



MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

Curso 2023-2024

Trabajo Fin de Máster



Caso clínico: Aplicación de la Terapia Cognitivo-Conductual para el tratamiento del Trastorno Obsesivo-Compulsivo.

Autora: Virginia Baeza Zaragoza

Tutor: José Antonio Piqueras Rodríguez

Código de la Oficina de Investigación Responsable (COIR):
TFM.MPG.JAPR.VBZ.231009.

Convocatoria: enero 2024.



Resumen

El trastorno obsesivo compulsivo es uno de los trastornos mentales más incapacitantes. El objetivo principal de este trabajo fue mostrar la eficacia de la terapia en un caso, mientras que el secundario fue reducir la intensidad emocional del trastorno, potenciando la regulación emocional a través de la terapia dialéctica conductual y la relajación. Así, el presente trabajo expone un estudio de caso único de una mujer de 33 años con un trastorno obsesivo-compulsivo. Se evaluó la sintomatología del TOC con medidas específicas que permitieron obtener datos sobre la presencia y dimensión de las obsesiones y compulsiones, las creencias obsesivas, la presencia de sintomatología depresiva, los niveles de ansiedad estado y rasgo y la sintomatología asociada. De igual forma, se evaluó el grado de desregulación emocional a través de una entrevista y un cuestionario. La paciente presentaba principalmente obsesiones relacionadas con la contaminación y preocupación excesiva, y compulsiones asociadas a rituales de limpieza y comprobación. El tratamiento consistió en una intervención cognitivo-conductual, donde se combinó exposición con prevención de respuesta y reestructuración cognitiva, además de, terapia dialéctica conductual enfocada en las emociones y ejercicios de relajación. Los resultados indicaron que tras la aplicación de la terapia se consiguió una mejora en todas las variables evaluadas (entre un 28% y un 57% de magnitud del cambio), excepto en la ansiedad-rasgo que mejoró en menor medida (16%). La principal conclusión del trabajo es que, a pesar de la mejoría general, parece necesario una prolongación de la intervención para poder mejorar las limitaciones planteadas en el presente trabajo.

Palabras clave: Caso único, trastorno obsesivo-compulsivo, terapia cognitivo-conductual, regulación emocional, exposición con prevención de respuesta, reestructuración cognitiva.

Abstract

Obsessive-compulsive disorder is one of the most disabling disorders for the person who suffers from it. The main objective of this work was to show the efficacy of therapy in one case. The secondary objective was to reduce the emotional intensity of the disorder, enhancing emotional regulation through dialectical behavioral therapy and relaxation. To this end, this paper presents a single case study of a 33-year-old woman with obsessive-compulsive disorder. OCD symptomatology was evaluated with specific measures that allowed us to obtain data on the presence and dimension of obsessions and compulsions, obsessive beliefs, the presence of depressive symptomatology, levels of trait and state anxiety, and associated symptomatology. Similarly, the degree of emotional dysregulation was assessed using an interview and a questionnaire. The patient presented mainly obsessions related to contamination, and excessive worry, and compulsions associated with cleaning and checking rituals. Treatment consisted of a cognitive-behavioral intervention, combining exposure with response prevention and cognitive restructuring, emotion-focused dialectical behavioral therapy, and relaxation exercises. The results indicated that, after the therapy application, an improvement was achieved in all the variables evaluated (between 28% and 57% magnitude of change), except for anxiety-trait, which improved to a lesser extent (16%). The main conclusion of the study is that, despite the general improvement, a prolongation of the intervention seems necessary to improve the limitations raised in this study.

Key words: single case, obsessive-compulsive disorder, cognitive-behavioral therapy, emotional regulation, exposure with response prevention, cognitive restructuring.

Introducción

El Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), “*se caracteriza por la presencia de pensamientos y/o imágenes de carácter obsesivo que provocan una gran cantidad de ansiedad*” [...] “*el paciente trata de eliminar mediante la utilización de rituales conductuales y/o cognitivos (compulsiones) que pretenden escapar o evitar el surgimiento de las obsesiones y/o de las consecuencias temidas*” (Díaz-García et al., 2017). Se trata de uno de los trastornos más incapacitantes, ya que, entre los criterios para su diagnóstico se requiere que las obsesiones o compulsiones estén presentes durante gran parte del tiempo (más de una hora al día), causen malestar significativo o interfieran en el funcionamiento psicosocial de la persona (APA, 2013).

Las primeras definiciones de esta patología las podemos encontrar en la obra de Esquirol (1838) donde se realiza una primera descripción del cuadro, Janet con su obra “*Las obsesiones y la psicoastenia*” (1903) y Freud con el término “*neurosis obsesivo-compulsiva*” a comienzos del siglo XX. Concepto que ha ido evolucionando hasta lo que conocemos hoy en día como TOC (Kodysz, s.f.). En la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), el TOC conforma un capítulo independiente denominado “*Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados*”, dejando así de formar parte de los Trastornos de ansiedad, como indicaba la versión anterior de dicho manual. Entre sus criterios diagnósticos, cabe especificar la consciencia del trastorno por parte del sujeto, esto significa que se ha de detallar si la persona posee un buen reconocimiento de que sus creencias no son ciertas o que probablemente no lo sean. Así como también cabe especificar si ha habido o hay presente un trastorno de tics (APA, 2013).

Si hablamos de la prevalencia del trastorno, el DSM-5 (APA, 2013) destaca que a nivel internacional se encuentra entre un 1.1% y un 1.8%. De forma similar, a nivel

nacional, encontramos que se encuentra en un 1.1%. La edad media de inicio suele ser a los 19,5 años y se da de forma gradual, aunque puede darse un inicio agudo si ha habido algún acontecimiento vital estresante (AVE) (APA, 2013). Se trata de un trastorno que es más diagnosticado en hombres hasta la edad de 35 años, y a partir de esta, existe una prevalencia ligeramente superior en mujeres. Se ha visto que, la evolución del TOC se mantiene constante en un 0.2% a lo largo de los años, además, como dato destacable existe un “*gradiente social*” donde se puede ver una mayor prevalencia cuanto menor es el nivel de renta (Subdirección General de Información Sanitaria, 2021). El TOC presenta comorbilidad con: trastornos de ansiedad (sobre todo en el trastorno por estrés posttraumático (TEPT)) apareciendo previo al TEPT en un 76% de los casos, y con el trastorno depresivo mayor o trastorno bipolar, apareciendo después de estos en un 63%. En menor medida se encuentra comorbilidad con el trastorno de personalidad obsesivo compulsivo (23-32%) y trastorno de Tics (30%) (APA, 2013).

Este trastorno se puede ver representado por diversas tipologías o dimensiones que a lo largo del tiempo han sido estudiadas y clasificadas por diferentes autores, según sus características y frecuencia en la población clínica, por ejemplo Stasik et al. (2012) comparan diversos estudios donde se concluye que existen 4 dimensiones que se mantienen de forma consistente en la mayoría de los casos, como son: simetría/orden, contaminación/limpieza, acumulación y comprobación. Estos autores encontraron que dos de estas dimensiones, como son la comprobación y el orden, tienen una clara correlación con la ansiedad y la depresión. “The National Comorbidity Survey Replication Epidemiological Study” (NCS-R) las catalogó en porcentajes según su presentación en la clínica: “comprobación (79.3%), acumulación (62.3%), orden (57%), temas morales (43%), temas sexuales/religiosos (30.2%), contaminación (25.7%), hacer daño (24.2%), temas acerca de enfermedades (14.3%), otros (19%)” (Williams et al.,

2013). Más tarde, autores como Caballo et al. (2014) especifican que la obsesión más común es la de contaminación, mientras que la compulsión más común es la de comprobación. Sin embargo, Belloch et al. (2020) encontraron diferencias en la temática según el sexo, detallando que en las mujeres se encuentra relacionado con la contaminación y limpieza, mientras que en hombres con pensamiento sexual y mágico. Además, estos autores destacaron que el 81% de los casos presentan síntomas en más de una tipología o dimensión.

Las personas que sufren de TOC se caracterizan por depender de estímulos externos y de la reaseguración como forma de regulación de la ansiedad percibida (Ferreira et al., 2020). Esta reaseguración, normalmente viene expresada a través de compulsiones, las cuales tienen como objetivo reducir la ansiedad o la amenaza percibida, independientemente de la forma en la que se dé la compulsión (Rachman et al., 2009). Diversas teorías cognitivas postulan que la valoración negativa de los pensamientos intrusivos es fundamental para el desarrollo y mantenimiento de los síntomas del TOC (Ferreira et al., 2020). Estos pensamientos intrusivos se basan en creencias desadaptativas relacionadas con la responsabilidad, la sobreestimación de la amenaza y la intolerancia a la ambigüedad, entre otras. En el artículo publicado por Martínez-Esparza et al. (2022), además de los ya mencionados, destacan tres variables cognitivas más presentes en el TOC: perfeccionismo, creencias acerca de la importancia de los pensamientos y poca flexibilidad mental.

El curso del TOC puede llegar a ser crónico en ausencia de tratamiento (Pinto et al., 2006). El tratamiento de elección es la Terapia Cognitiva-Conductual (TCC), que incluye psicoeducación, exposición con prevención de respuesta y otras técnicas cognitivas como la reestructuración cognitiva (Fonseca, 2021). En los casos de mayor gravedad, se recomienda que se combine la TCC con inhibidores selectivos de

recaptación de serotonina (ISRS) (Lozano-Vargas, 2017). Fonseca (2021) destaca en su manual que la tasa de abandono en la TCC es menor que en la del tratamiento psicofarmacológico. En el artículo de Ferrández-Mas et al. (2023) destacan que estudios recientes sugieren que ciertas terapias de tercera generación como aquellas enfocadas en la autocompasión y la regulación emocional, pueden tener beneficios adicionales cuando se aplica junto a la Exposición con Prevención de Respuesta (EPR). Respecto a las terapias online, según el estudio realizado por Gil-Delgado et al. (2023) se destaca que la eficacia del tratamiento realizado por videollamada tiene resultados similares al aplicado de forma presencial.

En el presente trabajo se expone el caso de una paciente con TOC, donde se detallará la evaluación e intervención realizada aplicando la TCC, combinándola con Terapias de Tercera Generación como es la Terapia Dialéctica Conductual (TDC) (focalizándonos en la regulación emocional) y ejercicios de relajación, teniendo en cuenta las comorbilidades que presenta la paciente. Debido a las circunstancias de la paciente, todas las sesiones se realizaron por videollamada. El objetivo principal de la intervención realizada es reducir la frecuencia de aparición de las obsesiones y compulsiones, así como disminuir la ansiedad y el malestar generados por este trastorno. Para ello, primero conoceremos los detalles relevantes del caso, continuaremos con la evaluación (ansiedad y el estado de ánimo, síntomas del TOC y creencias obsesivas, y regulación emocional), y detallaremos la intervención realizada con la TCC (Psicoeducación, Exposición con Prevención de Respuesta y Reestructuración Cognitiva) en combinación con la TDC. Al finalizar, se evaluarán las áreas anteriormente mencionadas a través de las mismas herramientas, para así obtener resultados objetivos acerca de la eficacia de la intervención realizada.

Método

Identificación del paciente

La paciente, mujer de 33 años, con un nivel socioeconómico medio, en el momento de la primera consulta se encuentra en una relación de pareja. Nos comenta que llevaba un tiempo (unos 6 meses) viviendo en el domicilio familiar junto a sus padres y su hermana pequeña.

En lo referente a su historia familiar, sus padres sufren ambos de Trastornos del Estado de Ánimo. Tiene tres hermanas, dos mayores que ella y otra menor. La convivencia con su familia desde que era pequeña la describe como “complicada”, a pesar de ser sus principales figuras de apoyo.

Cuando preguntamos por el historial clínico, nos comenta que en el año 2016 fue diagnosticada de Síndrome de Sudeck o Distrofia Simpático Refleja, una enfermedad cuya etiología más frecuente es debida a un traumatismo, y que causa dolor crónico. Debido a este dolor constante, la paciente se desplaza en silla de ruedas. Además, cualquier aumento de la emocionalidad que pueda somatizar, a ella le supone dolor físico adicional.

Actualmente se encuentra en paro. Previo al diagnóstico del Síndrome de Sudeck, obtuvo la formación en terapias manuales, se dedicó profesionalmente a ello y desarrolló su propia consulta.

Comienza a sentir síntomas compatibles con TOC desde que vuelve al domicilio familiar. Los síntomas referidos coinciden con obsesiones de tipo contaminación y preocupación excesiva o duda (algunas asociadas a pensamiento mágico (números de la buena y mala suerte)), y compulsiones que se manifiestan a través de rituales de limpieza y comprobación.

Motivo de consulta

Acude a una clínica privada de psicología, tras verse desbordada por la situación familiar a la que se estaba enfrentando. Cuando acude a consulta, mostraba síntomas que coincidan con el Trastorno Obsesivo-compulsivo, aunque el motivo principal de su consulta era estar sintiendo una elevada ansiedad. Sin diagnóstico previo de TOC.

Tras volver a vivir con sus padres, comenzó a desarrollar un rol de cuidadora por su contexto familiar. Además, su hermana pequeña también requiere cuidados al tratarse de una persona dependiente. Esta situación le acabó causando una elevada ansiedad, revelándonos que se siente más “maniática”. Aunque ella reconoce que muchas de estas son irracionales, nos comenta que están presentes gran parte de su día, aunque hay veces que no se da cuenta cuando las realiza.

Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es mostrar la eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual en el tratamiento de un caso clínico de una paciente con TOC.

Como objetivo secundario se buscó potenciar el resultado de la intervención aplicando la Terapia de Tercera Generación como es la Terapia Dialéctica Conductual focalizando en la regulación emocional, y ejercicios de relajación. Estas técnicas pretenden dar herramientas a la paciente para controlar las desregulaciones emocionales que le puedan estar ejerciendo un dolor adicional por somatización.

Evaluación del caso

La intervención realizada responde a un diseño de caso único A-B, donde se realizó una evaluación pre y post para cuantificar los cambios y la eficacia de la terapia con las siguientes técnicas y herramientas:

Evaluación de la ansiedad y estado de ánimo asociado al TOC: para establecer una línea base y comprobar el grado de variación de la ansiedad.

Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI; Spielberger et al., 1982), evalúa ansiedad en dos escalas: el momento actual y como rasgo. Cada una de estas está compuesta por 20 afirmaciones con 4 opciones de respuesta que van desde 0 “Nada” o “Casi nunca” a 3 “Mucho” o “Casi siempre”. El coeficiente alfa de Cronbach es de .93 (Fonseca et al., 2012).

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI; Beck et al., 1988), evalúa la presencia de síntomas somáticos de ansiedad y su gravedad. Se desarrolló con el objetivo de discriminar entre ansiedad y depresión. Está compuesto por 21 ítems. Los pacientes responden a cada una de las cuestiones en una escala que va de “nada en absoluto” a “gravemente, casi no podía soportarlo”, con un rango de puntuación entre 0 a 63. Posee una elevada consistencia interna, con un alfa de Cronbach situado entre .90 a .94 (Sanz, 2014; Sanz & Navarro, 2003).

Inventario para la Depresión de Beck-Segunda Edición (BDI-II; Beck et al., 1996) diseñado para evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva en adultos y adolescentes. Consta de 21 ítems con cuatro alternativas de respuesta ordenadas de menor a mayor gravedad. La puntuación total se obtiene sumando los valores, obteniéndose una puntuación que oscila entre 0 a 63. Presenta una consistencia interna elevada con una alfa de Cronbach de .87 (Sanz et al., 2003).

Evaluación de los síntomas específicos del TOC: para identificar los síntomas del TOC e indicarnos donde incidir nuestro tratamiento.

Inventario Obsesivo-Compulsivo de Maudsley (MOCI; Hodgson & Rachman, 1977), compuesto por 30 ítems con respuesta dicotómica: verdadero/falso. Se obtiene

sumando la puntuación sobre cuatro síntomas: comprobación, limpieza, enlentecimiento y duda, así como una puntuación global. El coeficiente alfa de Cronbach se sitúa en .81 (Guilera et al., 2005).

La Escala de Obsesiones y Compulsiones de Yale-Brown (Y-BOCS; Goodman et al., 1989). Desarrollada para medir la gravedad de los síntomas del TOC. Está formada por 10 ítems, 5 sobre obsesiones y 5 sobre compulsiones. Cada uno con opción de respuesta de 0 a 4 (no presentar un síntoma a extremo) obteniéndose una puntuación total que oscila en un rango de 0-40. El índice de Cronbach se sitúa entre .88 y .95 (Vega-Dienstmaier et al., 2002).

Inventario de Creencias Obsesivas (ICO; Belloch et al., 2003). Para evaluar las creencias disfuncionales del TOC. Compuesto por un total de 58 ítems distribuidos en 7 dimensiones, con opción de respuesta de 1 (totalmente en desacuerdo) a 7 (totalmente de acuerdo). El índice de consistencia interna para cada uno de los factores es superior a .75 (Belloch et al., 2003).

Evaluación del progreso de las exposiciones:

Registro inicial, donde se identificará la situación/estímulo, obsesión y compulsión.

Jerarquía. Previamente a comenzar con las exposiciones, realizaremos un listado, donde ordenaremos de menor a mayor grado de ansiedad (en una escala de 0 a 10), las diferentes compulsiones. Comenzaremos trabajando con las que generen un menor nivel de ansiedad, y terminaremos con las de mayor nivel.

Autorregistros, donde se especifica la exposición que se va a realizar, Unidades Subjetivas de Ansiedad (USAs) iniciales dentro de una escala del 0 al 10, tiempo inicio de la exposición, USAs finales en una escala del 0 al 10, tiempo cuando se finaliza la

exposición, y observaciones (donde la paciente puede apuntar, sus emociones, si ha habido algún tipo de distractor durante la exposición o algún dato destacable).

Evaluación de la regulación emocional: nos permite observar dificultades en la regulación emocional, e identificar aquellas de gran intensidad que interfieran en el bienestar físico y emocional de la paciente.

Entrevista sobre la historia de Regulación Emocional semiestructurada (EMO; González, 2024), donde se obtiene información acerca de la historia de la paciente y cómo ha influido en su regulación emocional, dándonos un punto de partida sobre el que trabajar.

Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS; Gratz & Roemer, 2004). Evalúa posibles aspectos disfuncionales en la regulación emocional que puedan ser clínicamente relevantes. Consta de 28 ítems y 5 factores (“Descontrol emocional”, “Rechazo emocional”, “Interferencia cotidiana”, “Desatención emocional” y “Confusión emocional”). Muestra una consistencia interna de .93. Se ha visto que existe una correlación positiva entre el nivel de sintomatología ansiosa y dificultades en la regulación emocional (escala global) (Hervás & Jódar, 2008).

Formulación clínica del caso

Descripción de la sintomatología

En este trabajo nos hemos centrado en ciertos síntomas del TOC que vimos capaces de afrontar con el tiempo disponible, ya que conocíamos previamente la situación económica de la paciente. El síndrome de Sudeck que padece, le hace sentir un dolor crónico que le impide realizar muchas de las tareas cotidianas y que le hace desplazarse en silla de ruedas.

Presenta un alto grado de ansiedad, mostrando sintomatología asociada a la misma: incapacidad para relajarse, sensación de ahogo, sudoración, palpitaciones, dificultad para respirar, etc.

Una vez que comenzamos con la psicoeducación, la paciente comenzó a dar nombre a las “manías” que nos comentaba que padecía. Presentando obsesiones y compulsiones. Las obsesiones que relataba estaban relacionadas con la preocupación excesiva y la contaminación, como son “no estar limpio o sensación de suciedad y poder enfermar o contagiar” o “pensamientos intrusivos de que pueda suceder algo malo si no se ha apagado correctamente”. alguna de estas obsesiones viene acompañada de pensamiento mágico como es la creencia de “tener números de la buena y mala suerte”, siendo los números 2 y múltiplos de 2 considerados como números de la buena suerte, y el resto de mala suerte sintiendo, además, que “está descompensado”. Por otro lado, las compulsiones que muestra son conductuales, manifestándose a través de rituales de limpieza y comprobación. Entre estos se destacan: “tocar un objeto y tener que volver a tocarlo” (por la obsesión de que sea par o múltiplo de dos), “comprobar si vitrocerámica está apagada”, “limpieza del aseo más de una vez al día”, “tiempo invertido en el lavado de manos, entre otras.

La paciente presenta en cierto grado todas creencias distorsionadas antes mencionadas, pero destacan las siguientes: responsabilidad, perfeccionismo, intolerancia a la ambigüedad y poca flexibilidad mental.

Presenta varias distorsiones cognitivas, destacando: los debería, falacia del adivino, falacia de control, pensamiento todo o nada y catastrofismo.

Además, presenta cierta dificultad en la regulación emocional, experimentando ciertas emociones con una elevada intensidad, sobre todo la ansiedad. Esto le hace que aumente el dolor crónico que ya padece debido al Síndrome de Sudeck.

Análisis funcional del problema

En este caso, el análisis funcional tiene como objetivo la identificación de las variables que intervienen en el TOC. Como en esta intervención vamos a tratar a la paciente dando importancia tanto a lo cognitivo-conductual como a lo emocional, se ha decidido utilizar el modelo ABC de Ellis (1962), ya podemos analizar las siguientes variables: (A) acontecimiento activador, (B) sistema de creencias y (C) consecuencia emocional y conductual.

Analizando el caso podemos hipotetizar que el origen del trastorno se puede explicar por sus variables predisponentes como son: rasgos de personalidad obsesivos, elevada ansiedad rasgo, edad de la paciente, ser mujer, historia de trastorno del estado de ánimo en ambos padres, falta de regulación emocional y creencias disfuncionales originadas por el sistema de valores y educación recibida.

En cuanto a las variables precipitantes o acontecimiento activador, destaca el diagnóstico de Sudeck y volver a vivir en el domicilio familiar. Esto último es debido a que el contexto familiar es complicado desde su infancia (trastorno de ambos padres y dependencia de la hermana), lo que le lleva a adquirir el rol de protectora. Todo esto genera en ella una excesiva responsabilidad, rigidez, el perfeccionismo e intolerancia a la ambigüedad. Este sistema de creencias hace que se interprete la realidad de una forma distinta, manifestándose a través de diferentes distorsiones cognitivas y obsesiones.

Como factor mantenedor o perpetuante del trastorno, encontramos el refuerzo negativo que genera la realización de las compulsiones, ya que reducen la ansiedad que

provoca la obsesión. Esto provoca a su vez un aumento de las obsesiones. Además, otros mantenedores de las obsesiones pueden ser por un sesgo de confirmación “al volver a revisar la vitrocerámica, lo más probable es que no ocurra ninguna desgracia, ya que nos estamos asegurando que la acción anteriormente realizada es correcta”, e incluso por disponibilidad heurística, ya que su mente toma esos “atajos mentales”: “volverlo a comprobar es la razón por la que no pasa nada malo”.

La consecuencia a nivel emocional ha sido una elevada ansiedad acompañada de sintomatología fisiológica, mientras que a nivel cognitivo-conductual encontramos tanto obsesiones (alguna de ellas asociada a pensamiento mágico) como compulsiones. En la Figura 1 se resume la información concerniente al análisis funcional.

Análisis funcional



Figura 1. Análisis funcional del caso.

| | ANTECEDENTES | CONDUCTAS | CONSECUENTES |
|-----------------------------------|--|---|---|
| Largo/ Medio plazo | <p><i>Externos:</i></p> <p>AVE (Diagnóstico Síndrome de Sudeck).</p> <p>Contexto familiar difícil desde la infancia, lo que le lleva a adquirir el rol de protectora y excesiva responsabilidad.</p> <p><i>Internos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Predisponentes: <p>Rasgos de personalidad obsesivos.</p> <p>Elevada ansiedad rasgo.</p> <p>Creencias disfuncionales originadas por el sistema de valores y educación recibida (elevada rigidez, perfeccionismo, baja tolerancia a la ambigüedad y elevada responsabilidad)</p> | <p><i>Nivel cognitivo:</i></p> <p>Obsesiones (algunas con pensamiento Mágico),</p> <p>Preocupación excesiva, anticipación de consecuencias negativas, necesidad de reaseguración.</p> <p>Valoración negativa de los pensamientos intrusivos.</p> <p><i>Nivel fisiológico:</i></p> <p>Dolor crónico, ansiedad (sudoración, taquicardia, sensación de ahogo, etc.)</p> <p><i>Nivel motor:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantenedora o perpetuante: <p>Compulsiones: rituales de comprobación y limpieza.</p> | <p><i>Externos:</i></p> <p>Consecuencias del Síndrome de Sudeck: dolor crónico, desplazamiento en silla de ruedas, culpabilidad, ansiedad.</p> <p><i>Internos:</i></p> <p>Cansancio</p> <p>Pérdida funcionalidad en su vida cotidiana.</p> <p>Problemas familiares.</p> <p>TOC (a corto plazo: refuerzo negativo, ya que las compulsiones le ayudan a reducir la ansiedad provocada por las obsesiones)</p> |
| Corto plazo | <ul style="list-style-type: none"> • Precipitantes: <p><i>Contextuales:</i></p> <p>Volver a vivir en el domicilio familiar (con sus padres y hermana).</p> <p>Contexto familiar difícil (trastornos del estado de ánimo y dependencia)</p> <p><i>Personales:</i> sentimientos de inutilidad y dolor crónico (debido al Sudeck) excesiva competitividad consigo misma y autoexigencia.</p> | | |

Aplicación del tratamiento

En esta intervención se aplicó la TCC, tratamiento de elección para el TOC (Fonseca, 2021), donde combinaremos psicoeducación, exposición con prevención de respuesta y técnicas cognitivas como la reestructuración cognitiva (Beck et al., 1979).

En este caso particular, al tratarse de una paciente diagnosticada de Síndrome de Sudeck, ante una desregulación emocional presenta un aumento el dolor que sufre de forma crónica, por lo que se tomó la decisión de potenciar el tratamiento a través de la TDC focalizada en la regulación emocional, y ejercicios de relajación (McKay et al., 2017).

La intervención duró 4 meses con una sesión semanal, con un total de 17 sesiones. Cada una de ellas de 1 hora de duración. Saval (2015) establece que las sesiones deben ser de media 15, con una duración mínima de una hora.

Primera sesión

Tras la presentación, comenzamos con una entrevista inicial para obtener más información acerca de la paciente, historia clínica previa y síntomas del TOC. Se aplicaron los cuestionarios correspondientes a la ansiedad y el estado de ánimo (STAI, BAI y BDI-II). A través de estos cuestionarios obtenemos una línea base respecto a la ansiedad que experimenta la paciente al inicio del tratamiento. Se evalúa también del MOCI y el Y-BOCKS.

Segunda sesión

Evaluamos regulación emocional a través de la EMO y la escala DERS. A través de estas herramientas podemos obtener información acerca de las emociones que le cuestan más regular, las que expresa con más facilidad, información acerca de su

historia personal, gestión emocional, y obtener datos objetivos que nos permita la comparación con el post-test. En estas dos primeras sesiones se procura desarrollar una buena alianza terapéutica con la paciente.

En las exposiciones que realizaremos durante toda la intervención, se trabajará con la obsesión “tener números de la buena y mala suerte”, siendo los números 2 y múltiplos de 2 considerados como números de la buena suerte, y con la creencia de que “está descompensado”, jugando en las exposiciones con números impares.

Tercera sesión

Se devolvieron los resultados y se realizó psicoeducación acerca del TOC, explicándole los síntomas, la diferencia entre los pensamientos obsesivos y pensamientos intrusivos comunes, cómo las compulsiones ayudan al mantenimiento del trastorno, y explicando la intervención a seguir para el tratamiento.

A raíz de la información y los resultados obtenidos con el MOCI y el Y-BOCKS, se establece, en un primer momento, junto a la paciente un registro de los estímulos/obsesiones/compulsiones, la jerarquía del nivel de ansiedad (Apéndice A: Figura A1 y A2) y a una explicación de cómo proceder con los autorregistros. A partir de esta sesión iniciamos los autorregistros de los niveles 1 y 3 de la jerarquía (ya que no había ningún ítem situado en el puesto 2). Estos eran “*No revisar los emails más de 1 vez*” y “*Reducir el tiempo de lavado de manos a 2 minutos*” respectivamente.

Al final de esta sesión, le explicamos a la paciente la respiración diafragmática como herramienta para rebajar la ansiedad ante las exposiciones, ya que gradualmente aumentaremos el grado de intensidad. Además, destacamos la importancia de no distraerse o evitar la situación. Le comentamos que en cada sesión iremos trabajando exposiciones nuevas, pero que las ya trabajadas las vaya repitiendo por su cuenta.

Cuarta sesión

Realizamos la evaluación del Inventario de Creencias Obsesivas (ICO) para trabajar la técnica de Reestructuración Cognitiva sobre las creencias desadaptativas.

En esta sesión observamos los autorregistros que, al tratarse de exposiciones con baja intensidad, la paciente consiguió reducir a 0 las USAs finales. Al final de la sesión, continuamos con las exposiciones de los niveles 3 “*Reducir la cantidad de antiséptico a una cantidad media*” y “*Reducir la cantidad de jabón empleado*” para que las realizara en su casa. Le recordamos que ponga en práctica la respiración diafragmática.

Quinta sesión

Para esta sesión se analizó previamente los resultados del ICO, para averiguar las principales creencias que se debían trabajar en las siguientes sesiones. Aunque todas las puntuaciones de las dimensiones estaban por encima de la puntuación media, destacaron “Perfeccionismo e intolerancia a la incertidumbre” y “Rigidez”, rozando casi la máxima puntuación. En esta sesión comenzamos a trabajar la psicoeducación con la paciente, explicándole las diferentes distorsiones cognitivas y cómo identificarlas.

Revisamos las exposiciones realizadas, ambas habían bajado del 3 en las USAs finales. La exposición “*Reducir la cantidad de jabón empleado*” la repitió dos veces en días distintos porque la primera vez se quedó en 4 USAs finales. Le mandamos nuevas exposiciones, trabajando los niveles “*Revisar los WhatsApp solo 1 vez antes de enviarlos*” y 5 “*Reducir el tiempo de lavado de manos a 1 minuto*”. En ese último ítem tratamos de trabajar la rigidez mental (complementario al trabajo que realizamos con la reestructuración cognitiva), rebajando de 2 minutos (primera exposición realizada) a 1.

La paciente nos comenta que está dedicando entre 15 y 30 minutos por día a estas exposiciones.

Sexta sesión

Comenzamos trabajando las distorsiones cognitivas del ICO referentes a las dos dimensiones antes mencionadas, con el objetivo de extraer más información e identificar las diferentes distorsiones. En la Figura B1 (Apéndice B) podemos encontrar un fragmento de algunos de los pensamientos trabajados en consulta.

A raíz de este ejercicio, analizamos las distorsiones del registro inicial (Apéndice A), en la Figura B2 (Apéndice B) podemos ver un ejemplo.

Continuamos con la sesión, revisando las exposiciones, en ambas la paciente tenía que realizar varias a lo largo de la semana para obtener finalmente menos de 3 USAs finales. Realizando la exposición “*Reducir el tiempo de lavado de manos a 1 minuto*” 4 veces en el autorregistro y varias a lo largo del día. En esta sesión mandamos las exposiciones restantes del nivel 5 “*Reducir la utilización de los productos de limpieza en el aseo*”, “*Dejar pasar 2 minutos sin usar antiséptico*” y “*Dejar pasar 2 minutos sin lavarse las manos después de haber tocado el móvil de otra persona o el dinero*”.

Séptima sesión

En esta sesión comenzamos trabajando las distorsiones analizadas en la sesión anterior, tratando que la paciente de una explicación más adaptativa a esos pensamientos. Le comentamos que este ejercicio lo tiene que tratar de aplicar en su día a día. En la Figura B3 (Apéndice B) se puede ver un fragmento del ejercicio.

Seguimos la sesión revisando las exposiciones realizadas, y nos comenta que la exposición “*Dejar pasar 2 minutos sin lavarse las manos después de haber tocado el móvil de otra persona o el dinero*” le costó bastante bajar la ansiedad, por lo que le aconsejamos que la siga repitiendo esta semana hasta que vea reducidas las USAs. En

esta sesión se añaden las siguientes exposiciones del nivel 7: “*Dejar pasar 3 minutos sin usar antiséptico*” y “*Comprobar solo 1 vez que la vitrocerámica está apagada*”.

Comenzamos a trabajar la regulación emocional, para potenciar el conocimiento de sus emociones y cómo regularlas, ya que se hace necesario tanto por el nivel de ansiedad que se está manejando, como por regular la intensidad y su afectación al bienestar físico de la paciente. Para ello comenzaremos trabajándola a través de la psicoeducación emocional (diferencia entre emociones, sentimientos y estado de ánimo, emociones primarias y secundarias, funciones, etc.).

Al final de la sesión, para dar a la paciente más herramientas de relajación y para que se rebaje la carga de la sesión, trabajamos con la paciente la Relajación Progresiva de Jacobson, enseñando cómo tensar y destensar los diferentes grupos musculares. Además, se le envió material audiovisual para que lo practicara en casa.

Octava sesión

En esta sesión trabajamos las distorsiones a través del diálogo socrático. Para ello cuestionamos cada una de las distorsiones a través de las siguientes preguntas: ¿Hay evidencias que demuestren lo contrario?, ¿Es un pensamiento realista?, ¿Este pensamiento se basa en hechos o emociones?, entre otras. También utilizamos la técnica de exageración de la distorsión, cuestionando ¿Qué pasaría si...?, ¿Qué es lo peor que podría pasar?, etc. Al final de este ejercicio se reforzó cada uno de los pensamientos adaptativos o alternativos que se dieron a las distorsiones trabajadas.

Se revisaron las exposiciones que se concretaron en la sesión anterior. La paciente registró 2 exposiciones del ítem “*Dejar pasar 2 minutos sin lavarse las manos después de haber tocado el móvil de otra persona o el dinero*”, en las cuales había conseguido reducir las USAs finales. De las otras dos exposiciones restantes, destaca

“Comprobar solo 1 vez que la vitrocerámica está apagada”, ya que tuvo que repetir varias veces hasta que su ansiedad bajó. La paciente comenta que algunas de las exposiciones no las apuntó en el autorregistro y que las combinó con ejercicios de relajación.

Se envían las exposiciones del nivel 7 que le quedaba *“Dejar pasar 3 minutos sin lavarse las manos”*, y 2 nuevas del nivel 8 *“Limpiar el aseo solo 1 vez al día”* y *“Al tocar un objeto con una mano, no tocarlo de nuevo con la otra mano, sino con la misma”*

Preguntamos a la paciente acerca de la identificación de emociones que ha experimentado durante la semana anterior. De esta manera fomentamos la riqueza del lenguaje emocional y ayudamos a identificar emociones.

Novena sesión

Al comienzo de la sesión se continuó con el cuestionamiento de las distorsiones que quedaban por trabajar, así como tratando de que la paciente diera una explicación más adaptativa a ese pensamiento.

De las exposiciones registradas, la paciente nos comenta que *“Limpiar el aseo solo 1 vez al día”* no le había resultado tan difícil como imaginaba, y que comenzó con unas USAs de 4 y terminó con 0. Destaca que se siente más relajada al hacer los ejercicios. Se le indica que continúe realizando las exposiciones trabajadas (descartamos las realizadas en las sesiones 3^a, 4^a y 5^a, ya que la paciente relata que las USAs iniciales son como máximo 2). Se envían las exposiciones de nivel 9 *“Ver el número 7 y no cruzar los dedos”* y del nivel 10 *“Tocar un objeto y no volver a tocarlo”*.

Hacia el final de la sesión trabajamos la importancia de adquirir hábitos saludables para nuestro bienestar emocional (sueño, alimentación, no consumo de sustancias, ejercicio, etc.).

Por último, recordamos las técnicas de relajación practicadas previamente en sesión y volvemos a practicarlas (trabajamos Jacobson con menos grupos musculares).

Décima sesión

En esta sesión trabajamos la asociación entre las distorsiones, emociones y síntomas físicos relacionados, explicándole a la paciente que de esta forma se pueden identificar más fácilmente las distorsiones. Como ejemplo de este ejercicio: ante la creencia obsesiva “*Igual no he apagado bien la vitrocerámica*”, trabajamos su asociación con sus distorsiones cognitivas (catastrofismo y falacia del adivino), y las emociones (ansiedad y miedo) y síntomas físicos (palpitaciones, malestar gastrointestinal, nerviosismo, agitación e irritabilidad) que evoca la creencia.

En esta primera parte de la sesión, además, trabajamos actividades alternativas que puedan reducir su nivel de ansiedad, así como rebajar la intensidad de cualquier tipo de emoción. Se barajaron actividades como: pintar, trabajar en su jardín, cuidar y jugar con los animales y leer.

Se revisan las exposiciones de la sesión anterior, en ambas había necesitado realizarlas al menos 1 vez al día porque la ansiedad inicial era de 9 o 10 USAs. En una semana consiguió reducir las USAs iniciales a 6, aunque las finales aún había días que no bajan de 4. Se envía para casa solo una nueva exposición de nivel 10 “*No buscar otro 7 (después de ver uno) y no cruzar los dedos de la otra mano*”. Y se continúa trabajando con las dos exposiciones anteriores.

Onceava sesión

En esta sesión se decidió trabajar las distorsiones desde la intención paradójica. Tratamos de exagerar lo que dice su creencia, así como pensar la acción contraria. Para ello se escogió una creencia obsesiva “*Yo tengo la responsabilidad de asegurarme de que todo esté en orden*” con su distorsión cognitiva (falacia de control) y se analizó a través de esta técnica. Para ello ponemos un ejemplo utilizando la intención paradójica “toma la responsabilidad durante 1 día de todo tipo de decisión” y otro analizando cuál sería la acción contraria a la creencia “*intenta delegar 1 o 2 decisiones al día a tus padres/pareja*”. Con este ejercicio, se pretende conseguir que la paciente vea que, haciendo lo contrario a lo que dicta su creencia le genera menos ansiedad que llevar a cabo exactamente lo que dice la misma. Se le pidió a la paciente que pusiera en práctica este ejemplo en concreto durante la siguiente semana. De esta forma se comprueba cuál es el nivel de ansiedad que le provoca este tipo de ejercicio. El resto de las creencias se trabajaron en imaginación.

Observamos los autorregistros realizados de las últimas exposiciones. “*Ver el número 7 y no cruzar los dedos*” consiguió, al juntarlo con la exposición “*No buscar otro 7 (después de ver uno) y no cruzar los dedos de la otra mano*”, disminuir su ansiedad ante la primera exposición.

En esta sesión enviamos las últimas dos exposiciones con nivel 10: “*Si roza una parte del cuerpo, no volver a tocarla*” y “*Si toca un objeto 1 vez, no volver a tocarlo*”.

Al terminar la sesión, para reducir el nivel de ansiedad de la paciente (sobre todo por el trabajo de reestructuración cognitiva), realizamos relajación de Jacobson.

Doceava sesión

En un primer momento analizamos el nivel de ansiedad del ejercicio de reestructuración cognitiva que se le mandó realizar la anterior sesión. En este caso, se cumplió el objetivo esperado, ya que le generó más ansiedad tomar todo tipo de decisiones ella sola (nivel de ansiedad: 8), que delegar alguna a su pareja (nivel de ansiedad: 5).

Seguimos trabajando las exposiciones “*No buscar otro 7 (después de ver uno) y no cruzar los dedos de la otra mano*”, “*Si roza una parte del cuerpo, no volver a tocarla*” y “*Si toca un objeto 1 vez, no volver a tocarlo*”. Tratamos de que la ansiedad inicial baje de 6.

Al final de esta sesión analizamos las emociones que se habían dado con elevada intensidad durante las últimas dos semanas, cuál había sido la situación que las había propiciado y su respuesta. De las situaciones trabajadas, se analizó cuál podría haber sido una respuesta más adaptativa. Esto último evidenció una mejora en la identificación y regulación emocional. El ejemplo trabajado fue el siguiente: **Situación** “*Le digo a mis padres que me voy a vivir con mi pareja y ellos no están muy convencidos*”, **emoción intensa** “*Miedo (por dejarlos “solos”) y enfado*”, **Respuesta** “*El enfado me dura todo el día, me siento mal y luego tengo una bronca con mi pareja*” y **Respuesta adaptativa** “*Aunque mis padres puedan estar o no convencidos, ya tengo una edad para hacer lo que quiera sin que me afecte su opinión, y menos aún pagarlo con otra gente*”. Realizando este ejercicio la paciente nos comenta que se ha mudado con su pareja, lo que ayudó a rebajar aún más la intensidad de la ansiedad de las exposiciones.

Treceava sesión

En esta sesión nos centramos en repasar todo lo trabajado anteriormente y obtener feedback de la paciente. Comprobamos que utilizaba las técnicas de reestructuración cognitiva trabajadas cada vez que sentía que estaba experimentando una distorsión.

Revisamos las exposiciones y se comprobó que bajó la ansiedad inicial, siendo menor de 6. En las tres exposiciones se redujo la ansiedad final a 3-2. Le recomendamos que siguiera trabajándolas para reducirla aún más. Así como recordamos las técnicas aprendidas de relajación, y nos comentó que había empezado a hacer estiramientos y meditación cada mañana y que le estaba ayudando.

En cuanto a la regulación emocional, nos comentó que seguía poniendo en práctica diariamente las técnicas aprendidas. Seguía haciendo los autorregistros, en ellos destacaba: situación, emoción intensa, técnicas de regulación y respuesta. Pudimos ver que las técnicas empleadas le ayudaban a responder de forma más adaptativa a las situaciones y al desajuste emocional, empleando: hábitos más saludables, identificación de emociones, aplazamiento emocional y respuesta adaptativa, entre otras.

Catorceava y Quinceava sesión

Estas sesiones se dedicaron a realizar la evaluación post tratamiento para obtener resultados objetivos acerca de la evolución, a través de los instrumentos de evaluación previamente utilizados.

Dieciseisava y Diecisieteava sesión

En estas últimas dos sesiones se consultaron las dudas acerca de la terapia, se realizó la devolución de resultados y se trabajó la prevención de recaídas. Se destacó la

evolución de la paciente durante el tratamiento, así como nuestra disponibilidad ante cualquier posible desajuste que pudiera experimentar en un futuro. Por último, se procedió a dar el alta terapéutica.

Resultados

Grado de ansiedad y estado de ánimo

Como podemos ver en la Figura 2, en la evaluación inicial del STAI, se obtuvo una puntuación directa en Ansiedad-Estado y Ansiedad-Rasgo de 35 y 37 respectivamente, situándose ambas en el centil 85. Una vez finalizada la intervención, redujo 20 puntos su puntuación directa en Ansiedad-Estado, encontrándose en un centil 25. Mientras que en Ansiedad-Rasgo no obtuvo una reducción considerable, formando parte del centil 75. Por tanto, podemos ver como la ansiedad-estado se ha visto reducida tras la intervención, mientras que la ansiedad-rasgo se mantiene más o menos estable.

En la misma Figura 2, queda representada la puntuación inicial del BAI de 27, lo que indica “Ansiedad grave”. Así como una puntuación tras la intervención de 18, indicando “Ansiedad moderada”. Viéndose así una reducción de los síntomas asociados a la ansiedad.

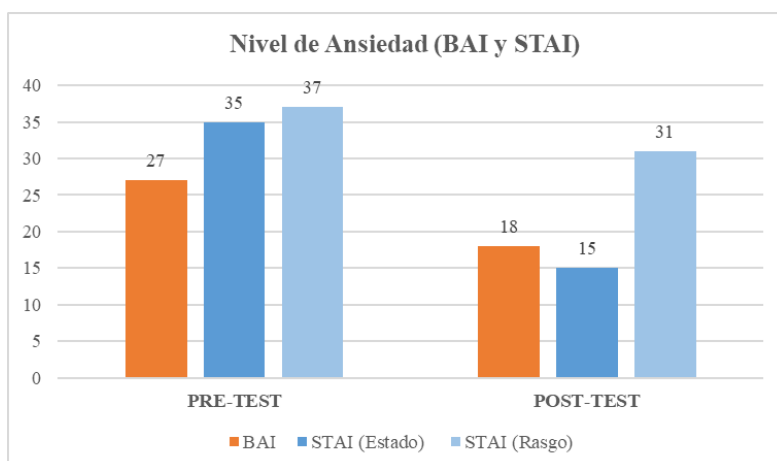


Figura 2. Gráfica comparativa de los resultados del nivel de ansiedad entre el BAI y el STAI.

Al evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva con el BDI-II, inicialmente la paciente obtuvo una puntuación total de 18, lo que supone una “Depresión leve”. Tras la intervención, obtuvo una puntuación total de 10, que indica “Depresión mínima”. Lo que nos indica que no es una variable destacable que trabajar durante la intervención. Cabe destacar que algunas de las respuestas se vieron influidas por sufrir el Síndrome de Sudeck, como “Cambios en los hábitos de sueño”, “Dificultad de concentración” y “Cansancio o fatiga”.

Síntomas del TOC

En la evaluación inicial con el MOCI (Figura 3), se obtuvo una puntuación total de 26 siendo la máxima del inventario de 30. En las subescalas las puntuaciones obtenidas son elevadas, considerando que las puntuaciones máximas de cada escala son: 9 en comprobación, 11 en lavado, 7 en lentitud y repetición y 7 en duda/conciencia. Tras el tratamiento, obtuvo una puntuación total de 14. Viéndose reducida, tanto la puntuación total, como para cada una de las dimensiones, indicando una mejora de la sintomatología.

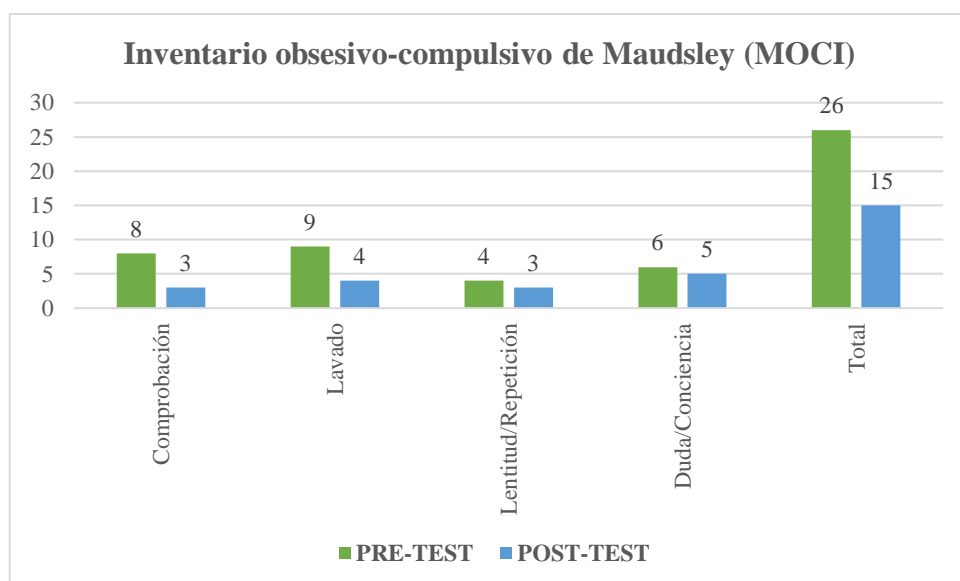


Figura 3. Resultados del Inventario obsesivo-compulsivo de Maudsley (MOCI).

En la evaluación inicial con el Y-BOCS (Figura 4), la puntuación total fue de 33 (siendo el máximo de 40), distribuida en: 16 para los síntomas obsesivos y 17 para los síntomas compulsivos. Indicando severidad tanto en ambos síntomas. En la evaluación final, obtuvo una puntuación de 22 (12 para los síntomas obsesivos y 10 para los síntomas compulsivos). Indicando una disminución en la severidad de ambos síntomas.

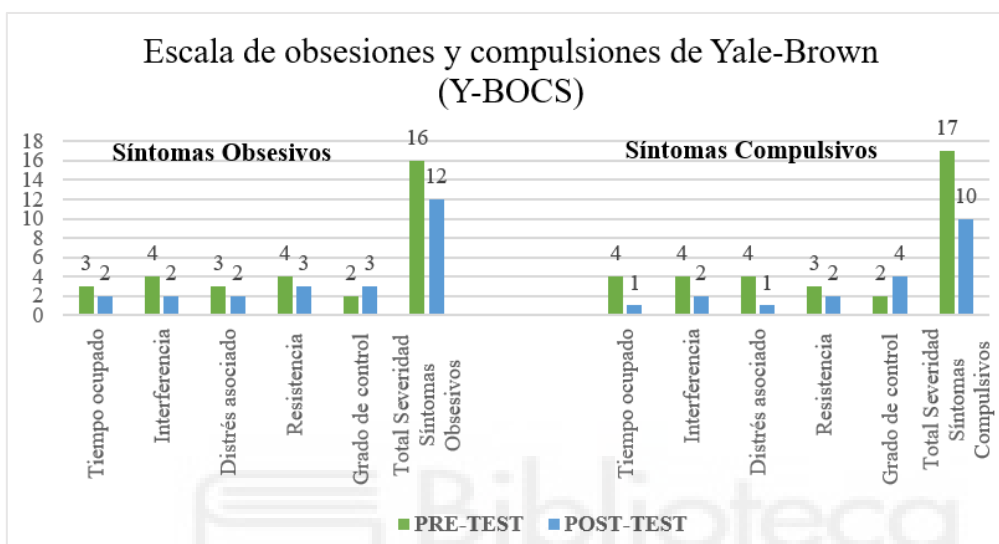


Figura 4. Resultados de la Escala de obsesiones y compulsiones de Yale-Brown (Y-BOCS).

Centrándonos en la evaluación realizada con el ICO, la paciente obtuvo una puntuación total de 328, siendo el máximo del inventario de 406. En las 7 dimensiones las puntuaciones fueron elevadas, destacando “Perfeccionismo e intolerancia a la incertidumbre” alcanzando casi la puntuación máxima de 98. Cuando se evaluó posteriormente, obtuvo una puntuación total de 222. Como podemos ver en la Figura 5, existe una mejora general, pero sigue obteniendo una puntuación elevada en las dimensiones “Perfeccionismo e intolerancia a la incertidumbre” y “Rigidez”.

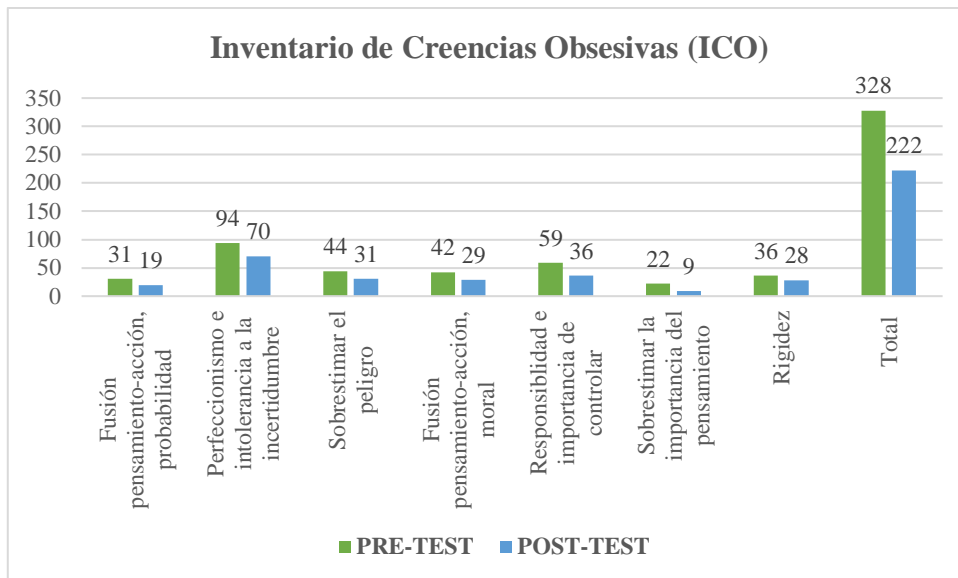


Figura 5. Inventario de Creencias Obsesivas dividido en dimensiones más puntuación total.

Autorregistros

En el Apéndice C podemos ver la leyenda de las exposiciones con su número de referencia. En la Figura 6 se muestra la evolución de las exposiciones a lo largo de la intervención, consiguiendo una reducción progresiva de las USAs iniciales y finales.

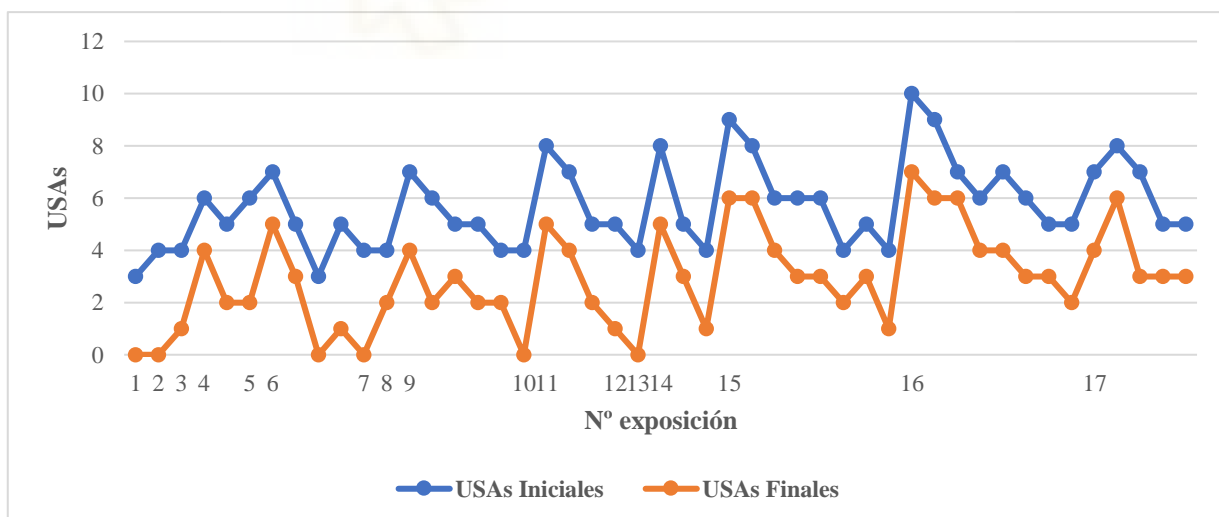


Figura 6. Evolución de las USAs según las exposiciones.

Regulación emocional

Basándonos en el DERS (Figura 7), los resultados obtenidos al inicio de la intervención mostraban que, siendo la media de la muestra para la adaptación española de 58.4, la paciente obtuvo un total de 94. Este resultado nos confirma que existen dificultades en cuanto a la regulación emocional, ya que se sitúa por encima de la media y de la desviación estándar (17.6). Cuando realizamos la evaluación post tratamiento, se obtuvo un total de 68, lo que aún le sitúa por encima de la media pero dentro de la desviación estándar considerada. Esto quiere decir que ha mejorado en cuanto a su regulación emocional, aunque todavía hay margen de mejora. Observamos una notable mejoría en las subescalas, aunque menos destacable en “Rechazo emocional” e “Interferencia cotidiana”.

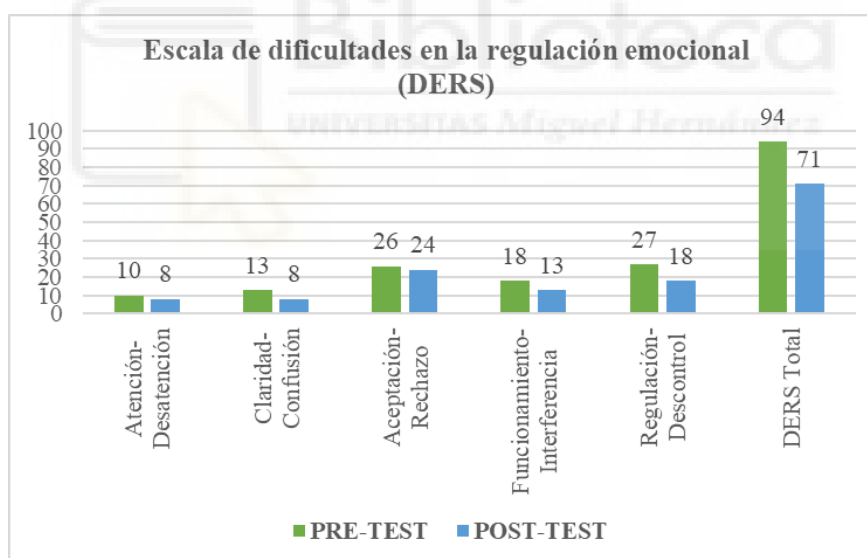


Figura 7. Escala de Dificultades en la Regulación Emocional, indicando sus dimensiones más puntuación total.

Por su parte, la información obtenida con la EMO indicó que la paciente mostraba cierta capacidad de identificación y conocimiento acerca de las emociones y su regulación, destacando su capacidad de afrontamiento ante el enfado. También se muestra ciertas dificultades de expresión emocional con respecto a la tristeza y una falta

de reacción ante la ira cuando esta es expresada por otra persona. Cabe destacar que desde muy pequeña su mecanismo de afrontamiento ante situaciones que le generaban una elevada intensidad emocional, era la distracción o evitación, sin expresarlo a sus figuras de apoyo. En este caso no se realizó una evaluación post tratamiento, ya que la utilizamos para evaluar en un inicio las posibles dificultades que existían con la regulación emocional y las figuras de apoyo.

Magnitud del cambio

En la Figura 8 podemos observar una mejora en las distintas variables evaluadas, indicando la existencia de posible mejoría en el DERS y una estabilidad en el STAI rasgo, lo que indica un rasgo de personalidad ansioso. Estos cálculos se han obtenido restando el resultado inicial (pretratamiento) al resultado final (post), para luego dividirlo por el resultado inicial, y por último, convertirlo a porcentaje al multiplicarlo por 100.

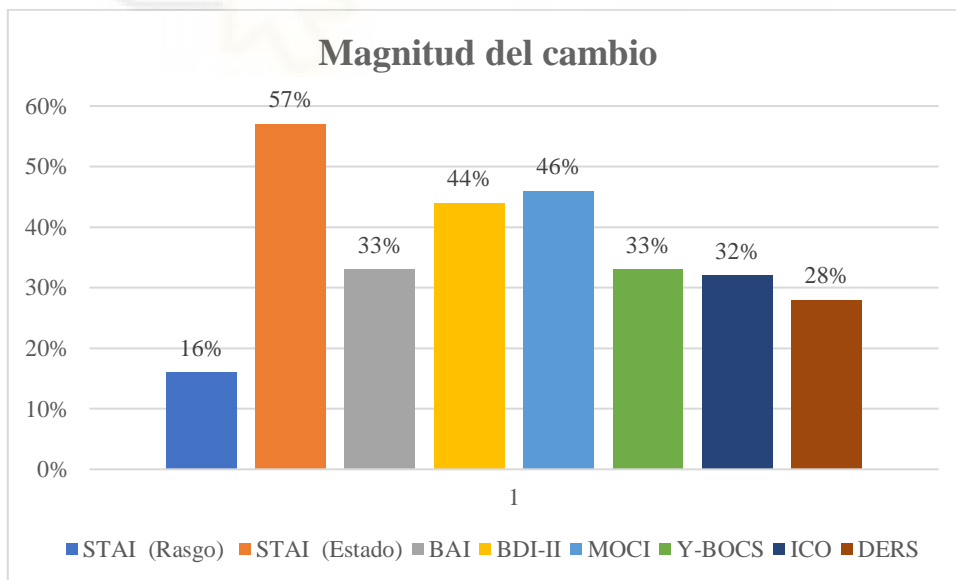


Figura 8. Magnitud del cambio de los parámetros evaluados.

Discusión

La paciente fue diagnosticada de TOC, al mostrar obsesiones y compulsiones, las cuales ocupaban la mayor parte de su tiempo diario, y le impedían la correcta funcionalidad. Gracias a la evaluación realizada con Y-BOCS y el MOCI se confirmó la existencia de obsesiones de contaminación y duda o preocupación extrema, y compulsiones manifestadas a través de rituales de limpieza y comprobación. El caso de nuestra paciente concuerda con lo dicho por autores como Caballo et al. (2014), donde especifican que la obsesión más común es la de contaminación, mientras que la compulsión más común es la de comprobación. Coincide también con lo descrito por Belloch et al. (2020), ya que también en nuestra paciente se encuentran presentes las dimensiones de contaminación y limpieza, descritas más frecuentemente en mujeres. A través de la evaluación del ICO, se observó que la paciente obtuvo puntuaciones elevadas en las dimensiones de “Perfeccionismo e intolerancia a la incertidumbre” y “Rigidez”, concordando con las creencias más habituales descritas por Olivares et al. (2022). Se trabajó a través de la TCC, consiguiendo una magnitud del cambio de un 32% para las creencias y entre un 33-46% para la sintomatología TOC.

La paciente acudió a consulta con un elevado grado de ansiedad y sintomatología asociada. En trabajos como el de Stasik et al. (2012) encontraron correlación entre ansiedad y comprobación, asociación que podemos encontrar también en nuestra paciente. Tras la intervención, hallamos una reducción de la ansiedad estado y de los síntomas asociados. Además, los ejercicios de relajación aplicados durante la terapia ayudaron a la paciente a potenciar la reducción del grado de ansiedad, lo que hizo a su vez, que las exposiciones se pudieran afrontar de una forma más adecuada. Es cierto que la ansiedad-rasgo no tuvo gran magnitud de mejora (16%), manteniéndose

prácticamente estable, lo que indica que la paciente tiene una personalidad con rasgo ansioso.

Otro de nuestros objetivos fue estudiar las áreas a trabajar para disminuir la intensidad emocional y así reducir también la somatización. A través de la evaluación realizada con la EMO, averiguamos que la paciente presentaba dificultades en la expresión emocional (como por ejemplo ante la tristeza o la ira), confirmando las dificultades en la regulación emocional gracias a los resultados obtenidos con el DERS. Lo que nos llevó a trabajar en sesión la TDC focalizada en regulación emocional, ayudando a la paciente a reducir la intensidad de sus emociones y su somatización. Esto nos confirma lo que indicaban Ferrández-Mas et al. (2023): ciertas terapias de tercera generación como las enfocadas en la regulación emocional, pueden tener beneficios adicionales en la intervención. Finalmente, se pudo comprobar que hubo una magnitud del cambio del 28%, existiendo margen de mejora en las subescalas “Rechazo emocional” e “Interferencia cotidiana”.

Como conclusión, analizando los resultados del tratamiento realizado con la TCC, hemos podido evidenciar la eficacia de la terapia en su aplicación a un caso de TOC, como ya indicaba Fonseca (2021) y siendo este nuestro principal objetivo. Se observa una mejora en todos los parámetros relacionados con la sintomatología del TOC. Además, la intervención consiguió ajustarse a lo indicado por autores como Saval (2015), con un total de 17 sesiones de 1 hora de duración. Asimismo, se ha alcanzado el objetivo secundario, consiguiendo una reducción la intensidad de la ansiedad y sintomatología asociada, así como mejorando la regulación emocional de la paciente. Bien es cierto, que cabe destacar una serie de limitaciones con las que hemos contado a la hora de desarrollar la intervención, como son: Se han trabajado aquellas obsesiones y compulsiones que la paciente ha hecho explícitas durante el transcurso de la terapia, por

lo que quizás habría que ampliar el número de sesiones para poder trabajar e indagar en todo lo que no quedó evidente durante el tratamiento. En este caso, no fue posible debido a motivos económicos. Además, la paciente no registro todas las exposiciones, con lo que nos faltarían datos para realizar un análisis completamente detallado de la evolución de la ansiedad experimentada con cada exposición. Otra limitación pudo ser la influencia de una elevada intensidad de la ansiedad durante las primeras sesiones, que pudo hacer que algunas de las puntuaciones se viesan incrementadas. Así como, el cambio de domicilio que la paciente realiza hacia el final de la intervención (de vivir con sus padres a con su pareja), puede haber influido en la disminución de la ansiedad en las exposiciones y en la evaluación final, y por tanto haber ayudado en cierta manera a la eficacia de la terapia. Como última anotación, hay que destacar que las prácticas cotidianas y la enseñanza del centro de prácticas, también pudo influir en el curso y desarrollo de la intervención.

Todas estas limitaciones, dejan la puerta abierta a poder continuar con el tratamiento y explorar de manera más exhausta todas las obsesiones y compulsiones existentes.

Referencias

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Association.

Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56(6), 893–897. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.56.6.893>

- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory Second Edition. Manual*. [Database record]. APA PsycTests.
<https://doi.org/10.1037/t00742-000>
- Beck A. T., Rush A. J., Shaw B. F. & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press.
- Belloch, A., Cabedo, E., Morillo, C., Lucero, M., & Carrió, C. (2003). Diseño de un instrumento para evaluar las creencias disfuncionales del trastorno obsesivo-compulsivo: Resultados preliminares del Inventario de Creencias Obsesivas (ICO). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(2), 235-250.
- Belloch, A., Sandín, B., & Ramos, F. (2020). *Manual de psicopatología*. McGraw-Hill.
- Caballo, V., Salazar, I., & Carroble, J. A., (2014). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*. Pirámide.
- Díaz García, M. I., Ruiz Fernández, M. A., & Villalobos Crespo, A. (2017). *Manual de técnicas y terapias cognitivo-conductuales*. Desclée de Brouwer.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Lyle Stuart.
- Ferrández-Mas, J., Moreno-Amador, B., Marzo, J. C., Falcó, R., Molina-Torres, J., Cervin, M., & Piqueras, J. A. (2023). Relationship between Cognitive Strategies of Emotion Regulation and Dimensions of Obsessive–Compulsive Symptomatology in Adolescents. *Children*, 10(5), 803.
<https://doi.org/10.3390/children10050803>
- Ferreira, S., Pêgo, J. M., & Morgado, P. (2020). A Systematic Review of Behavioral, Physiological, and Neurobiological Cognitive Regulation Alterations in

Obsessive-Compulsive Disorder. *Brain Sciences*, 10(11), 797.

<https://doi.org/10.3390/brainsci10110797>

Fonseca-Pedrero, E. (2021). *Manual de tratamientos psicológicos: Adultos*. Pirámide.

Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Sierra-Baigrie, S., Lemos-Giráldez, S., & Muñiz, J. (2012). Propiedades psicométricas del Cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI) en universitarios. *Psicología Conductual*, 20(3), 547-561.

Gil-Delgado, I., Zaragoza, L., Pelayo, P., García-Fernández, L., Cabedo, E., Roncero, M., & García-Soriano, G. (2023). Terapia cognitivo-conductual grupal por videoconferencia para el trastorno obsesivo-compulsivo: Estudio piloto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 28(1), 1-11.

<https://doi.org/10.5944/rppc.33872>

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>.

González, A. (5 de enero, 2024). Entrevista sobre la historia de Regulación Emocional.

Anabel González. <https://anabelgonzalez.es/wp-content/uploads/2020/09/EMO-Entrevista-de-Regulaci%C3%B3n-Emocional-1.pdf>

Guilera, G., Gómez-Benito, J., Tomás, J., & Carreras, V. (2005). Fiabilidad y validez de la versión española del Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory (MOCI). *Interpsiquis*.

- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54.
<https://doi.org/10.1023/b:joba.0000007455.08539.94>
- Hervás, G., & Jódar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. *Clínica y Salud*. 19(2), 139-156. Recuperado en 04 de enero de 2024, de
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742008000200001&lng=es&tlng=es.
- Hodgson, R. J., & Rachman, S. (1977). Obsessive-compulsive complaints. *Behaviour Research and Therapy*, 15(5), 389-395. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(77\)90042-0](https://doi.org/10.1016/0005-7967(77)90042-0).
- Kodysz, S. (s.f.). Trastorno Obsesivo-Compulsivo (T.O.C.). Breve Revisión Bibliográfica. *Hojas Clínicas de Salud Mental*. Facultad de psicología en Buenos Aires: Argentina, 15-20.
- Lozano-Vargas, A. (2017). Aspectos clínicos del Trastorno Obsesivo Compulsivo y trastornos relacionados. *Revista Neuropsiquiatría*. 80(1), 35-41.
<https://dx.doi.org/10.20453/rnp.v80i1.3058>
- Martínez-Esparza, I. C., Rosa-Alcázar, Á., Olivares-Olivares, P. J., & Rosa-Alcázar, Á. (2022). Obsessive beliefs and uncertainty in obsessivecompulsive and related patients. *Revista internacional de psicología clínica y de la salud: IJCHP*, 22(3), 100316. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2022.100316>

- Mckay, M., Wood, J. C., & Brantley, J. (2017). *Manual práctico de Terapia Dialectico Conductual*. Desclée De Brouwer.
- Pinto, A., Mancebo, M. C., Eisen, J. L., Pagano, M. E., & Rasmussen, S. A. (2006). The Brown longitudinal obsessive-compulsive study: Clinical features and symptoms of the sample at intake. *Journal of Clinical Psychiatry*, *67*(5), 703–711. <http://dx.doi.org/10.4088/JCP.v67n0503>
- Rachman, S., Elliott, C. M., Shafran, R., & Radomsky, A.S. (2009). Separating hoarding from OCD. *Behaviour Research and Therapy*, *47*(6), 520–522. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.02.014>
- Sanz, J. (2014). Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. *Clínica y Salud*, *25*(1), 39-48. <https://dx.doi.org/10.5093/cl2014a3>
- Sanz, J., & Navarro, M. E. (2003). Propiedades psicométricas de una versión española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en estudiantes universitarios. *Ansiedad y Estrés*, *9*(1), 59–84. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2020.08.002>.
- Sanz, J., Perdigón, A. L., & Vázquez, C. (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.
- Saval Manera, 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. (1982). *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo*. TEA Ediciones.

Stasik, S. M., Naragon-Gainey, K., Chmielewski, M., & Watson, D. (2012). Core OCD symptoms: exploration of specificity and relations with psychopathology.

Journal of anxiety disorders, 26(8), 859–870.

<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.07.007>

Subdirección General de Información Sanitaria. (2021). *Salud mental en datos:*

prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria. BDCAP Series

2. Madrid: Ministerio de Sanidad.

<https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/>

[SIAP/Salud_mental_datos.pdf](https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud_mental_datos.pdf)

Vega-Dienstmaier, J. M., Sal y Rosas, HJ., Vidal, H., Mazzotti-Suárez, G., Guimas, B., Adrianzén, C., & Vivar, R. (2002). Validation of a version in spanish of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. *Actas españolas de psiquiatría*, 30(1), 30-35.

Williams, M. T., Mugno, B., Franklin, M., & Faber, S. (2013). Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: phenomenology and treatment outcomes with exposure and ritual prevention. *Psychopathology*, 46(6), 365–76.

<https://doi.org/10.1159/000348582>

Apéndice B: Trabajo realizado durante la intervención.

| Perfeccionismo e intolerancia a la incertidumbre | Distorsión cognitiva |
|---|---|
| “Debo ser la mejor en aquello que es importante para mí” | Debería |
| “Para mí es inaceptable tener cualquier pequeño descuido si puede afectar a los demás” | Catastrofismo Falacia de control |
| “Si me esfuerzo mucho conseguiré estar completamente segura de todo lo que haga” | Falacia de control Pensamiento todo o nada |
| “Para mí, las cosas no están bien si no están perfectas” | Pensamiento todo o nada |
| Rigidez | Distorsión cognitiva |
| “Las cosas o se hacen bien o no se hacen”, “Solamente hay una manera correcta de hacer las cosas” | Pensamiento todo o nada |
| “Si algo no me sale bien, las consecuencias serán muy malas” | Catastrofismo |
| “Yo tengo la responsabilidad de asegurarme de que todo esté en orden” | Falacia de control |

Figura B1. Ejemplos de distorsiones cognitivas trabajadas durante la sexta sesión.

| Obsesión | Distorsión cognitiva |
|--|--|
| “Está descompensado” (Necesidad de tocar/rozar 2 veces el mismo objeto) | Falacia del adivino Falacia de control |
| “No está limpio” (cada vez que usa su propio aseo) | Pensamiento todo o nada |
| Sensación de suciedad | Pensamiento todo o nada Catastrofismo |
| 7 como número de la mala suerte | Falacia del adivino Generalización excesiva |
| “Igual no lo he apagado bien” “Puede suceder algo malo si no se ha apagado correctamente” (ej. Un incendio) | Catastrofismo Falacia del adivino |

Figura B2. Análisis de las distorsiones cognitivas del registro inicial (realizado en la tercera sesión) trabajado durante la sexta sesión.

| Creencia obsesiva | Pensamiento adaptativo |
|---|---|
| “Debo ser la mejor en aquello que es importante para mí” (Perfeccionismo e intolerancia a la incertidumbre) | <i>“Está bien querer sacar lo mejor de mí, pero sin exigirme en exceso” “Ha habido veces que no he sido la mejor y no ha pasado nada”</i> |
| “Si algo no me sale bien, las consecuencias serán muy malas” (Rigidez) | <i>“Muchas veces las cosas no salen como uno quiere”</i> |

| | |
|--|--|
| | <p><i>“Aunque no salga como esperaba, no tiene por qué ser una mala consecuencia. Siempre se aprende y se intenta sacar lo mejor de cada situación”</i></p> |
| <p>“Está descompensado” (Necesidad de tocar/rozar 2 veces o múltiplo de 2 el mismo objeto)</p> | <p><i>“Es solo una sensación”</i></p> <p><i>“No va a pasar nada porque toque las cosas en un número impar”</i></p> <p><i>“Aunque toque las cosas 2 veces, no voy a cambiar lo que vaya a pasar”</i></p> <p><i>“Que toque las cosas 2 veces no va a hacer que todo lo que suceda en adelante sea bueno”</i></p> |

Figura B3. Analisis del pensamiento adaptativo ante la creencia obsesiva, trabajado durante la séptima sesión.

Apéndice C. Leyenda de las exposiciones.

| EXPOSICIONES | |
|--------------|--|
| 1 | No revisar los emails una vez abiertos |
| 2 | Reducir el tiempo de lavado de manos a 2 minutos |
| 3 | Reducir la cantidad de antiséptico a una cantidad media |
| 4 | Reducir la cantidad de jabón empleado |
| 5 | Revisar los WhatsApp solo 1 vez antes de enviarlos |
| 6 | Reducir el tiempo de lavado de manos a 1 minuto |
| 7 | Reducir la utilización de los productos de limpieza en el aseo |
| 8 | Dejar pasar 2 minutos sin usar antiséptico |
| 9 | Dejar pasar 2 minutos sin lavarse las manos después de haber tocado el móvil de otra persona o el dinero |
| 10 | Dejar pasar 3 minutos sin usar antiséptico |
| 11 | Comprobar solo 1 vez que la vitrocerámica está apagada |
| 12 | Dejar pasar 3 minutos sin lavarse las manos |
| 13 | Limpiar el aseo solo 1 vez al día |
| 14 | Al tocar un objeto con una mano, no tocarlo de nuevo con la otra mano, sino con la misma |
| 15 | Ver el número 7 y no cruzar los dedos |
| 16 | Tocar un objeto y no volver a tocarlo |
| 17 | No buscar otro 7 (después de ver uno) y no cruzar los dedos de la otra mano |

Figura C1. Relación número de exposición con la exposición realizada.

Apéndice D: Autorización de Comité de Ética.



INFORME DE EVALUACIÓN DE INVESTIGACIÓN RESPONSABLE DE 2. TFM (Trabajo Fin de Máster)

Elche, a 11/10/2023

| | |
|---|--|
| Nombre del tutor/a | José Antonio Piqueras Rodríguez |
| Nombre del alumno/a | Virginia Baeza Zaragoza |
| Tipo de actividad | 5. Sin implicaciones Asistencial |
| Título del 2. TFM (Trabajo Fin de Máster) | (orientativo) Aplicación de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) para el tratamiento del Trastorno Obsesivo-Compulsivo en un caso clínico |
| Evaluación de riesgos laborales | No solicitado/No procede |
| Evaluación ética humanos | No solicitado/No procede |
| Código provisional | 231009042021 |
| Código de autorización COIR | TFM.MPG.JAPR.VBZ.231009 |
| Caducidad | 2 años |

Se considera que el presente proyecto carece de riesgos laborales significativos para las personas que participan en el mismo, ya sean de la UMH o de otras organizaciones.

La necesidad de evaluación ética del trabajo titulado: **(orientativo) Aplicación de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) para el tratamiento del Trastorno Obsesivo-Compulsivo en un caso clínico** ha sido realizada en base a la información aportada en el formulario online: "TFG/TFM: Solicitud Código de Investigación Responsable (COIR)", habiéndose determinado que no requiere ninguna evaluación adicional, puesto que se trata de un trabajo de práctica clínica asistencial docente, es decir, no tiene fines científicos y, por tanto, no se pretende publicar los resultados en una revista científica. Es importante destacar que si la información aportada en dicho formulario no es correcta este informe no tiene validez.

Por todo lo anterior, **se autoriza** la realización de la presente actividad.

Atentamente,

Alberto Pastor Campos
Jefe de la Oficina de Investigación Responsable
Vicerrectorado de Investigación y Transferencia



Información adicional:

- En caso de que la presente actividad se desarrolle total o parcialmente en otras instituciones es responsabilidad del investigador principal solicitar cuantas autorizaciones sean pertinentes, de manera que se garantice, al menos, que los responsables de las mismas están informados.
- Le recordamos que durante la realización de este trabajo debe cumplir con las exigencias en materia de prevención de riesgos laborales. En concreto: las recogidas en el plan de prevención de la UMH y en las planificaciones preventivas de las unidades en las que se integra la investigación. Igualmente, debe promover la realización de reconocimientos médicos periódicos entre su personal; cumplir con los procedimientos sobre coordinación de actividades empresariales en el caso de que trabaje en el centro de trabajo de otra empresa o que personal de otra empresa se desplace a las instalaciones de la UMH; y atender a las obligaciones formativas del personal en materia de prevención de riesgos laborales. Le indicamos que tiene a su disposición al Servicio de Prevención de la UMH para asesorarle en esta materia.

La información descriptiva básica del presente trabajo será incorporada al repositorio público de Trabajos fin de Grado y Trabajos Fin de Máster autorizados por la Oficina de Investigación Responsable de la Universidad Miguel Hernández. También se puede acceder a través de <https://oir.umh.es/solicitud-de-evaluacion/tfg-tfm/>

