que consistían en practicar esos ítems en vivo, y las dificultades encontradas.

En la última fase del tratamiento se trabajó la prevención de recaídas y la post evaluación de las pruebas STAI, Y-BOCS, y BDI-II para valorar y estudiar la mejoría del paciente tras la terapia. Éstas se produjeron desde la *decimosexta sesión* y la *decimoctava*. Se identificaron aquellos factores que pudieran provocar la reaparición del problema, se propuso actividades adaptativas como el ocio, la actividad física y otras actividades agradables. También se prepararon situaciones para que el paciente pudiera afrontarlas en caso de darse. Las dos últimas sesiones de seguimiento se establecieron a los 3 y 6 meses de la finalización del tratamiento.

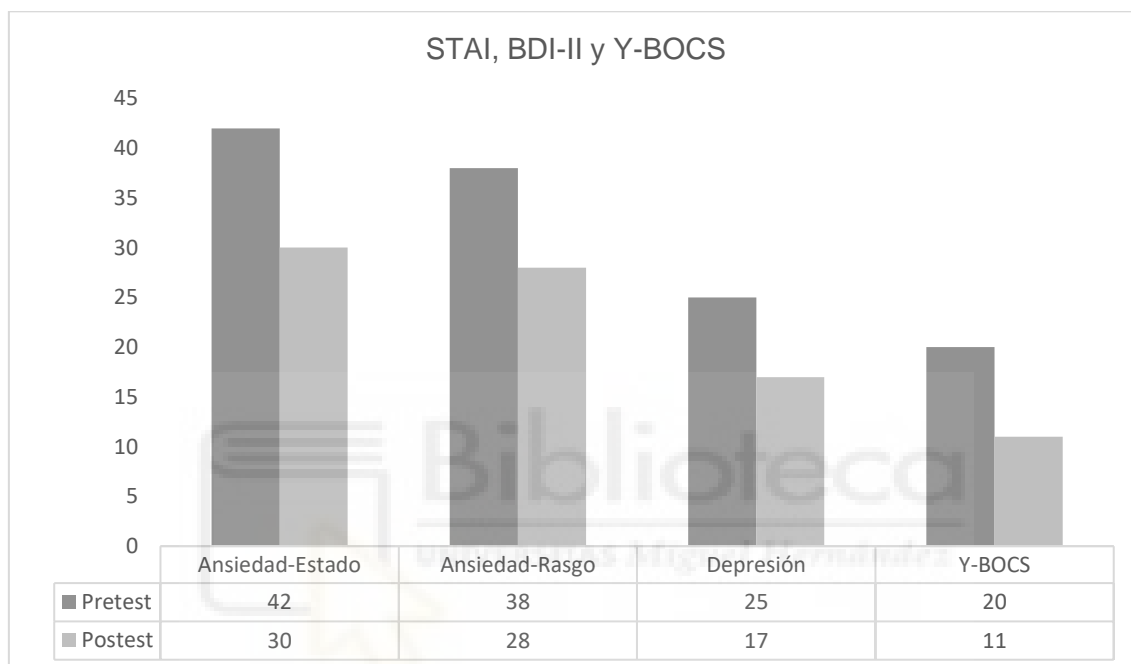


RESULTADOS

Tras finalizar la terapia se analizaron los resultados obtenidos en el pretest y postest de los cuestionarios administrados: el Inventario de Autoevaluación de la Ansiedad Estado-Rasgo para adolescentes y adultos, el Inventario de obsesión-compulsión Yale Brown y el inventario de depresión de Beck II.

Gráfica 1.

Resultados pre y postest.



En primer lugar, al estudiar las puntuaciones del STAI se puede observar que en el pretest el paciente alcanzó una puntuación directa Ansiedad-Estado de 42 y una puntuación directa Ansiedad-Rasgo de 38. Tras la finalización de la terapia, la puntuación que obtuvo en Ansiedad-Estado se encontraba dentro de la media, con un directa de 30, y en Ansiedad-Rasgo una puntuación directa de 28. Se puede afirmar que, tras la intervención, los niveles de ansiedad han disminuido considerablemente.

En el inventario de depresión de Beck II, tras la primera administración se obtuvo una puntuación de 25, lo que aludía a una depresión moderada. Tras la terapia la puntuación que se obtuvo fue de 17, calificándose como leve. Se presupone que a pesar de las sesiones terapéuticas el paciente aún está lidiando con los aspectos negativos que supone estar en situación de pandemia como mantenerse alejado de su círculo social, la disminución del ejercicio físico y actividades agradables, las clases on-line, y el riesgo constante de su salud.

En cuanto a los resultados en la Escala Y-BOCS, puntuó globalmente 20, siendo la dimensión más elevada la de la limpieza, aunque se observó un moderado reconocimiento de síntomas y duda patológica, evitación, lentitud e indecisión leve, sentido de responsabilidad elevada. Dada esa puntuación, se valoró la gravedad del TOC como moderada. Una vez realizada la terapia, la puntuación pasó a ser de 11, con un excelente reconocimiento de síntomas, ausencia de lentitud y duda patológica, y evitación e indecisión leve. Se califica la gravedad del TOC como leve y con un alto nivel de mejoría.

Gráfica 2.

Evolución de la frecuencia de las compulsiones.



Como se puede apreciar en la Gráfica 2, utilizando un modelo de caso único A-B y partiendo de la línea base, el paciente al principio del tratamiento anotaba la frecuencia de las compulsiones que realizaba hasta la siguiente sesión. Tras el desarrollo de las sesiones la frecuencia ha ido disminuyendo hasta la primera sesión de seguimiento (sesión 19), donde L comentó que su padre había dado positivo en COVID19 y sentía que volvía a recaer en las antiguas creencias desadaptativas. Tras el tiempo transcurrido hasta la segunda sesión de seguimiento, el paciente ya puso en práctica las herramientas de la terapia y pudo volver a mejorar, como se observa en la sesión 20.

El paciente se siente más competente al realizar la reatribución de la responsabilidad respecto a las acciones de su familia y cuidado de sus hermanos y abuelos. Actualmente ya no aparecen sentimientos de culpabilidad relacionados con el posible contagio del COVID19. Se ha reducido significativamente el factor de control e hiperresponsabilidad. También refiere que ha extrapolado las estrategias de la reestructuración cognitiva a otros ámbitos de su vida, como el académico, ya que admite que desarrolló (por iniciativa propia) mucha responsabilidad y autoexigencia por las buenas calificaciones desde la niñez.

CONCLUSIÓN

La premisa inicial fue que la terapia cognitivo conductual componiéndose de principalmente la relajación, reestructuración cognitiva y exposición con prevención de respuesta, ayudaría a reducir los pensamientos distorsionados, las compulsiones motoras y la ansiedad.

La terapia cognitivo conductual es declarada tratamiento de primera línea para el trastorno obsesivo compulsivo por su elevada evidencia empírica, es casi tan efectiva como el tratamiento farmacológico con inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS), (Podea et al. 2009). Combinada con la utilización de la Exposición y Prevención de respuesta, han supuesto la clave del éxito terapéutico ya que la eficacia de la EPR para el tratamiento del TOC ha sido demostrada en los resultados de amplios estudios desde los años 60 (Vallejo, 2001).

El objetivo de la EPR en este caso particular ha sido mantener las conductas básicas de higiene en una situación de una pandemia sin el componente patológico. Tras cada sesión se notó una relevante disminución en el nivel de malestar y una mejora en la adaptación del paciente a la “nueva normalidad”, que implica un nuevo patrón de pensamiento donde es capaz de reconocer que, con las medidas sanitarias recomendadas por la OMS, existe una mínima posibilidad de contagiarse de COVID-19, y en el caso de hacerlo no sería su entera responsabilidad ni la de su familia. Este cambio cognitivo ha disminuido considerablemente la ansiedad que aparecía diariamente.

La efectividad del tratamiento ha estado estrechamente ligada a la de adherencia del paciente, ya que asistía regularmente y realizaba con ahínco las tareas que se le mandaba tras la sesión. Cabe señalar que el apoyo del entorno familiar ha supuesto una base sólida en el tratamiento del TOC.

Una de las limitaciones que se encuentra en el presente caso clínico es que la duración y la gravedad de la pandemia es variable, lo que podría derivar a posibles recaídas en un futuro, ya que una de las características relevantes que repercuten en la calidad de los resultados obtenidos es la carencia de estresores ambientales en el momento actual en la vida de la paciente, que con elevada probabilidad implicarían un empeoramiento o aumento de la sintomatología (Vilchez y Orozco, 2015).

También se debe incidir en que, durante el COVID19, las personas que ya padecían previamente misofobia y se consideraban a sí mismas exageradas, han encontrado que su miedo a la contaminación se ha vuelto real y justificado (Jelinek et al., 2021). Como consecuencia, el Instituto Nacional del espectro de los trastornos obsesivos compulsivos y el sistema de investigación del Instituto Europeo de Neuropsicofarmacología ha resaltado la necesidad de adaptar o incluso pausar el tratamiento de exposición con prevención de respuesta durante la pandemia (Fineberg et al., 2020). Ciertamente, es necesario sopesar los riesgos y beneficios del tratamiento, ya que el COVID-19 es altamente contagioso y el tratamiento con ERP para el TOC relacionado con la contaminación puede implicar, por ejemplo, tocar superficies "públicas" muy frecuentadas sin lavarse las manos posteriormente.

Así que sería recomendable el estudio de las particularidades, complicaciones e innovaciones que puedan surgir a lo largo de un tratamiento del TOC en una situación de pandemia mediante la EPR.

Se puede afirmar que se han obtenido buenos resultados tras el tratamiento, pero, aun así, el paciente no se ha desprendido de la sensación de tener sobre sus hombros la responsabilidad de la salud de su familia, y, sobre todo, de la de su abuelo.

REFERENCIAS

- Abramovitch, A., Abramowitz, J. S., Riemann, B. C., & McKay, D. (2020). Severity benchmarks and contemporary clinical norms for the Obsessive-Compulsive Inventory-Revised (OCI-R). *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 27, 100557. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2020.100557>
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. Editorial Médica Panamericana.
- Beck, A., Steer, R., Brown, G., Sanz, J., & Vázquez, C. (2011). *BDI-II. Inventario de Depresión de Beck-II*. Pearson Educación.
- Behobi Baudou, W. A., García, F., y Fernández-Álvarez, H. (2013). Psicoterapia cognitiva individual del TOC. *Salud mental*, 36(4), 347-354. <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2013.042>
- Benatti, B., Albert, U., Maina, G., Fiorillo, A., Celebre, L., Girone, N., ... & Dell'Osso, B. (2020). What happened to patients with obsessive compulsive disorder during the COVID-19 pandemic? A multicentre report from tertiary clinics in northern Italy. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 720. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00720>
- Caja, R. (2016). Evaluación de un caso de trastorno obsesivo compulsivo e intervención. *Clínica y salud*, 27(1), 23-28. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2016.01.003>
- Dávila, W. (2014). Terapia cognitivo-conductual en el trastorno obsesivo-compulsivo. *Norte de Salud mental*, 12(49).
- Fals-Stewart, W., Marks, A. P. & Schafer, J. (1993). A comparison of behavioural group therapy and individual behaviour therapy in treating obsessive-compulsive disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 189-193.
- Fernández, M. Á. R., García, M. I. D., y Crespo, A. V. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Desclée de Brouwer.

- 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.
<https://doi.org/10.1176/foc.5.3.foc368>
- Fonseca, E. (2021). *Manual de tratamientos psicológicos*. Pirámide.
- Gil, P. J. M., Carrillo, X. M., y Navarro, M. E. L. (2001). Trastornos de la personalidad y respuesta al tratamiento psicológico en un caso de trastorno obsesivo compulsivo grave. *Psicología Conductual*, 9(3), 609-627.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., Heninger, G. R., & Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: I. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46(11), 1006-1011.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1989.01810110048007>
- Huarcaya-Victoria, J. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37(2).
<https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5419>
- Jelinek, L., Moritz, S., Miegel, F., & Voderholzer, U. (2021). Obsessive-compulsive disorder during COVID-19: Turning a problem into an opportunity? *Journal of Anxiety Disorders*, 77, 102329. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102329>
- 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. <https://doi.org/10.1192/bjp.171.2.135>

- Montero, C., Fernández, L. C., y Pol, J. (2013). Terapia cognitivo-conductual con componentes de aceptación y compromiso en un caso de trastorno obsesivo compulsivo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33(117), 123-134.
- Salcedo, M., Vásquez, R., & Manuel, C. G. (2011). Trastorno obsesivo compulsivo en niños y adolescentes. *Revista colombiana de Psiquiatría*, 40(1), 131-144.
[https://doi.org/10.1016/s0034-7450\(14\)60109-8](https://doi.org/10.1016/s0034-7450(14)60109-8)
- Saval, J. J. (2015). Exposición y prevención de respuesta en el caso de una joven con trastorno obsesivo-compulsivo. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 2(1), 75-81.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R. E., Buena-Casal, G., Guillén-Riquelme, A., & Seisdedos, N. (2011). *STAI: Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo*. TEA.
- Obsessive-Compulsive Cognitions Working Group. (2001). Development and initial validation of the obsessive belief's questionnaire and the interpretation of intrusions inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 39(8), 987–1006.
[https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(00\)00085-1](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(00)00085-1)
- Ortiz, A. E., Espelt, C., Rosa, M., Puig, O., Lázaro, L., y Calvo, R. (2019). Identificando compulsiones en niños y adolescentes con trastorno del espectro autista. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 36(4), 24-40.
<https://doi.org/10.31766/repisij.v36n4a4>
- Rapoport, J. L. (1992). Childhood obsessive compulsive disorder. *Journal Clinic Psychiatry*, 53, 6-11.
- Vallejo, M. Á. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno obsesivo compulsivo. *Psicothema*, 13(3), 419-427.

Vílchez, M., y Orozco, M. T. (2015). Aplicación de la terapia cognitivo–conductual en un caso de trastorno obsesivo compulsivo. *Revista De Casos Clínicos En Salud Mental*, 3(1).

Yoldascan, E., Ozenli, Y., Kutlu, O., Topal, K., & Bozkurt, A. I. (2009). Prevalence of obsessive-compulsive disorder in Turkish university students and assessment of associated factors. *BMC psychiatry*, 9(1), 1-8.

<https://doi.org/10.1186/1471-244x9-40>

