

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ DE ELCHE

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria



**TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE
UN CASO DE TRASTORNO OBSESIVO-
COMPULSIVO**

TRABAJO FIN DE MÁSTER

Febrero 2016

AUTORA: LAURA MARTÍNEZ RODES

TUTOR: DIEGO MACIÁ ANTÓN

Resumen

El presente trabajo es un estudio de caso único que expone la evaluación e intervención de una mujer de 27 años con un trastorno obsesivo-compulsivo. Se evaluó la severidad del TOC con la Y-BOCS, el tipo de obsesiones y compulsiones con el Inventario de Padua, la presencia de sintomatología depresiva con el BDI-II y los niveles de ansiedad con el STAI. La paciente presentaba principalmente compulsiones de comprobación y orden a las que dedicaba alrededor de 4.5 horas/día. El tratamiento consistió en una intervención cognitivo-conductual que combinó exposición con prevención de respuesta y reestructuración cognitiva, además de, entrenamiento en respiración abdominal y farmacoterapia. El objetivo fue disminuir/eliminar la frecuencia y/o duración de las obsesiones y compulsiones y modificar las distorsiones cognitivas relacionadas con la responsabilidad excesiva y el perfeccionismo. Éste se desarrolló a lo largo de 22 sesiones semanales de aproximadamente 1.5-2 horas. Las dos primeras sesiones se dedicaron a la evaluación, de la tres a la veinte se aplicó el tratamiento, y las dos últimas fueron dedicadas a la prevención de recaídas y la evaluación post-tratamiento. Al finalizar la intervención, habían desaparecido casi por completo las obsesiones y compulsiones, y se produjo una mejora tanto de los niveles de ansiedad como de la sintomatología depresiva. Al mes se realizó una primera entrevista de seguimiento en la que se mantuvo la mejoría clínica de la paciente.

Palabras clave: trastorno obsesivo-compulsivo, tratamiento, exposición con prevención de respuesta, reestructuración cognitiva, experimento caso único.

Abstract

The present essay describes the assessment and intervention in a single-case study of a 27-year-old woman with an obsessive-compulsive disorder. The assessment of the severity of CBT was evaluated with the Y-BOCS scale, the type of the obsessions and compulsions was evaluated with Padua Inventory, the presence of depressive symptomatology with the BDI-II inventory and the anxiety levels with STAI questionnaire. The patient presented checking and order rituals in which used to spend about 4.5 hours/day. The treatment consisted on a cognitive-behavioural intervention which combined exposure and response prevention and cognitive restructuring technique, as well as, abdominal breathing pharmacotherapy. The objective was to decrease the frequency and duration of obsessions and compulsions, and besides modify cognitive distortions associated to excessive responsibility and perfectionism. The treatment was carried out over 22 weekly sessions of 1.5-2 hours. In the two first sessions the assessment were carried out, from session three until session twenty the treatment was applied, and the two last sessions were dedicated to relapse prevention and post-treatment evaluation. By the end of the treatment, the obsessions and compulsions had almost completely disappeared. The anxiety levels and depressive symptomatology also improved. In the first follow-up interview which was one month later, the results of the intervention were maintained.

Keywords: obsessive-compulsive disorder, treatment, exposure and response prevention, cognitive restructuring technique, single-case study.

Introducción

El Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) es uno de los trastornos psicológicos más incapacitantes y presenta importantes implicaciones en el funcionamiento social, laboral/académico y familiar de aquellos que lo padecen. El DSM-5 (APA, 2014) estima la prevalencia anual de este trastorno en población general estadounidense en aproximadamente un 1.2%, y en un 1.1-1.8% en población internacional, siendo más frecuente en mujeres que en hombres. Estos datos se ven confirmados por los estudios de Wittchen et al. (2011) y Lewis-Fernández et al. (2010) en los que se expone una razón entre mujeres/hombres del 1.6.

El TOC se caracteriza por la presencia de obsesiones y compulsiones (APA, 2014). Se definen las *obsesiones* como pensamientos, imágenes, o impulsos persistentes y recurrentes experimentados por las personas como intrusivos e inapropiados (*egodistónicos*) y que generan un nivel elevado de ansiedad/malestar. Por otro lado, las *compulsiones* son conductas motoras (lavarse las manos, ordenar o comprobar) o bien actos mentales/encubiertos (tales como repetir interiormente, repasar lo dicho o hecho, hacer juegos mentales con palabras, etc.) repetitivos de acuerdo a reglas estrictas destinadas a disminuir la ansiedad/malestar en respuesta a una obsesión. Sin embargo, no existe una conexión realista entre el peligro que se quiere evitar y la conducta ejecutada (Ladrón y Román, 2011). Asimismo, se requiere que las obsesiones y compulsiones estén presentes más de una hora al día o interfieran en el funcionamiento diario de la persona (APA, 2014). Este último criterio permite distinguir el TOC de los pensamientos intrusivos repetitivos que son comunes en la población general.

Según un estudio realizado por Ruscio, Stein, Chiu y Kessler (2009) las obsesiones y compulsiones más frecuentes en la población clínica son: comprobación (79.3%), acumulación (62.3%) y orden (57.0%).

La edad de inicio del TOC suele ser la adolescencia o principio de la edad adulta, aunque puede darse en la infancia. El DSM-5 (APA, 2014) sitúa la edad de inicio en 19.5 años. Aparece generalmente de forma gradual, con un curso crónico, fluctuaciones y bajas tasas de remisión (aproximadamente 20%) (APA, 2014; Bados, 2015). Se asocia frecuentemente con trastornos de ansiedad (76%), depresión mayor o trastorno bipolar (63%), trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva (23-33%), trastorno de tics (30%), trastorno dismórfico corporal, tricotilomanía y trastorno por excoriación (APA, 2014).

La evaluación del TOC consiste en realizar una historia clínica lo más amplia y exhaustiva, en la que el profesional a través de la entrevista clínica semiestructurada debe valorar si los síntomas relatados por el paciente son sugestivos de obsesiones y/o compulsiones, examinar la duración de los mismos, su grado de interferencia en la vida cotidiana, la existencia de posibles variaciones en el curso del trastorno y la presencia de trastornos comórbidos (Belloch, Cabedo y Carrió, 2011). Además, para complementar dicha información pueden emplearse instrumentos de evaluación y diagnóstico sensibles y específicos tanto para el TOC como para los trastornos que se sospeche como comórbidos.

Las intervenciones más eficaces para el TOC son el tratamiento psicológico, basado en modelos conductuales o cognitivo-conductuales, y el tratamiento farmacológico. La *exposición con prevención de respuesta* (EPR) constituye la intervención de primera elección en el tratamiento del TOC (Vallejo, 2001), reduciendo

el malestar asociado a las obsesiones mediante técnicas de exposición, y por otra, disminuyendo la frecuencia de aparición de las obsesiones y compulsiones a partir de técnicas de exposición y prevención de respuesta (Ladrón y Román, 2011; Rosa y Olivares, 2010). Según Foa (2001), consigue eliminar o reducir los síntomas obsesivos en un 80% de los sujetos tratados y, de éstos, un 69% mantiene los resultados en un seguimiento de dos años (citado en Gavino, 2005) no obstante, su alcance no deja de ser limitado. Aproximadamente un 25% de pacientes con TOC rechaza la EPR, y otro 25% no se beneficia del mismo (Gavino, 2005). Sin embargo, la identificación de componentes cognitivos en el origen y mantenimiento del TOC, y concretamente, la interpretación errónea y catastrofista que estas personas realizan de sus propios pensamientos intrusivos “normales” (Hodgson y Rachman, 1977; Rachman, 1997, 1998; Salkovkis, 1985, 1989), pone de manifiesto la importancia de la terapia cognitiva (TC) en el tratamiento del TOC. Ésta interpretación errónea se sustenta en creencias disfuncionales como la *responsabilidad excesiva*, el *perfeccionismo*, la *sobrevaloración de las amenazas*, la *sobrevaloración de la importancia de los pensamientos* y la creencia de que *la ansiedad es peligrosa* (Gavino, 2005). La TC implica el empleo de reestructuración cognitiva con el objetivo de disminuir la valoración negativa de las creencias disfuncionales, y la modificación de las mismas por otras más adaptativas y racionales (Belloch et al., 2011; Gavino, 2008). De hecho, se ha observado que al abordarse la responsabilidad excesiva se producen cambios clínicamente significativos en los síntomas obsesivo-compulsivos (Gavino, 2005). La combinación de EPR y TC parece ser igual de eficaz que la EPR (Rosa-Alcázar, Sánchez-Meca, Gómez-Conesa y Marín-Martínez, 2008), y el porcentaje de abandonos es menor (Sánchez-Meca, Gómez y Méndez, 2003). Estaría especialmente indicada en aquellos pacientes que rechazan o abandonan la EPR o que solo presentan obsesiones sin compulsiones, además es útil

para prevenir recaídas y mejorar el estado de ánimo (Bados, 2015). En cuanto a la farmacoterapia, los fármacos que han resultado eficaces en el tratamiento del TOC son la clomipramina y los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), reduciendo la sintomatología obsesiva entre un 25 y un 50% según Simos (2002) (citado en Belloch et al., 2011).

En el presente trabajo se expone la evaluación e intervención terapéutica de una paciente diagnosticada de trastorno obsesivo-compulsivo, siguiendo un enfoque cognitivo-conductual que combina la EPR y reestructuración cognitiva, además del correspondiente tratamiento farmacológico. El tratamiento cognitivo-conductual ha demostrado su eficacia y efectividad mediante el empleo de una metodología adecuada que permite su replicabilidad y difusión (Rosa-Alcázar, Iniasta-Sepúlveda y Rosa-Alcázar, 2012). Los objetivos principales que se persiguen son: reducir o eliminar la frecuencia y/o duración de las obsesiones y compulsiones, y modificar las distorsiones cognitivas relacionadas con la responsabilidad excesiva y el perfeccionismo. Asimismo, incrementar el número de actividades placenteras y que se produzca así una mejoría del estado de ánimo y los niveles de ansiedad de la paciente.

Método

Identificación del paciente

La paciente es una mujer de 27 años, con un nivel socioeconómico medio-alto, soltera y con relación de pareja estable desde hace 3 años. En el momento de la intervención vivía en el domicilio familiar junto con sus padres, y era la pequeña de dos hermanos, el cual ya estaba independizado. Licenciada en medicina, en el momento actual se encontraba preparando la oposición al MIR (Médico Interno Residente).

Motivo de consulta

Acude a consulta derivada por el psiquiatra de la Unidad de Psicología y Medicina de la Salud del Hospital Internacional Vithas Medimar, presentando un trastorno obsesivo-compulsivo con elevados niveles de ansiedad que achacaba principalmente al ámbito académico, aunque durante la evaluación se observó que también presentaba sintomatología obsesivo-compulsiva en otras áreas de su vida cotidiana. Al inicio de la intervención, el tratamiento farmacológico prescrito consistía en la toma de antidepresivos, ansiolíticos y un antipsicótico a dosis bajas.

El motivo por el que demandaba atención especializada era principalmente porque presentaba obsesiones de duda/comprobación con el estudio del MIR, ya que la academia donde estaba preparando la oposición exigía el estudio de ciertos temas al día, y ella reorganizaba una y otra vez su planning, para que le diese tiempo a estudiar todo el material tal y como lo demandaba la academia. También se obsesionaba con la idea de sí estaba estudiando correctamente, por lo que comparaba el material con otras guías de estudio y videos de corrección para comprobar que no se dejaba nada. Además, presentaba algunas obsesiones de orden/simetría en relación a los objetos de su habitación o del cuarto de aseo (p. ej., “Si no ordeno con lógica las cosas luego no las encontraré” o “Me da rabia que las cosas no estén rectas o por tamaño”). Estas obsesiones generaban a nivel fisiológico una elevada ansiedad, que identificaba como opresión en el pecho, dolor estomacal, dolor de cabeza y taquicardia, lo que la llevaba a realizar compulsiones tanto conductuales (p. ej., ordenar, comprobar, revisar, releer, etc.) como encubiertas (p. ej., rumiar y repasar lo hecho o dicho).

Evaluación del caso

Se llevó a cabo una evaluación multimétodo en la que se emplearon las siguientes técnicas e instrumentos:

Entrevista clínica semiestructurada fundamentada en la *Historia Personal. Cuestionario Biográfico* de Pastor y Sevilá (1995) en la que siguiendo un esquema basado en el análisis funcional, se recogió información relevante sobre la conducta problema, la historia y desarrollo de la misma, los antecedentes externos e internos que desencadenan las obsesiones y compulsiones, la interferencia del TOC en las distintas áreas de la vida o las expectativas sobre el tratamiento y la motivación, entre otras cosas.

La *Escala de obsesiones y compulsiones de Yale-Brown* (Y-BOCS; Goodman et al., 1989) formada por 10 ítems, 5 sobre obsesiones y 5 sobre compulsiones. Éstos son valorados en una escala desde 0 (ninguno o ausente) hasta 4 (extremo), obteniéndose una puntuación total que oscila en un rango de 0-40. Los índices de Cronbach de fiabilidad fluctúan entre 0.60-0.90.

El *Inventario de Padua* (The Padua Inventory, PI; Sanavio, 1988) consta de 60 ítems que evalúan la perturbación causada por diversas conductas obsesivas y compulsivas en una escala de 0 a 4. Identifica cuatro escalas/factores: *descontrol del pensamiento/rumiación* (rango 0-68), *contaminación* (rango 0-44), *control/comprobación* (rango 0-32) y *temor al descontrol de los impulsos* (rango 0-24). En relación a las propiedades psicométricas de la prueba, la consistencia interna es buena para las subescalas (0.73-0.89) y para el inventario total (0.92) y la validez se sitúa entre 0.70-0.75.

El *Inventario para la Depresión de Beck-Segunda Edición* (BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996) diseñado para evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva. Presenta 21 ítems con cuatro alternativas de respuesta ordenadas de menor a mayor gravedad. La puntuación total se obtiene sumando los valores de las afirmaciones seleccionadas, que van de 0 a 3, obteniéndose una puntuación que oscila en un rango de 0 a 63. Presenta una consistencia interna elevada, con una alfa de Cronbach de 0.87 (Sanz, Perdigón y Vázquez, 2003).

La *Escala de Ansiedad Estado/Rasgo* (State-Trait Anxiety Inventory, STAI; Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1982) evalúa el nivel de ansiedad estado-rasgo en la persona. Está compuesto por 40 ítems que se responden mediante escala tipo Likert de 4 puntos. En relación a la fiabilidad, los autores establecen una alta consistencia interna (0.90-0.93 subescala estado y 0.84-0.87 subescala rasgo) y buena validez ya que muestra correlaciones elevadas (0.73-0.85) con otras medidas de ansiedad.

Autorregistros de observación en los que se pedía a la paciente que registraré la situación disparadora, la obsesión, la compulsión, el nivel de ansiedad/malestar medido en Unidades Subjetivas de Ansiedad (USAs) en un rango de 0 a 100, y la duración/frecuencia de la conducta con el objetivo de establecer la línea base.

Formulación clínica del caso

El análisis topográfico se llevó a cabo a partir de la información recogida en los autorregistros de observación realizados durante las dos primeras semanas, para establecer la línea base de la conducta problema. Las obsesiones y compulsiones de duda y comprobación relacionadas con el ámbito académico, tales como comprobar el material con otras guías de estudio, releer varias veces o reorganizar el planning, se presentaban con una frecuencia de 16 veces al día, ocupaban un promedio de 4.5 horas

diarias y generaban un malestar de 85 USAs. Por otro lado, las obsesiones y compulsiones de orden/simetría aparecían con una frecuencia mucho menor a las anteriores, alrededor de 1-2 veces al día, ocupando una media de 70 minutos diarios y generando un malestar de 60 USAs.

El origen del trastorno obsesivo-compulsivo puede explicarse por variables de vulnerabilidad como la responsabilidad excesiva, el perfeccionismo a la hora de hacer las cosas, la presencia de esquemas cognitivos rígidos y una fuerte moralidad, unido al incidente crítico del inicio de la licenciatura de medicina y al nivel de ansiedad-rasgo propio de la paciente. Todo ello, favoreció la aparición de obsesiones de duda, orden y simetría que se relacionaban principalmente con el ámbito académico o el orden de los objetos de su habitación. Actualmente, el estudio de la oposición de medicina, generaba pensamientos obsesivos del tipo “¿Me estaré organizando bien?”, “¿Y sí en la otra guía pone algo que se me escapa?” o “Si no me lo estudio todo, no voy a aprobar el MIR”, que generaban a su vez un gran malestar manifestado por opresión en el pecho, dolor estomacal, dolor de cabeza o taquicardias, además de una preocupación excesiva, que le impedía continuar con el estudio. Para reducirlo realizaba rituales de comprobación a nivel cognitivo (comprobar mentalmente, rumiar y repasar el material de estudio) y a nivel motor (ordenar por color o tamaño, comprobar, releer y reorganizar). La ejecución de las compulsiones disminuía la ansiedad durante un periodo de tiempo determinado, mediante un proceso de *reforzamiento negativo*. La interpretación errónea sobre la obsesión y la utilización de la compulsión, mantenían la conducta problema, generando de forma paradójica un aumento de las obsesiones (véase Tabla 1).

Tabla 1

Análisis funcional del caso

Antecedentes	Organismo	Respuesta problema	Consecuentes	Consecuencias
Remotos: – Inicio licenciatura medicina	Medicación. Vulnerabilidad al TOC:	Fisiológica: – Dolor estomacal.	Refuerzo negativo	Ansiedad. Depresión.
Actuales:	– Responsabilidad excesiva.	– Opresión pecho.		Pérdida de refuerzos sociales.
Externos: – Estudiar el MIR – Guardar la colada – Descargar películas/series – Aparición contratiempo	– Perfeccionismo. – Fuerte moral. – Esquemas mentales rígidos. Ansiedad rasgo elevada.	– Dolor de cabeza. – Taquicardias. – Cansancio. Cognitiva: – Rumiar. – Comprobar mentalmente. – Repasar.		Cansancio. Problemas familiares.
Internos: – Pensamientos de tipo obsesivo como: – “¿Me estaré organizando bien?”		Motora: – Ordenar. – Comprobar. – Releer. – Reorganizar.		

Con toda esta información se propuso la hipótesis de que un tratamiento cognitivo-conductual que combinase la reestructuración cognitiva junto con la EPR, ayudaría a modificar las distorsiones cognitivas de responsabilidad excesiva y perfeccionismo, además de reducir las obsesiones y compulsiones.

Aplicación del tratamiento

El tratamiento de elección, teniendo en cuenta las características propias de la paciente y la evidencia disponible en la literatura científica sobre la eficacia de los tratamientos (Sánchez-Meca, Rosa-Alcázar, Inieta-Sepúlveda y Rosa-Alcázar, 2014),

fue una intervención cognitivo-conductual que combinaba exposición con prevención de respuesta y reestructuración cognitiva (RC).

La intervención tuvo una duración de 22 sesiones con una duración aproximada de 1.5-2 horas, y con una periodicidad semanal, que quedaron distribuidas de la siguiente manera (véase Tabla 2).

Tabla 2

Sesión, objetivos, técnicas y estructura de la intervención

Sesión	Objetivos	Técnicas	Estructura
1 y 2	<ul style="list-style-type: none"> – Recabar información sobre conducta problema. – Evaluación pre-tratamiento. – Entrenar cumplimentación de autorregistros. – Comprender el TOC (origen y mantenimiento). 	<ul style="list-style-type: none"> – Entrevista clínica semiestructurada. – Cuestionarios. – Autorregistros. – Psicoeducación 	
3	<ul style="list-style-type: none"> – Elaborar jerarquía de exposición 	<ul style="list-style-type: none"> – EPR 	
4-6	<ul style="list-style-type: none"> – Identificar pensamientos distorsionados y modificar distorsiones cognitivas. – Disminuir niveles de activación. – Recuperar actividades placenteras. 	<ul style="list-style-type: none"> – RC – Entrenamiento respiración abdominal. – Lista actividades placenteras. 	<ul style="list-style-type: none"> – Revisión tareas entre sesión – Aplicación RC. – Tareas para casa.
7-20	<ul style="list-style-type: none"> – Reducir/eliminar la frecuencia y/o duración de obsesiones/compulsiones. 	<ul style="list-style-type: none"> – EPR + RC 	<ul style="list-style-type: none"> – Revisión tareas entre sesión – Aplicación EPR y RC. – Tareas para casa.
21 y 22	<ul style="list-style-type: none"> – Prevención de recaídas. – Evaluación post-tratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> – Resolución de problemas. – Cuestionarios. 	

Sesiones 1 y 2: se llevaron a cabo la entrevista inicial de recogida de datos y se aplicaron los cuestionarios correspondientes. Además se explicó el análisis funcional, la diferencia entre obsesión y pensamientos intrusivos obsesivos, el modelo conductual del TOC y cómo las compulsiones contribuyen al mantenimiento del problema. En la segunda sesión se comenzó con la psicoeducación, introduciendo de esta manera los objetivos de la intervención, y se propusieron las opciones de tratamiento. Como tareas para casa se pautó la cumplimentación del autorregistro desde la primera sesión, la elaboración de ítems de la jerarquía a partir de la segunda sesión y biblioterapia sobre el TOC. Para ello se recomendó la lectura del libro *Tratamiento psicológico del trastorno obsesivo-compulsivo: un manual de autoayuda paso a paso* (Sevillá y Pastor, 2010).

Sesión 3: se diseñó la jerarquía de EPR. En primer lugar se explicó la necesidad de plantear una jerarquía, se decidieron los ítems que incluiría y se jerarquizaron en función del nivel de ansiedad.

Sesiones 4-6: se decidió trabajar terapia cognitiva con el objetivo de preparar a la paciente para la EPR ya que acudió a consulta con un nivel elevado de ansiedad y con numerosas distorsiones cognitivas que retrasaban el estudio, lo que suponía una gran preocupación para ella. Para que comprendiese la importancia de los componentes cognitivos en el mantenimiento del TOC, se utilizó la técnica de *reestructuración cognitiva*, para lo que se recomendó como tarea para casa la lectura de los primeros capítulos del libro *Bienestar, autoestima y felicidad* de Gaja (2011). Además, para la identificación de los diferentes tipos de pensamientos distorsionados se le entrenó en la cumplimentación de un autorregistro que incluía la situación desencadenante, la emoción y el pensamiento. Los tipos de pensamientos más frecuentes fueron el *error del adivino*, el *todo/nada*, los *debería* y la *etiquetación*. Una vez identificados se trabajaron diferentes estrategias cognitivas que ayudaron a desmontar y racionalizar el

pensamiento, como por ejemplo, el *debate socrático*, la *técnica de las dos columnas*, el *análisis de evidencias a favor y en contra* y *experimentos conductuales*. Asimismo, se planteó la importancia de recuperar actividades placenteras y así mejorar el estado de ánimo depresivo, por lo que se elaboró una lista de reforzadores/actividades placenteras (Gavino, 2008). Para finalizar, los últimos minutos de estas sesiones se dedicaron al *entrenamiento en respiración abdominal*, con el objetivo de reducir los niveles de ansiedad. Como tareas para casa se le pidió continuar trabajando la reestructuración cognitiva durante toda la terapia, y practicar la respiración abdominal antes de sentarse a estudiar.

Un fragmento de unos de los pensamientos trabajados en consulta puede verse en el siguiente diálogo:

Terapeuta: A ver, léeme uno de los pensamientos que hayas tenido esta semana.

Paciente: Pues uno de los que más ansiedad me ha causado ha sido este. Estaba estudiando un esquema, y me atasqué, entonces empecé a pensar que era una mala estudiante y que estaba haciendo las cosas mal y así nunca aprobaría el MIR. Además al no cumplir con el tiempo, me decía a mí misma que era una vaga por no haber sabido aprovecharlo mejor.

T: ¿Qué tipo de distorsiones identificamos en ese pensamiento?

P: Pues pensamiento todo/nada al pensar que estaba haciendo todo mal en cuanto al estudio, etiquetación al decir que soy una mala estudiante y una vaga, error del adivino al predecir que no voy a aprobar el MIR y una generalización excesiva.

T: Exacto. Entonces, según lo que estuvimos viendo el día anterior, una técnica que se utiliza para trabajar el pensamiento todo/ nada es el análisis de las evidencias a favor y en contra, para lo que construimos dos columnas.

P: Sí, eso he hecho. Por ejemplo, en la columna de cosas a favor he puesto: puede que no consiga la plaza que quiero si sigo así, me da miedo volver a tener ansiedad y eso no me permita estudiar, y que ya llevo mucho tiempo estudiando y estoy muy cansada mentalmente.

T: ¿Y en la columna de evidencias en contra?

P: Pues muchas más cosas. Por ejemplo, en cuanto a que no consiga la plaza he puesto que otras personas lo han conseguido y no son más capaces que yo. Además, no necesito una gran nota para la especialidad que quiero, y si no, siempre podría amoldarme a otra. En cuanto a lo de volver a tener ansiedad he puesto que ahora tengo el apoyo de mi psicóloga y de mis padres y conozco técnicas que me ayudan a controlarla. Y por último, en cuanto a lo que ya estoy cansada de estudiar he anotado que ahora puedo disfrutar del estudio si me centro en lo del día a día y no pienso más allá, además al desaparecer los rituales me costará mucho menos y tendré más tiempo.

T: Muy bien. Como ves, simplemente analizando un poco el pensamiento nos damos cuenta de que hay muchas más cosas en contra que a favor, por tanto no es cierto que seas una vaga por haberte atascado estudiando un esquema, o que por ello no vayas a aprobar el examen.

Sesión 7-20: se realizó la EPR a todos los ítems de la jerarquía, con una media de aproximadamente dos ítems por sesión, y combinando exposición en imaginación y en vivo, en función del tipo de obsesión y la disponibilidad de material en consulta. Las sesiones tuvieron la siguiente estructura: revisión de tareas entre sesiones y resolución de posibles dudas, aplicación de la EPR y entrenamiento en diferentes estrategias; y tareas para casa. Para la exposición a los ítems de la jerarquía fue necesario el moldeamiento de la conducta e ir reforzando que no se ejecutase la compulsión, ya que desde el primer momento se impidió llevar a cabo el ritual. En las autoexposiciones en

el contexto natural de la paciente se contó con la ayuda de la madre como coterapeuta, que acudió a la séptima sesión para el entrenamiento. Como tareas entre sesiones tuvo que exponerse a los ítems trabajados en sesión y cumplimentar un autorregistro (obsesión, compulsión, duración, estrategia utilizada y malestar), además de continuar trabajando la reestructuración cognitiva si aparecían nuevas creencias disfuncionales.

Sesiones 21 y 22: se dedicaron a la prevención de recaídas, trabajando los logros alcanzados en terapia, haciendo balance del nivel de ansiedad pre y post, el número de obsesiones, y la frecuencia y duración de las compulsiones. Se realizó un resumen de las habilidades adquiridas, se señaló la elevada probabilidad de vivir condiciones que disparasen los rituales y se analizaron y resolvieron posibles situaciones de riesgo para una recaída o contratiempo haciendo uso de la *técnica de resolución de problemas*. Como práctica de mantenimiento, se resaltó la importancia de seguir exponiéndose y evitando la compulsión. También se llevó a cabo la evaluación post-tratamiento para comprobar los resultados de la intervención, se devolvieron los mismos a la paciente en la última sesión, y se pactó el seguimiento, primeramente al mes de finalizar la terapia y después a los 3,6 y 12 meses. Por supuesto, se comentó la posibilidad de retomar el tratamiento en caso de no saber manejar un contratiempo o de vivir una situación muy estresante, por ejemplo en los meses cercanos al MIR.

Es importante resaltar que en la *sesión 8* se detuvo la EPR porque la paciente acudió a consulta con un ataque de pánico. Se abordó la posibilidad de realizar una “vuelta a 0” en el MIR, y reestructurar el estudio en dieciséis meses en lugar de seis. No se planteaba como una evitación, si no como la posibilidad de combinar el estudio con la terapia, ya que como ella misma decía “Ahora mismo no puedo estudiar sino me curo” por lo que se aceptó.

Tipo de diseño

La intervención realizada responde a un diseño A-B, donde se realizó una evaluación continua con los registros cumplimentados por la paciente durante la intervención, y otra evaluación pre y post tratamiento para cuantificar los cambios y la eficacia del mismo.

Resultados

En cuanto a la frecuencia y la duración de las compulsiones se observó que hubo una clara disminución con respecto a la línea base inicial. Tomando como ejemplo las compulsiones de comprobación en relación al estudio, las más frecuentes e incapacitantes para la paciente, éstas aparecían con una frecuencia media de 16 veces al día con un nivel de ansiedad de 85 USAs, ocupando un promedio de 4.5 horas diarias. Después del tratamiento, la frecuencia disminuyó considerablemente 1-2 veces por semana, ocupando una media de 15 minutos y con un nivel de ansiedad de 5 USAs (véase Figura 1). Ocurrió lo mismo con las compulsiones de orden/simetría.

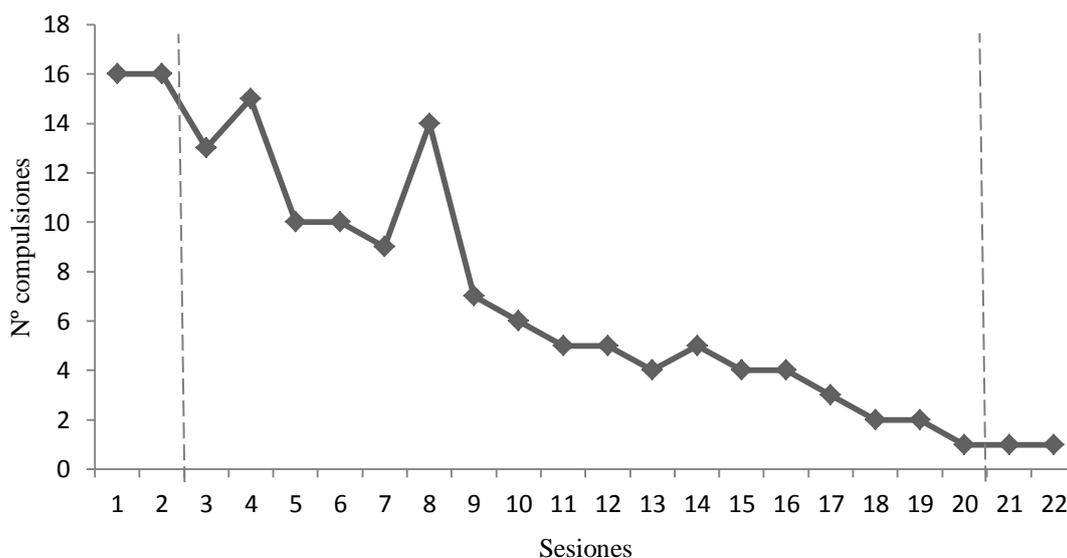


Figura 1. Frecuencia de las compulsiones de comprobación

En cuanto a las distorsiones cognitivas, aunque no se midió de forma cuantitativa, descendieron notablemente y las que aparecieron durante la intervención fueron trabajadas correctamente, generándole poco malestar.

Se recopilaron los datos de los resultados de la *Escala Y-BOCS* y el *Inventario de Padua* para determinar la gravedad de las respuestas obsesivo-compulsivas. Con respecto a la Y-BOCS se observó que tras la intervención los resultados han sido satisfactorios, obteniendo una puntuación de 9 (leve) lo que supone una disminución de la gravedad general del trastorno (pre-test= 28). En el Inventario de Padua obtuvo una puntuación de 12 para la escala de descontrol del pensamiento/rumiación (pre-test= 55), 2 para contaminación (pre-test=2), 5 para comprobación (pre-test=28), y 0 para temor al descontrol de los impulsos (pre-test=0). La intervención ha sido eficaz ya que las puntuaciones han sido inferiores una vez finalizada la intervención (véase Figura 2).

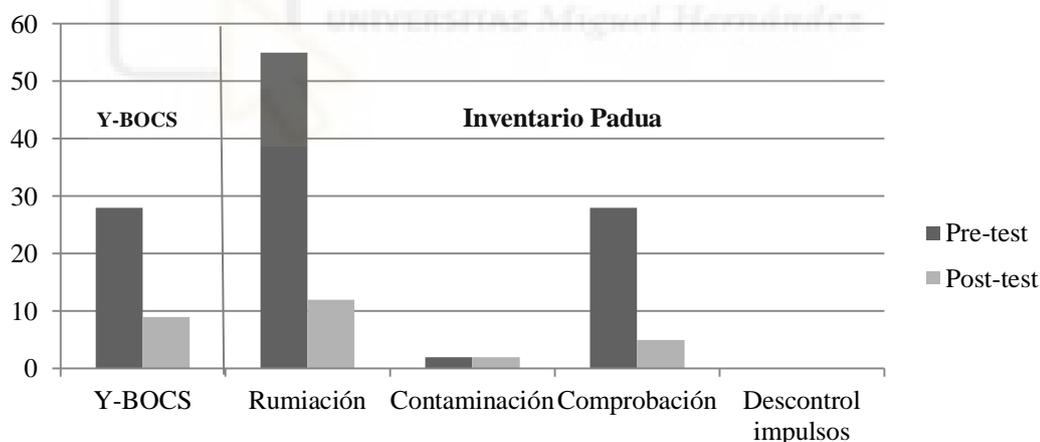


Figura 2. Puntuaciones pre y post en Y-BOCS y el Inventario de Padua

En la Figura 3 se muestran los resultados obtenidos en el *BDI-II* y el *STAI*, tanto en la evaluación pre-test como en la post-test. Se puede observar que en el BDI-II obtuvo una puntuación de 11 que se correspondería con el rango de leve perturbación

del estado de ánimo, descendiendo 17 puntos al compararla con la evaluación previa al tratamiento. En cuanto al STAI, obtuvo una puntuación directa de 18 para la Ansiedad-Estado, que correspondía con el percentil 40, y una puntuación directa de 32 en Ansiedad-Rasgo, percentil 75, viéndose así una disminución significativa en ambos valores en comparación con las medidas pre-test (Ansiedad-Estado percentil 90; Ansiedad-Rasgo percentil 97).

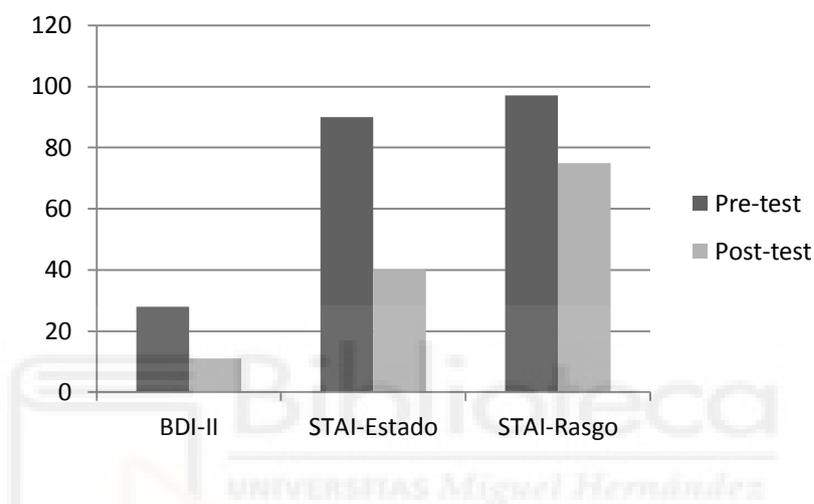


Figura 3. Puntuaciones pre y post en BDI-II y STAI

En cuanto a la terapia farmacológica, al finalizar la intervención ya había cesado el uso del antipsicótico y el ansiolítico que fue retirado alrededor del último mes de tratamiento, y durante el mes de seguimiento comenzó la pauta de reducción del antidepresivo.

Se puede concluir por tanto, que se han cumplido los objetivos de la intervención, ya que se ha reducido tanto la frecuencia como el número de obsesiones y compulsiones, ha mejorado el estado de ánimo de la paciente y los niveles de ansiedad han disminuido, además, se enfrenta al estudio con una nueva perspectiva mucho menos exigente y perfeccionista. No obstante, cabe destacar que durante la intervención surgieron en la paciente nuevas obsesiones del tipo “¿Estaré haciendo bien la terapia?”

o “Tengo que hacer todo tal y como me lo ha pedido la psicóloga, y tengo que hacerlo todos los días o no me curaré”, que trabajó con las técnicas aprendidas durante la terapia.

Discusión

Como queda referido en la literatura (APA, 2014) la edad de inicio del TOC se encuentra aproximadamente en 19.5 años, edad que se corresponde con la de la paciente (19 años). Además, en el estudio de Ruscio et al. (2009) se establece que las obsesiones y compulsiones más frecuentes en adultos con TOC son las de comprobación (79.3%), acumulación (62.3%) y orden (57.0%), dos de las cuales son también las más características en la paciente.

En cuanto a la comorbilidad del trastorno, el DSM-5 (APA, 2014) asocia el TOC con trastornos de ansiedad y depresión, además, según determina Bados (2015), la depresión puede preceder o surgir al comienzo del TOC. Tras la evaluación, las distintas pruebas señalaron elevados niveles de ansiedad y depresión en la paciente, confirmando los estudios anteriores. Asimismo, la evaluación post-tratamiento determinó que el estado de ánimo depresivo era consecuencia del TOC.

Cabría destacar que aunque el tratamiento de elección para el TOC es la exposición con prevención de respuesta (Vallejo, 2001), debido a las particularidades propias del caso, se optó por una intervención cognitivo-conductual que incluía EPR y reestructuración cognitiva. Como demuestran Sánchez-Meca et al. (2014) en su reciente metaanálisis, la terapia cognitivo-conductual resulta eficaz tanto para la reducción de las respuestas de TOC, como para la ansiedad y la depresión, sintomatología toda ella presente en nuestra paciente. Por tanto, la hipótesis de partida fue que la combinación de EPR y reestructuración cognitiva, ayudaría a disminuir/eliminar tanto la frecuencia como la duración de las obsesiones y compulsiones, además de modificar las

distorsiones cognitivas de responsabilidad excesiva y perfeccionismo (Rosa y Olivares, 2010). Ésta ha sido corroborada a lo largo de dicho trabajo, ya que los resultados muestran que se ha producido una disminución casi total de las obsesiones y compulsiones, una disminución significativa de los niveles de ansiedad y una mejora del estado de ánimo.

Por otro lado, de acuerdo con Gavino (2008) es de suma importancia la recuperación de actividades placenteras, tanto para mejorar el estado de ánimo como para disfrutar del tiempo que anteriormente dedicaba a la realización de rituales. En este sentido se produjo una mejora significativa, ya que la paciente se tomó unos días de vacaciones con su pareja, empezó a quedar con amigas y a salir a caminar todas las noches.

En cuanto a la duración de la intervención, Hans y Hiller (2013) establecieron que la duración de la terapia cognitivo-conductual en la práctica clínica duraba una media de 22 sesiones (citado en Bados, 2015), lo que también se cumple en nuestro caso.

Por último, una de las limitaciones del trabajo es que, en un principio se pensaba seguir un programa propuesto por Steketee (1999) (citado en Bados, 2015) que comienza con la aplicación de la EPR durante unas sesiones, y más adelante introduce la reestructuración cognitiva, pero debido a la naturaleza de los síntomas en el caso de la paciente se replanteó la secuencia de tratamiento. Primeramente se llevó a cabo la reestructuración cognitiva, y más adelante, cuando ya se habían modificado muchas de las creencias disfuncionales relacionadas con la responsabilidad excesiva y el perfeccionismo, se introdujo la EPR. Además, se decidió incluir el enteramiento en respiración abdominal para disminuir los niveles de activación. No obstante, los objetivos del tratamiento se han cumplido de forma satisfactoria, demostrando la importancia de adaptar la intervención a las necesidades propias del paciente. Por otro

lado, en lo referente al seguimiento, debido a la duración limitada del periodo de prácticas en la clínica, solo se ha podido realizar la primera entrevista de seguimiento al mes de finalizar la intervención, aunque está previsto continuar realizando el seguimiento a los 3, 6 y 12 meses, para comprobar si se mantienen los resultados.



Referencias

American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5ª ed.)*. Barcelona: Masson.

Bados, A. (2015). *Trastorno obsesivo-compulsivo: Naturaleza, evaluación y tratamiento*. Universidad de Barcelona, Departamento de personalidad, evaluación y tratamientos psicológicos. Recuperado de <http://hdl.handle.net/2445/65644>.

Beck, A. T., Steer, R. A., Ball, R., y Ranieri, W. F. (1996). Comparison of Beck Depression Inventories-IA and -II in psychiatric outpatients. *Journal of Personality Assessment*, 67 (3), 588-597.

Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory Second Edition. Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

Belloch, A., Cabedo, E. y Carrió, C. (2011). *TOC Obsesiones y compulsiones. Tratamiento Cognitivo*. Madrid: Alianza Editorial.

Gaja, R. (2015). *Bienestar, autoestima y felicidad*. Barcelona: Penguin Random House Grupo Editorial.

Gavino, A. (2005). *Tratando...trastorno obsesivo-compulsivo: técnicas, estrategias generales y habilidades terapéuticas*. Madrid: Pirámide.

Gavino, A. (2008). *El trastorno obsesivo compulsivo: Manual práctico de tratamiento psicológico*. Madrid: Pirámide.

Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Delgado, P., Heninger, G. R. y Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale II validity. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1012-1016.

Hodgson, R. J. y Rachman, S. (1977). Obsessional-compulsive complaints. *Behaviour Research and Therapy*, 15, 389-395.

Ladrón, A. y Román, P. (2011). Trastorno obsesivo-compulsivo. En CEDE (Ed.), *Psicología Clínica* (pp. 247-260). Madrid: CEDE.

Lewis-Fernández, R., Hinton, D., Laria, A., Patterson, E., Hofmann, S., Craske, M. G., Stein, D. J., Asnaani, A. y Liao, B. (2010). Culture and the anxiety disorders: Recommendations for DSM-V. *Depression and Anxiety*, 27, 212-229.

Pastor, J. y Sevilá, C. (1995) *Cuestionario Autobiográfico*. Valencia: Publicaciones del Centro de Terapia de Conducta.

Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 793-802.

Rachman, S. (1998). A cognitive theory of obsessions: elaborations. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 385-401.

Rosa-Alcázar, A. I., Sánchez-Meca, J., Gómez-Conesa, A. y Marín-Martínez, F. (2008). Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 28, 1310-1325

Rosa-Alcázar, A. I. y Olivares, J. (2010). ¿Por qué aparece el trastorno obsesivo-compulsivo? En Rosa-Alcázar, A. I. y Olivares, J. (Ed.), *El trastorno obsesivo-compulsivo en niños y adolescentes* (pp.65-91). Madrid: Pirámide.

Rosa-Alcázar, A., Iniesta-Sepúlveda, M. y Rosa-Alcázar, A. (2012). Eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales en el trastorno obsesivo-compulsivo en niños y adolescentes: una revisión cualitativa. *Anales de psicología*, 28 (2), 313-326.

Ruscio, A. M., Stein, D. J., Chiu, W. T. y Kessler, R. C. (2009). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry*, 15, 53-63.

Salkosvkis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 571-583.

Salkosvkis, P. M. (1989). Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 149-160.

Sanavio, E. (1988). Obsessions and compulsions: The Padua Inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 169-177.

Sánchez-Meca, J., Gómez, A. y Méndez, F. X. (2003). El tratamiento psicológico del trastorno obsesivo-compulsivo en Europa: un estudio meta-analítico. *Psicología Conductual*, 11, 213-237.

Sánchez-Meca, J., Rosa-Alcázar, A. I., Iniesta-Sepúlveda, M. y Rosa-Alcázar, A. (2014). Differential efficacy of cognitive-behavioral therapy and pharmacological treatments for pediatric obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 28, 31-44.

Sevillá, J. y Pastor, C. (2010). *Tratamiento psicológico del trastorno obsesivo-compulsivo. Un manual de autoayuda paso a paso*. Valencia: Centro de Terapia de Conducta.

Spielberger C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1982). *Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo*. Madrid: TEA.

Vallejo, M. A. (2001) Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno obsesivo-compulsivo. *Psicothema*, 13 (3), 419-427.

Vázquez, C., Sanz, J. y Perdigón, A. L. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14 (3), 249-280.

Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B. y Steinhausen, H. C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21, 655-679.

