



XVII Congreso Virtual
Internacional de Psiquiatría

2016

#interpsiquis - del 1 al 29 de Febrero

TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL COMBINADO CON EMDR EN UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL COMÓRBIDA CON TRASTORNO OBSESIVO CARGADO DE GRAN ANSIEDAD Y PÁNICO ANTE LA POSIBILIDAD DE MATAR A SU PROPIO HIJO DE AÑO Y MEDIO

COGNITIVE-BEHAVIOURAL THERAPY COMBINED WITH EMDR IN A CO-MORBID DUAL PATHOLOGY WITH OBSESSIVE DISORDER, INCLUDING MAJOR ANXIETY AND PANIC WITH REGARDS TO THE POSSIBILITY OF KILLING ONE'S OWN 18-MONTH-OLD SON

Ana M^a Bastida de Miguel

Licenciada en Psicología, Máster en Psicología Clínica, Máster en Psicología de la Vejez, Máster en Dependencia y Gestión de Servicios Sociales, Psicoterapeuta por la EFPA/EuroPsy, Postgrado en Medicina Psicosomática y Psicología de la Salud, Experta en Psicoterapia Breve

bastidademiguel@disatex.net

Tratamiento cognitivo-conductual. EMDR. Patología dual. Adicción a las drogas. Trastorno obsesivo. Ansiedad. Comorbilidad.

Cognitive-Behavioural Therapy. EMDR. Dual Pathology. Drug addiction. Obsessive Disorder. Anxiety. Co-morbidity.

RESUMEN

Con este trabajo se presenta el caso de un varón de 34 años, casado y con un niño de año y medio, que sufre patología dual comórbida con gran ansiedad y un pánico extremo ante la posibilidad obsesiva de matar en cualquier momento, en cualquier lugar y con cualquier objeto a su único hijo. Tras realizar un análisis funcional del problema se decidió iniciar un plan de tratamiento basado en Técnicas Cognitivo-Conductuales combinadas con Relajación y EMDR. El tratamiento constó de 35 sesiones repartidas en 24 sesiones semanales, 6 sesiones de seguimiento mensuales, 4 sesiones cada 2 meses y la última con alta definitiva 3 meses después de la anterior visita. En todos los casos la duración de las sesiones fue de hora y media aproximadamente. A través de los resultados, y hasta la resolución total del caso, pudimos comprobar la gran mejoría que logramos en todos los niveles y esto tanto a nivel personal como familiar y laboral, así como la importancia que tuvo combinar la Terapia Cognitivo-Conductual con Relajación y EMDR, sin olvidar la estrecha colaboración y empatía que se produjo entre paciente, pareja del paciente y psicoterapeuta en el tratamiento del caso. Los resultados siguen siendo positivos 5 años después de haber recibido el alta.

ABSTRACT

This paper presents the case of a 34-year-old male, married, with an 18-month-old child, who suffers co-morbid Dual Pathology with major anxiety and extreme panic towards the obsessive possibility of killing his only child at any time, in any place and with any kind of object. After carrying out a functional analysis of the problem, it was decided that a treatment plan should be

TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL COMBINADO CON EMDR EN UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL COMÓRBIDA CON TRASTORNO OBSESIVO CARGADO DE GRAN ANSIEDAD Y PÁNICO ANTE LA POSIBILIDAD DE MATAR A SU PROPIO HIJO DE AÑO Y MEDIO

initiated based on Cognitive-Behavioural Techniques combined with Relaxation and EMDR. The treatment consisted of 35 sessions divided into 24 weekly sessions, 6 monthly follow-up sessions, 4 sessions every 2 months and a final one, where the patient was fully discharged, 3 months after the previous visit. The sessions always lasted approximately 90 minutes. The results achieved during treatment and until the complete resolution of the case highlighted considerable improvement at all levels, both personally and in terms of family and the patient's employment, as well as the importance of combining Cognitive-Behavioural Therapy with Relaxation and EMDR. The close collaboration and empathy achieved between the patient, his partner and the therapist while treating the case must also be highlighted. The results continue to be positive, five years after the patient was discharged.

TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL COMBINADO CON EMDR EN UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL COMÓRBIDA CON TRASTORNO OBSESIVO CARGADO DE GRAN ANSIEDAD Y PÁNICO ANTE LA POSIBILIDAD DE MATAR A SU PROPIO HIJO DE AÑO Y MEDIO

OBJETIVOS

Describir un caso clínico de Patología Dual donde el principal problema por el que se acude a consulta es por un cuadro obsesivo cargado de gran ansiedad anticipatoria e incapacitante, focalizado sobre todo en el daño que pudiera hacer a su hijo y acompañado todo ello de múltiples patologías concomitantes con la adicción sobre todo al Speed y a la Cocaína. La psicoterapia aplicada incluyó Terapia Cognitivo Conductual (TCC) combinada con Relajación Muscular Progresiva de Jacobson y Estimulación Bilateral a través de Movimientos Oculares (EMDR). Los resultados fueron altamente positivos y mantenidos a lo largo del tiempo sin ningún tipo de recaída.

TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL

La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) vincula pensamientos y conductas, recoge aportaciones no sólo de la psicología cognitiva y conductista sino también de distintas corrientes, todas ellas dentro de la psicología científica. Este modelo acepta la tesis del aprendizaje del comportamiento humano e igualmente postula que los pensamientos y creencias, así como los comportamientos, las respuestas emocionales y fisiológicas están íntimamente interrelacionados, de tal forma que si modificamos cualquiera de ellos afectará considerablemente a los otros componentes. En este tipo de terapia combinamos técnicas de reestructuración cognitiva, entrenamiento en relajación, estrategias de exposición, enfrentamiento y afrontamiento a situaciones conflictivas, desensibilización, biofeedback..., de tal forma que las personas que padecen diferentes problemas van adquiriendo recursos, estrategias y habilidades que les permiten resolver situaciones que anteriormente les incapacitaban y provocaban múltiples problemas.

Durante el tratamiento fuimos incorporando estrategias y recursos que permitieron flexibilizar y modificar los esquemas disfuncionales y los pensamientos automáticos que se desprendían de ellos. Todo el proceso se llevó a cabo de una forma totalmente empírica, colaborativa y empática entre psicoterapeuta y paciente. Los trastornos en los que se aplica este tipo de terapias incluyen trastornos obsesivos compulsivos, adicciones, ansiedad, estrés, depresión, fobias diversas, ataques de pánico, trastornos alimentarios, trastorno de estrés pos-traumático... En nuestro caso la TCC pudo ayudar al paciente a romper el círculo vicioso (en el que se encontraba) de respuestas fisiológicas altamente alteradas, pensamientos obsesivos, comportamientos evitativos y emociones negativas hasta conseguir modificar todo ello mediante alternativas mucho más eficaces y adecuadas.

TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL COMBINADO CON EMDR EN UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL COMÓRBIDA CON TRASTORNO OBSESIVO CARGADO DE GRAN ANSIEDAD Y PÁNICO ANTE LA POSIBILIDAD DE MATAR A SU PROPIO HIJO DE AÑO Y MEDIO

EMDR (DESENSIBILIZACIÓN Y REPROCESAMIENTO A TRAVÉS DE MOVIMIENTOS OCULARES):

Es un abordaje psicoterapéutico cuyo método fue descubierto y desarrollado por la Dra. Francine Shapiro en 1987. EMDR fue inicialmente desarrollado como un tratamiento eficaz para el Trastorno de Estrés Pos-Traumático (TEPT), posteriormente y a lo largo de los años, dada su demostrada eficacia, se ha ampliado a multitud de patologías.

Consiste en usar la estimulación bilateral a través del movimiento ocular para desencadenar la desensibilización de pensamientos perturbadores y el reprocesamiento de las situaciones traumáticas hasta conseguir su total desaparición así como la sintomatología disfuncional que las acompaña. Es una técnica científicamente demostrada como muy eficaz, rápida, muy potente y estable.

Actualmente recomendada por las Guías de Práctica Clínica en países como EE.UU. Inglaterra, Irlanda e Israel así como por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como intervención imprescindible en tratamientos relacionados con TEPT debido a participaciones en diversas guerras, siniestros, accidentes traumáticos, víctimas de terrorismo, abusos sexuales, catástrofes, fobias..., y esto tanto en población infantil como adulta. Aunque esta técnica también utiliza estimulación auditiva y táctil para conseguir un correcto reprocesamiento de la información y su posterior adaptación funcional, en este caso nos limitamos a trabajar fundamentalmente con Movimientos Oculares dado que desde el primer momento que iniciamos el tratamiento obtuvimos muy buenos resultados. Podemos decir que "EMDR" es una forma de ayudar a la mente a recuperarse y si además la combinamos con Terapia Cognitivo-Conductual los resultados son mucho mejores, mucho más estables y mucho más duraderos.

PATOLOGÍA DUAL

Entendemos por Patología Dual la coexistencia, en un mismo paciente, de un trastorno psiquiátrico asociado al uso-abuso de sustancias psicoactivas (tanto las integradas en nuestra cultura como el tabaco, el café, el alcohol, los analgésicos... o las no integradas como el cannabis, la cocaína, las anfetaminas, el speed...). También estarían incluidas en esta patología las adicciones comportamentales como la ludopatía.

En cuanto a los trastornos mentales o psiquiátricos asociados estarían incluidos los trastornos obsesivos, ansiedad, estrés, depresión, esquizofrenia, fobias...

Actualmente podemos decir que una gran mayoría de drogodependientes padece, además de la adicción, un serio trastorno mental asociado que les incapacita para llevar a cabo una vida normal.

TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL COMBINADO CON EMDR EN UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL COMÓRBIDA CON TRASTORNO OBSESIVO CARGADO DE GRAN ANSIEDAD Y PÁNICO ANTE LA POSIBILIDAD DE MATAR A SU PROPIO HIJO DE AÑO Y MEDIO

ADICCIÓN A LAS DROGAS

La adicción a las drogas conlleva un gran impulso a consumirlas de una forma totalmente compulsiva. A las personas dependientes les resulta muy difícil controlar el consumo a pesar de las múltiples consecuencias negativas que se derivan de ello, llegando incluso a provocar la propia muerte o la muerte de los demás. A la larga el poder que ejerce la droga en el consumidor es devastador, destruyendo no sólo la vida del consumidor sino también de todo cuanto le rodea. La adicción cambia el cerebro de la persona consumidora de forma invasiva y devastadora, contribuyendo con ello a unos cuadros que en su mayoría terminan provocando serios y muy graves problemas a todos los niveles, tanto personales como laborales, familiares o interpersonales.

TRASTORNO OBSESIVO

Es un trastorno caracterizado por pensamientos intrusivos, sentimientos e ideas irracionales recurrentes y persistentes que producen gran inquietud, gran malestar, gran temor cargado de pánico..., generalmente combinado todo ello con comportamientos repetitivos y evitativos cuya finalidad es reducir la gran ansiedad generada y asociada al trastorno. El sufrimiento que padecen las personas que padecen estas obsesiones es tal que les incapacita para llevar una vida normal.

ANSIEDAD

La ansiedad la encontramos tanto en el cuadro adictivo como en el cuadro obsesivo. Es una respuesta o conjunto de respuestas que incluyen: aspectos subjetivos o cognitivos de carácter displacentero, aspectos emocionales o fisiológicos caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso, aspectos comportamentales o motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados a la realidad y escasamente adaptativos. Generalmente las personas que presentan cuadros ansiógenos están más o menos incapacitadas para dar respuestas racionales resolutivas, adecuadas y adaptadas a las necesidades del problema o situaciones que demandan una respuesta racional y lógica, por muy simple o sencilla que pueda ser la demanda objetiva.

COMORBILIDAD

La comorbilidad es un término acuñado por A.R. Feinstein en 1970 y utilizado para describir dos o más trastornos o enfermedades que se dan en una misma persona. Pueden darse al mismo

TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL COMBINADO CON EMDR EN UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL COMÓRBIDA CON TRASTORNO OBSESIVO CARGADO DE GRAN ANSIEDAD Y PÁNICO ANTE LA POSIBILIDAD DE MATAR A SU PROPIO HIJO DE AÑO Y MEDIO

tiempo o uno después del otro pero dada la interacción entre las patologías puede empeorar el pronóstico y la evolución de las mismas.

CASO CLÍNICO

Se trata de un varón de 34 años (a partir de ahora Pepe), casado y con un niño de año y medio. En Marzo de 2009, Pepe acompañado de su esposa (a partir de ahora María y madre del niño) pide ayuda. Según comunican en la primera entrevista, la angustia y el malestar emocional que sufre Pepe es tan grande que las discusiones familiares y agresiones verbales, tanto hacia su esposa como hacia su propia madre y hermana, llegan a tales extremos que Pepe ha determinado marcharse de casa por miedo a causarles algún daño irreversible.

Según comentan ambos, han acudido al médico de cabecera y éste le ha prescrito ansiolíticos sin apenas hacerle caso porque, según ellos, el médico ha pensado que venía a pedir la baja. Pepe se niega a tomar ansiolíticos por lo que ni siquiera llegó a comprarlos.

En ningún momento le preguntaron si consumía drogas. Al preguntarle por ello, explica que al principio y desde hace 6 ó 7 años, consumía ocasionalmente Cocaína o Speed en comidas o en cenas con amigos, en Navidades, algún fin de semana..., pero últimamente cada 3 horas y lo hace tanto trabajando como en casa o allí donde estuviera, e indistintamente una droga u otra en función de lo que pudiera conseguir. Según comenta "en fines de semana puede llegar a beber hasta 17 cervezas y algún que otro cubata (según sus propias palabras)", es el único recursos que tiene en estos momentos para evadirse de la situación por la que atraviesa.

Aparte de los problemas familiares y de pareja su mayor preocupación es la obsesión que tiene por la posibilidad de matar a su hijo. Si ve un cuchillo o cualquier objeto punzante inmediatamente se ve a sí mismo clavándose al niño, si se asoma a la ventana o al balcón de su casa o de cualquier otro lugar o altura, inmediatamente le viene a la mente la posibilidad de tirarlo y matarlo, si lo lleva de paseo lo primero que piensa "Y SI LO MATO", ha llegado a sentir tal pánico que evita por todos los medios estar cerca de su hijo pues todo lo que ve a su alrededor lo identifica como una posibilidad de matar al niño.

Entre otras preocupaciones, está obsesionado por si ha cerrado o no las puertas de casa, del coche o del trabajo (tiene que comprobarlo varias veces y aún así no se queda tranquilo pues la duda permanece). Lo pasa fatal cada vez que se cruza con cualquier persona mientras va por la calle, aunque no la conozca, pues está obsesionado con que le miran y totalmente convencido de que cualquiera que lo ve se da cuenta de las ideas que se le cruzan constantemente por la cabeza, lo que le lleva a responder, en ocasiones, de forma muy agresiva hacia personas que ni siquiera saben a qué se debe este comportamiento tan fuera de lugar.

TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL COMBINADO CON EMDR EN UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL COMÓRBIDA CON TRASTORNO OBSESIVO CARGADO DE GRAN ANSIEDAD Y PÁNICO ANTE LA POSIBILIDAD DE MATAR A SU PROPIO HIJO DE AÑO Y MEDIO

Tanto Pepe como María lo están pasando muy mal dado que el miedo, la ansiedad y el estrés al que están sometidos les mantiene aterrorizados, han llegado a pensar en separarse por considerar que puede ser lo mejor para ambos y para el niño. En el momento en el que acuden a consulta Pepe vive fuera de casa desde hace 2 meses, en una pequeña casilla que tienen en el campo.

Según María, Pepe era una persona muy trabajadora, muy responsable en su trabajo, muy amante de su familia y sobre todo del niño. Las relaciones de pareja siempre han sido muy buenas a pesar de que últimamente los problemas y las discusiones son continuos por la agresividad que él manifiesta. Ella está dispuesta a hacer todo lo que sea necesario para recuperar a la persona de la que se enamoró, a la que sigue queriendo y sobre todo al padre de su hijo. Cuando se le pregunta a él qué es lo que está dispuesto a hacer para superar el problema, expresa lo mismo que su esposa. A partir de ahí nos planteamos, tras aportar psicoinformación tanto verbal como a través de la lectura de diferentes artículos que puedan resultarles útiles, iniciar la psicoterapia.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Breve historia personal: Con una hermana mayor que él, también casada y con dos niños, padre fallecido tres años antes por problemas relacionados con el alcohol. Las disputas familiares, mientras su padre estuvo vivo, eran continuas, raro era el día que el padre no se presentaba en casa con varias copas de más, él en algún momento culpaba a la madre por no estar más con el padre y permitirle que se fuera con los amigos. Posteriormente, esto que antes lo consideraba como real, lo desmiente y termina valorando a su madre como una mujer que no podía hacer otra cosa que ocuparse lo mejor que podía de sus hijos, dado que el padre apenas les dedicaba tiempo, ya que pocas veces estaba en casa.

Con su esposa la relación siempre ha sido muy buena, una esposa muy implicada en la vida familiar, muy trabajadora pero sobre todo muy comprensiva y muy afectiva. Desde el primer momento ha estado a su lado tanto cuando eran novios, y tenían el problema con el padre de Pepe, como después de casados cuando surgió su propio problema.

Debido al consumo de drogas las relaciones familiares comenzaron a deteriorarse. Tanto la madre de Pepe como la hermana de éste, se pusieron de parte de la esposa y en contra del hijo y hermano, algo que aún le irritaba más y aún generaba mayor agresividad hacia todos ellos.

Infancia y adolescencia normal, excepto los episodios que el padre provocaba cuando volvía a casa borracho.

TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL COMBINADO CON EMDR EN UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL COMÓRBIDA CON TRASTORNO OBSESIVO CARGADO DE GRAN ANSIEDAD Y PÁNICO ANTE LA POSIBILIDAD DE MATAR A SU PROPIO HIJO DE AÑO Y MEDIO

El consumo de drogas en un principio era muy esporádico pero últimamente cada 3 horas (la primera raya se la podía meter a las 6 de la mañana, en función de cuándo se levantara por motivos laborales) y como único recurso para liberarse de la obsesión focalizada en el niño y que le tenía totalmente atormentado. Según comenta se ha dicho en muchas ocasiones "no voy a consumir ni voy a beber más" pero al final siempre volvía al consumo y cada vez con más fuerza.

EVALUACIÓN DEL CASO

La evaluación inicial del problema consistió en una entrevista abierta, con posteriores autoinformes y autorregistros, cuya finalidad era obtener toda la información necesaria para establecer un análisis funcional lo más amplio posible y que nos ayudara a identificar y a sintetizar el problema. Durante las tres primeras sesiones recabamos información sobre sus preocupaciones principales tanto las relacionadas con la posibilidad de matar al niño como con los problemas surgidos en el ámbito familiar, laboral e interpersonal, sobre todo debido al consumo de drogas y a su propio estado ansiógeno.

Se le tomaron medidas electromiográficas (EMG), cuyos valores iniciales fueron extremadamente altos (120mµ-160mµ) y mucho más cuando pensaba en la posibilidad de clavar un cuchillo, cualquier otro objeto o la posibilidad de hacer daño al niño, en esta situación podía elevarse a 200mµ-240 mµ. Las medidas electromiográficas nos aportaron Biofeedback el cual nos sirvió de gran ayuda conforme iba aprendiendo a relajar, a enfrentar el problema y sobre todo nos vino muy bien para llevar a cabo la estimulación bilateral (EMDR). Conforme fuimos avanzando con la psicoterapia los valores fueron normalizándose hasta terminar en 8-10-11mµ, conforme nos acercábamos al alta.

Se le pasó el Test de Ansiedad de Hamilton, Test de Sintomatología Física - Cognitiva y Conductual, sobre todo para ayudarlo a identificar las primeras señales ansiógenas y poder controlarlas desde su inicio, tanto con relajación como con autoinstrucciones. Obtuvimos valores muy alterados al principio y muy controlados al finalizar las sesiones.

Para que le sirviera de apoyo y le ayudara a conseguir el consumo "0" y sobre todo para reforzar su percepción de control, se practicaron análisis de orina mediante el Test de Drogas Multipantalla para la detección cualitativa de las siguientes drogas:

- 1) Anfetamina (AMP) D-Amphetamine 1.000ng/mL
- 2) Barbitúricos (BAR) Secobarbital 300ng/mL
- 3) Benzodiazepinas (BZO) Oxazepam 300ng/mL
- 4) Cocaína (COC) Benzoyllecgonine 300ng/mL

TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL COMBINADO CON EMDR EN UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL COMÓRBIDA CON TRASTORNO OBSESIVO CARGADO DE GRAN ANSIEDAD Y PÁNICO ANTE LA POSIBILIDAD DE MATAR A SU PROPIO HIJO DE AÑO Y MEDIO

- 5) Marihuana (THC) 11-norA9-THC-9 COOH 50ng/mL
- 6) Metadona (MTD) Methadone 300ng/mL
- 7) Mezamfetamina (MET) D_Methamphetamine 1.000ng/mL
- 8) Mezilenodioxymezamfetaminas DL Methylenedioxymethamphetamine 500ng/mL
- 9) Morfina (MOP300) Morphine 300ng/mL
- 10) Opiáceos (OPI 2000) Morphine 2.000ng/mL
- 11) Fenciclidina (PCP) Phencyclidine 2.000ng/mL
- 12) Antidepresivo Triciclicos(TCA) Nortryptilyne 1.000ng/mL

Los análisis los realizábamos una vez por semana hasta que dio definitivamente “Cero Consumo”, 2 meses después de iniciada la psicoterapia.

Tanto los autoinformes como los autorregistros realizados semanalmente (tanto por el paciente como por la esposa) y la estimulación bilateral nos iban indicando la evolución del caso.

Sesiones 1 a 5

Ya en la primera sesión se le inició en técnicas de relajación a través de la Respiración Torácica y Diafragmática. Igualmente y dada la ansiedad y el pánico tan intenso que mostraba se le explicó cómo trabajar la Relajación Muscular Progresiva de Jacobson, además de aportarle documentación relacionada con relajación, ansiedad, adicciones, TOC, Técnicas Psicoterapéuticas...

Se le aportó también información sobre EMDR y el rol que podía jugar en la resolución del problema y en el aporte que podía proporcionar para generar beneficios potenciales que permitieran incrementar su empoderamiento e instalar recursos que facilitarían la exposición, el enfrentamiento, la desensibilización y la resolución, evaluando a la vez cualquier perturbación que pudiera presentarse o cualquier sensación positiva aparecida durante la exposición inducida a través de la imaginación y, todo ello, conforme practicábamos Estimulación Bilateral a través de los Movimientos Oculares (la iniciamos a partir de la 5ª sesión). Realizábamos tandas compuestas por 40-50 pases de movimientos oculares mantenidos en función de los valores electromiográficos y las sensaciones percibidas tanto por el paciente como por las observadas por la psicoterapeuta. Un pase equivale al seguimiento completo realizado de izquierda-derecha, siguiendo el movimiento de mis dedos.

Cortábamos la estimulación bilateral en función de las sensaciones o de los procesamientos que se iban produciendo, lo valorábamos y lo trabajábamos para generar expectativas de resolución y para aportar el máximo refuerzo y la máxima motivación hacia el objetivo (poder acercarse al niño sin miedos, poder abrazarlo, poder darle de comer, poder recogerlo en la guardería, poder mantener un cuchillo en sus manos o cualquier otro objeto punzante estando o no el niño

TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL COMBINADO CON EMDR EN UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL COMÓRBIDA CON TRASTORNO OBSESIVO CARGADO DE GRAN ANSIEDAD Y PÁNICO ANTE LA POSIBILIDAD DE MATAR A SU PROPIO HIJO DE AÑO Y MEDIO

presente, poder asomarse a la ventana, balcón o terraza con o sin el niño, poder conducir llevando al niño en el coche, abandonar el consumo de drogas...)

Igualmente trabajábamos con autorregistros encaminados a identificar los tres sistemas de respuestas (Cognitiva, Fisiológica/Emocional y Motora), cómo se interrelacionaban entre sí y qué hacer para intentar modificar cualquiera de ellas y poder así influir en las demás.

El test multipantalla para detectar el posible consumo lo pasamos, al principio, 1 vez por semana (durante las 4 primeras semanas, de cara a fortalecer su decisión de consumo "0"), después cada 15 días (en 2 ocasiones) y en cuanto nos dio limpio ya no fue necesario pues tenía muy claro que merecían la pena los avances que estaba logrando y no quería, por nada del mundo, retroceder. Desde el inicio de la psicoterapia y tras mucha motivación y generación de expectativas resolutivas, por parte de la psicoterapeuta, su objetivo fundamental fue luchar por superar su problema con todo lo que estuviera a su alcance.

Sesiones posteriores

Fue a partir de la 5ª sesión cuando comenzamos a trabajar la intencionalidad a la exposición y al enfrentamiento, acompañado de relajación y visualización de los objetos temidos mientras hacíamos diana en todo ello mediante EMDR: "Parto con el cuchillo una naranja y me la como". "Parto jamón y me lo como" "Cojo el tenedor y me visualizo dando de comer a mi hijo o comiendo yo mismo" "Me veo en la ventana enseñando a mi hijo las personas y los coches que pasan por la calle" "Me veo en mi bicicleta transportando a mi hijo conmigo y a mi esposa acompañándonos en la suya" "Me veo disfrutando de la naturaleza y de lo que va sucediendo a nuestro alrededor" "Visualizo a mi hijo jugando conmigo" "A mi hijo saliendo de la guardería y viniendo hacia mí para abrazarme" "Me veo abrazando a mi hijo y a mi esposa sonriendo por lo que nos ve hacer juntos" "Me veo diciendo NO, NO y NO a las drogas, por encima de todo está mi familia" "Me veo valorando cómo se encuentran los que siguen consumiendo y la gran diferencia que ahora detecto entre ellos y yo mismo" "Veo cómo se comportan ellos y me doy cuenta, claramente, que es exactamente lo mismo que hacía yo cuando estaba en sus mismas condiciones"...

Trabajábamos todas aquellas dianas que iban surgiendo conforme realizábamos la estimulación bilateral o bien incidíamos en las situaciones que habían surgido durante la semana y que él traía anotadas en base a los tres sistemas de respuestas. Todas las instalaciones y todas las dianas que manejábamos eran sobre todo positivas y resolutivas, tan sólo si surgía alguna perturbación emocional se trabajaba con ella hasta que la cognición resultaba totalmente positiva y resuelta.

Toda la estimulación bilateral se realizaba bajo estricta relajación, comprobada y medida mediante Electromiograma LE129 Profesional MIOBACK EMG, double Channel, Letica-Scientific

TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL COMBINADO CON EMDR EN UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL COMÓRBIDA CON TRASTORNO OBSESIVO CARGADO DE GRAN ANSIEDAD Y PÁNICO ANTE LA POSIBILIDAD DE MATAR A SU PROPIO HIJO DE AÑO Y MEDIO

Instruments (EMG) (valores entre 12-10-8m μ y en ocasiones inferiores) a la vez que nos servía de biofeedback (algo que desde el primer momento le encantó pues le permitía percibir control y estabilidad). Utilizábamos todo ello para motivarle hacia la exposición, hacia el enfrentamiento y hacia la reestructuración cognitiva, reforzando continuamente pequeñas ideas orientadas siempre hacia la resolución del problema. La esposa se encontraba en todo momento presente lo que posteriormente fue de gran ayuda, dado que ella seguía siendo el elemento reforzante y motivante fuera de la consulta.

Mediante EMDR y durante las instalaciones positivas de exposición, enfrentamiento y resolución, se le pedía que intentara detallar todas y cada una de las situaciones que manejábamos, destacando tanto los recursos usados para enfrentar el problema como las emociones y cogniciones que pudiera experimentar tanto con su hijo como con su esposa, en su trabajo, con su madre o hermana, con los amigos, en la calle... (allí donde mayores problemas tenía).

Ya en la 7ª sesión comenzamos a experimentar grandes avances. Vino muy contento porque en su casa había cogido el cuchillo más grande que tenían y había partido una cebolla en trocitos. En cuanto surgía una obsesión la desmontaba, le daba una explicación racional, alternativa y lógica, centrada exclusivamente en la realidad objetiva.

Comentarios como éstos son los que Pepe transmitía tanto verbalmente como a través de los autorregistros: "Le dije a mi mujer, dame el cuchillo más grande que voy a partir una cebolla y vamos a preparar el puré a nuestro chiquillo". Al principio pensé "Y si se lo clavo" pero rápidamente me dije "Cómo se lo voy a clavar si es lo que más quiero en este mundo" "El cuchillo es un utensilio que sirve para partir fruta, cebollas, patatas, jamón... pero no para hacer daño a mi hijo". A partir de ahí decidí coger intencionadamente el cuchillo más grande, apretarlo con fuerza y cortar con él todo lo que fuera necesario para ayudar a mi esposa a hacer la comida o lo que fuera.

Cada vez que hacía algo, que antes no me atrevía, me decía "Lo que haga intencionadamente lo puedo controlar" "Yo decido qué hacer, cómo, cuándo y dónde" "Me obligo a no evitar, a enfrentar cualquier situación en la que pudiera surgir alguna duda" "Abro el cajón de los cubiertos, la caja de herramientas, me asomo a la ventana y al balcón, monto a mi hijo conmigo en la bicicleta o en el coche, voy a la guardería a recoger a mi hijo cuando mi esposa no puede"...

"Cada vez que se presente una obsesión la voy a desmontar y le voy a dar otra explicación alternativa y racional" "Voy a intentar provocar intencionadamente las obsesiones y me voy a demostrar que las puedo debatir, contra-argumentar, desmontar y controlar" "Todo lo que provoqué intencionadamente lo puedo controlar..."

TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL COMBINADO CON EMDR EN UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL COMÓRBIDA CON TRASTORNO OBSESIVO CARGADO DE GRAN ANSIEDAD Y PÁNICO ANTE LA POSIBILIDAD DE MATAR A SU PROPIO HIJO DE AÑO Y MEDIO

Todo esto lo trabajábamos en la consulta, dábamos explicaciones racionales y adecuadas a las necesidades y posteriormente lo reforzábamos con Estimulación Bilateral a través de Movimientos Oculares. Cada vez que le venía algo a la cabeza lo intentaba desmontar sin evitaciones, lo anotaba en el autorregistro y posteriormente lo trabajábamos en la consulta o lo trabajaba él mismo de forma intencionada hasta comprobar que podía desmontarlo.

Cada vez que intentaba algo, primero relajaba y después se explicaba el porqué y para qué lo hacía, se aportaba explicaciones resolutivas, se visualizaba a sí mismo haciendo la estimulación bilateral como si realmente se estuviera llevando a cabo y al final comprobaba que era capaz de hacer todo lo que antes evitaba por miedo a que pudiera convertirse en realidad. La satisfacción era tan grande, según me comentaban ambos (Pepe y María) que eso le ayudaba y le motivaba para seguir intentándolo. Cada vez percibía mayor percepción de control, más orgullo por lo realizado y mayor satisfacción personal. Cuando posteriormente me lo contaba se le veía disfrutar con ello, con todo el orgullo que supone lo bien hecho y lo bien trabajado mediante mucho esfuerzo y mucha constancia.

Pasó de evitar y estar aterrorizado a proponerse objetivos para llevar a cabo y conseguir las metas que se proponía. Desde que se levantaba hasta que se acostaba no dejaba de plantearse retos a los que enfrentar y superar tras repetirse la frase "Esto va por mi hijo y por mi esposa".

Poco a poco fue perdiendo el miedo y ganando seguridad. En algunas ocasiones aparecían dudas sobre si podría o no lograrlo, pero esto nos servía para recordarle que debía utilizar la relajación, las expectativas de resolución y las autoinstrucciones como elementos necesarios para recuperar por un lado la normalidad fisiológica y por otro para generar los recursos necesarios en las mejores condiciones orgánicas y psicológicas.

Estas dudas nos servían también para trabajarlas en la consulta y transmitirle la fuerza necesaria para luchar por él, por su familia y por su vida, para manejar las autoinstrucciones que le ayudaran a odiar las drogas, a culparlas por lo que le estaba sucediendo, a culparlas por ser las responsables de haber podido matar a su hijo, a su esposa o a cualquiera que se le enfrentara o él así lo creyera... También le ayudaba el hecho de fijarse en chavales que estaban mal por culpa de las drogas y que le recordaban continuamente cómo se encontraba él mientras las consumía, cosa que antes le pasaba desapercibido, y sobre todo valorar el cambio tan grande que él comenzaba a sentir y experimentar.

A partir de la 12ª sesión introdujimos la posibilidad de que él mismo realizara autoestimulación bilateral. Partiendo de dos puntos fijos debía mover sus ojos, de derecha a izquierda (esto lo hicimos así simplemente porque se sentía más cómodo partiendo desde la derecha), viéndose a sí mismo controlando sin miedo, llevando a cabo todo aquello que pudiera generarle inseguridad y sobre todo planteándose el "Puedo hacerlo sin miedo" "Quiero a mi hijo por encima de todo"

TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL COMBINADO CON EMDR EN UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL COMÓRBIDA CON TRASTORNO OBSESIVO CARGADO DE GRAN ANSIEDAD Y PÁNICO ANTE LA POSIBILIDAD DE MATAR A SU PROPIO HIJO DE AÑO Y MEDIO

“Mi hijo lo vale” “Nada me va a impedir querer a mi hijo y estar con él” “Quiero a mi esposa y a mi hijo y juntos vamos a conseguir que este mal sueño pase a la historia”... La autoestimulación se realizaba en cuanto algo irracional cruzaba por su cabeza y la finalidad era desmontarlo, debatirlo y procesarlo de forma racional, resolutive y adaptativa hasta eliminar la disfunción emocional que pudiera darse y permitir el que pudieran generarse pensamientos y comportamientos adecuados, tanto en el momento en los que se producían como los orientados hacia el futuro (previamente habíamos ensayado en la consulta cómo hacerlo).

Partíamos del supuesto de que si a Francine Shapiro en 1987 los movimientos oculares le habían funcionado por casualidad, mientras paseaba por el parque en la ciudad de Los Gatos (California) y había conseguido reducir la intensidad de los pensamientos perturbadores hasta que éstos perdían la carga negativa asociada a los mismos, también Pepe podía conseguirlo.

La experiencia fue muy positiva, según comentaba Pepe lo que antes le resultaba insoportable e impensable poco a poco fue pasando a la historia, él lo describía como algo que ya no le generaba pánico, cada vez que surgía alguna idea extraña o destructiva la desmontaba rápidamente a nivel cognitivo, elaboraba nuevas cogniciones, las reforzaba con EMDR y las llevaba a la práctica.

Su frases favoritas eran las siguientes: “Prohibida la evitación” “Mi hijo está por encima de todo” “Mi hijo para mí es lo más importante” “Las mentiras obsesivas sobran” “Las drogas sobran” “Nada me va a impedir disfrutar de lo que más quiero” “Mi esposa y mi hijo son mis objetivos” “Puedo hacerlo y lo voy a conseguir” “Mi cerebro necesita oxígeno así que a respirar y a relajar cuantas más veces mejor” “Si otros lo han conseguido yo también”...

Todas las cogniciones que se presentaban se trabajaban primero a nivel cognitivo (estando lo más relajado posible y tantas veces fuera necesario) después se instalaban mediante EMDR tanto en la consulta como en su casa o allí donde él lo considerara necesario.

Seguimiento

El seguimiento lo iniciamos a partir de la sesión 24. Comenzó a sentir gran percepción de control hacia la sesión 18, manifestaba estar impresionado por lo bien que desmontaba cualquier intento que él provocara para generar dudas o ideas absurdas. Cada vez que acudía a la consulta venía con mayor percepción de control, más orgulloso y más impresionado por lo bien que controlaba y se encontraba. Las cogniciones negativas las desmontaba con gran facilidad, era consciente de la reestructuración cognitiva que estaba logrando y lo que podía seguir consiguiendo, tampoco tenía ninguna duda de poder continuar solo, aún así seguimos viéndonos 1 vez al mes (6 veces) y después cada 2 meses (4 veces) hasta el alta definitiva 3 meses después de la última visita.

TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL COMBINADO CON EMDR EN UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL COMÓRBIDA CON TRASTORNO OBSESIVO CARGADO DE GRAN ANSIEDAD Y PÁNICO ANTE LA POSIBILIDAD DE MATAR A SU PROPIO HIJO DE AÑO Y MEDIO

En ningún momento se produjo ninguna recaída, tanto María como Pepe estaban muy unidos y muy orgullosos pues los dos habían participado con mucho entusiasmo en la resolución del caso.

El procesamiento de la información mediante instalaciones positivas y resolutivas ayudó no sólo a procesar correctamente la información más adecuada sino también a mantener los mecanismos neurológicos que permitían procesar respuestas racionales, archivarlas y volver a utilizarlas cuando la situación lo requería.

Según Pepe ahora deseaba enfrentarse a todas las dudas que pudieran surgir porque se daba cuenta que las resolvía con mucha facilidad, ya no surgían pensamientos negativos sino todo lo contrario, le parecía imposible que pudiera ocurrirle lo que en un principio le mantenía aterrorizado. Ahora percibía seguridad, tenía claro qué deseaba realizar y con quién, ya no había distorsiones ni bloqueos, había desaparecido ese pánico y esa carga negativa que tanto le impedía acercarse a las personas que tanto quería.

Su agresividad había desaparecido, tanto Pepe como María coincidían en que ahora se podía hablar con él, ya no se molestaba como antes por tonterías, ya no estaba pendiente de si le miraban o no le miraban, de si le juzgaban o no, estaba mucho más alegre y volvía a ser la persona de la que María se había enamorado.

RESULTADOS

Basándonos en los resultados de nuestro caso, ponemos de manifiesto la importancia que ha jugado la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) combinada con la aplicación de Relajación y EMDR (Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares).

Aspectos como: psicoinformación, autovaloración, generación de altas expectativas orientadas hacia la superación del problema, alta motivación orientada al cambio, exposición, enfrentamiento, resolución de los problemas que podían ir surgiendo, apoyado todo ello con gran refuerzo verbal aplicado ante cualquier progreso por mínimo que fuera (tanto por parte de la psicoterapeuta como por su esposa o él mismo) incluyendo, sin lugar a dudas, la gran empatía establecida, entre ambos y la psicoterapeuta, nos permitió resolver un problema cargado de gran pánico y ansiedad ante la falta de control percibida por el paciente.

El consumo de drogas lo cortó desde el primer día que acudió a la consulta y tras recibir una amplia información relacionada con los efectos, tanto a corto como a largo plazo y tanto en su vida personal como familiar, laboral e interpersonal. Realizamos seguimiento mediante análisis de orina y tras 2 meses de tratamiento pasó a quedar totalmente limpio, dando la analítica realizada "Consumo Cero".

TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL COMBINADO CON EMDR EN UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL COMÓRBIDA CON TRASTORNO OBSESIVO CARGADO DE GRAN ANSIEDAD Y PÁNICO ANTE LA POSIBILIDAD DE MATAR A SU PROPIO HIJO DE AÑO Y MEDIO

El tratamiento llevado a cabo ha obtenido un alto grado de eficacia, tal y como muestran los resultados mantenidos 5 años después de haber recibido el alta.

Cabe destacar tanto la actitud del paciente como la de su esposa durante todo el tratamiento, en ambos casos la implicación fue total, las tareas que se les pedían las realizaban tantas veces se diera la situación y ante estimulaciones diversas. La relajación tanto a través de la respiración como de la tensión/relajación muscular, provocada intencionadamente, les fascinó a ambos pues les resultaba muy gratificante comprobar, sobre todo a Pepe, que podían enfrentar situaciones que antes le resultaba totalmente imposible.

CONCLUSIONES

A partir de los resultados obtenidos podemos concluir, sin lugar a dudas, que la Terapia Cognitivo Conductual combinada con EMDR, Relajación y Biofeedback han jugado un papel fundamental en la resolución de este caso. Igualmente considero elementos obligados, imprescindibles y fundamentales en cualquier psicoterapia: la psicoinformación, las expectativas generadas hacia la resolución del problema, la motivación orientada a lograr objetivos, las autoinstrucciones, el refuerzo ante pequeños avances, el enfrentamiento y la no evitación, la empatía surgida entre paciente y psicoterapeuta, sin olvidar la estrecha colaboración surgida a lo largo de toda la terapia del entorno familiar más inmediato (sobre todo la esposa) quien aportó el apoyo suficiente como para luchar juntos ante un problema que se planteaba tan dramático y donde el miedo a lo que pudiera suceder cobraba tanta fuerza que incapacitaba a esta persona para, ni siquiera, poder mirar a su chiquillo. Por ello, además de lo comentado, podemos concluir que tanto la TCC como la terapia basada en EMDR son elementos que nunca deben faltar en cualquier psicoterapia llevada a cabo.

En cualquier caso y a pesar de que algunos de los datos aportados por este trabajo son coincidentes con los aportados con otras investigaciones llevadas a cabo, no podemos olvidar que están basados en un estudio de caso único, lo que dificulta la generalización de los resultados, pero que en cualquier caso nos pueden servir de gran ayuda a la hora de diseñar un plan de intervención psicoterapéutica, siempre adaptado a cada persona y a cada patología, sin olvidar nunca que la motivación, el esfuerzo, el trabajo y la constancia juegan un papel fundamental en cualquier trabajo psicoterapéutico, cuya finalidad será siempre resolver el caso de la mejor manera posible y contribuir con ello a eliminar, si fuera posible, el gran sufrimiento de las personas que buscan nuestra ayuda.

TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL COMBINADO CON EMDR EN UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL COMÓRBIDA CON TRASTORNO OBSESIVO CARGADO DE GRAN ANSIEDAD Y PÁNICO ANTE LA POSIBILIDAD DE MATAR A SU PROPIO HIJO DE AÑO Y MEDIO

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Ad de Jongh. Ph. D. (2006): *Aplicación de EMDR en el tratamiento de fobias*. Estambul. www.emdr-es.org/articulos/FOBIAS-ESTAMBUL-2006.pdf
- 2) Avia, M.D. (1990): *Técnicas cognitivas y de autocontrol* en J. Mayor y E.J. Labrador (eds.). *Manual de Técnicas de Modificación de Conducta*. págs. 330-360. Madrid. Alhambra.
- 3) Ballesteros, S. (1994): *Psicología General II. Un enfoque Cognitivo*. Madrid: Editorial Universitas S.A.
- 4) Bastida de Miguel, Ana M^a (2009): *Tratamiento cognitivo-conductual en un caso de trastorno obsesivo-compulsivo*. 10º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis 2009. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/articulos/ansiedad/troobsesivo/38794/>
- 5) Bastida de Miguel, Ana M^a (2010): *Si las drogas hablaran qué nos dirían "Mi lado bueno de la droga-mi lado malo, elige con cuál te quedas"*. <http://www.lasdrogas.info/index.php?op=InfoOpinion&idOpinion=294>
- 6) Bastida de Miguel, Ana M^a (2011): *Estrés, ansiedad, recopilación de síntomas y alternativas psicoterapéuticas*. <http://www.psicologia-online.com/autoayuda/estres-ansiedad/>
- 7) Bastida de Miguel, Ana M^a (2011): *Aprender a relajar es invertir en salud: Programa para su aprendizaje y puesta en práctica*. <http://www.psicologia-online.com/autoayuda/aprender-a-relajar/>
- 8) Botella, C. (2001): *Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno de pánico*. *Psicothema*, 13, 465-478.
- 9) Botella, C. y Ballester, R. (1997): *Trastorno de pánico: Evaluación y tratamiento*. Barcelona: Martínez Roca. *Fob Esp* - 65
- 10) Botella, C. y Robert, C. (1.995): *El trastorno Obsesivo-Compulsivo*. En: Belloch, Sandín y Ramos. *Manual de Psicopatología*. Vol. II. Madrid: McGraw-Hill Interamericana
- 11) Cano Vindel, A. (2000): *Técnicas Cognitivas de reducción de ansiedad*. Dpto. de Psicología básica (procesos cognitivos). *Master en Intervención en la Ansiedad y el Estrés*. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.
- 12) Caro Gabalda I. (2007): *Manual teórico-práctico de Psicoterapias Cognitivas*; Bilbao: Desclée de Brouwer.

TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL COMBINADO CON EMDR EN UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL COMÓRBIDA CON TRASTORNO OBSESIVO CARGADO DE GRAN ANSIEDAD Y PÁNICO ANTE LA POSIBILIDAD DE MATAR A SU PROPIO HIJO DE AÑO Y MEDIO

- 13)** Cazabat, E. H.: EMDR (2004): *Principios básicos y estado actual de este novedoso método terapéutico*. 5º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis 2004. Disponible en: <http://www.interpsiquis.com>
- 14)** CIE-10 *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud*. OMS.
- 15)** Cruzado, J.A. (1998): *Trastorno Obsesivo-Compulsivo*. En: Vallejo, M. A. Manual de Terapia de Conducta. Madrid, Editorial Dykinson-Psicología.
- 16)** De la Gándara Martín J. J., García Moja L.C. (2000): *Vademécum de psicoterapias, vol 1. Técnicas de terapia de conducta y técnicas de relajación*; Madrid: Ed. Luzan, S.A.
- 17)** DSM- IV-TR. (2002): *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* Barcelona: Masson.
- 18)** Echeburúa, E. y Corral, P.(1991).*Tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad*. En G. Buela y V. Caballo (eds.): *Psicología clínica aplicada*. Madrid, Siglo XXI.
- 19)** Ellis A, Grieger R. (1989): *Manual de Terapia Racional Emotiva*. Vols. 1 y 2. Desclée de Brouwer, Bilbao.
- 20)** Fernández JJ, Gutiérrez E, Marina PA (2002): *Actuaciones clínicas en trastornos adictivos*. Barcelona: Aula Médica Ediciones; p. 421-73.
- 21)** Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. (2001): *La práctica de la psicoterapia*; Bilbao: Desclée.
- 22)** Fernández-Miranda J. J. (2002): *Trastornos de personalidad y adicción: relaciones etiológicas y consecuencias terapéuticas*. Anales de Psiquiatría; 18: 421-427
- 23)** Foa, E. B. y Wilson, R. (2001): *Venza sus obsesiones*. Barcelona: Robin Book.
- 24)** Gavino, A. (1997): *Técnicas de terapia de conducta*. Madrid: Martínez Roca.
- 25)** González, A; Mosquera, D; Knipe, J & Leeds, A (2012): En González, A. & Mosquera, D. *EMDR y Disociación: El abordaje progresivo*. Ed Pléyades. Madrid.
- 26)** J. Vallejo Ruiloba (1987): *Estados obsesivos*. Barcelona. Salvat.
- 27)** Labrador, F. J., Cruzado, J.A. y Muñoz, M. (1998): *Manual de Técnicas de Modificación y Terapia de Conducta*. Madrid: Editorial Pirámide.
- 28)** Labrador, F. J., Echeburúa, E. & Becoña, E. (2000): *Guía para la elección de tratamientos psicológicos eficaces. Hacia una nueva psicología clínica*. Madrid: Dykinson.

TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL COMBINADO CON EMDR EN UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL COMÓRBIDA CON TRASTORNO OBSESIVO CARGADO DE GRAN ANSIEDAD Y PÁNICO ANTE LA POSIBILIDAD DE MATAR A SU PROPIO HIJO DE AÑO Y MEDIO

- 29)** Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986). *El concepto de afrontamiento. En estrés y procesos cognitivos (pp. 141-163)*. Barcelona: Martínez Roca.
- 30)** Lega, L.I., Caballo, V.E. & Ellis, A. (1997). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual*. Madrid: Siglo XXI.
- 31)** López Fernández, J. A.: EMDR (2012): *¿Por qué no lo están aplicando todos los profesionales?* 13º Congreso Virtual de Psiquiatría.com. Interpsiquis 2012. Disponible en: www.interpsiquis.com
- 32)** Uri Bergmann (2008): *Neurobiología del EMDR: La exploración del tálamo y la integración neural*. Journal of EMDR Practice and Research, Volume 2, Number 4, 2008, pp. 300-314(15)
- 33)** Uri Bergmann, Ph.D. (2014): *Neurobiología de la Práctica del EMDR: Una ojeada al interior del cerebro*.
<http://www.congresoemdr2014.com/readcontents.php?file=webstructure/emdr.pdf>
- 34)** Méndez Carrillo, F., Olivares R., J. y Moreno G., P. (1999): *Técnicas de reestructuración cognitiva*. En José Olivares Rodríguez, y Francisco Xavier Méndez Carrillo, (eds.), *Técnicas de Modificación de Conducta*. 2ª Edición. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- 35)** Miguel Tobal, J.J. y Cano Vindel, A. (1995): *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA)*. Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- 36)** Miguel-Tobal, J. J. (1996). *La ansiedad*. Madrid: Aguilar.
- 37)** Miguel Tobal, J.J. y Casado Morales, M.I. (1999): *Ansiedad: aspectos básicos y de intervención*. En Enrique G. Fernández-Abascal y Francesc Palmero (coordinadores): *Emociones y salud*. Barcelona: Ariel.
- 38)** Ochoa Mangado E, Araluz Iturbe KJ, Arias Horcajadas JJ, Ávila Escribano JJ, De Miguel Arias D. (2002): Trastornos Duales. En: J.J. Fernández Miranda, E. Gutiérrez Cienfuegos y P.A. Marina González. (coord.). Actualizaciones clínicas en Trastornos Adictivos. Madrid: Aula Médica, 2002: 421-423
- 39)** Pablo Solvey, Raquel C. Ferrazzano de Solvey (2014): *EMDR: un nuevo abordaje terapéutico*. Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, vol. 19, Nº 1, noviembre de 2014, págs. 23 a 30.
- 40)** Parnell, L. (1997): *Transforming Trauma: EMDR*. New York: WW Norton & Co.

TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL COMBINADO CON EMDR EN UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL COMÓRBIDA CON TRASTORNO OBSESIVO CARGADO DE GRAN ANSIEDAD Y PÁNICO ANTE LA POSIBILIDAD DE MATAR A SU PROPIO HIJO DE AÑO Y MEDIO

- 41)** Raich, R.M. (1996): *Evaluación del trastorno obsesivo-compulsivo*. En G. Buela-Casal, V.E. Caballo y J.C. Sierra (dirs.), *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. Madrid. Siglo XXI.
- 42)** Rodríguez, M. y Márquez, S. (1994): *Solución de problemas y toma de decisiones*. México: Manual Moderno.
- 43)** Rubio G. *¿Qué es la patología dual? Alteraciones de la conducta y abuso de sustancias*. Rev Esp Sanid Penit. 2000; 2:74-6.
- 44)** Sandín, B. y Chorot, P. (1995): *Síndromes clínicos de la ansiedad*. En: Belloch, Sandín y Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología, Vol. 2*. Madrid: McGraw-Hill.
- 45)** Sank, L. y Shafer, C. (1991): *Manual del terapeuta de terapia cognitivo-conductual*. España: Descleé de Brower.
- 46)** Shapiro, F. (1995): *Principles and Procedures*. Guildford Press, N York - 1995.
- 47)** Shapiro, F. (2001): *Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares: Principios, Protocolos y Procedimientos básicos (2ª Ed.)* New York: Guilford.
- 48)** Shapiro, F. (2004): *Desensibilización y reprocesamiento por medio del movimiento ocular*. Editorial Pax México, 2004.
- 49)** Shapiro, F. y Forrest, M. (2008). *EMDR: Una terapia revolucionaria para superar la ansiedad, el estrés, la ansiedad y los traumas*. Barcelona. Kairós.
- 50)** Smith, J. C (1992): *Entrenamiento cognitivo-conductual para la relajación progresiva*. Bilbao: DDB.
- 51)** Solomon, R. W. y Shapiro, F. (2008): *EMDR y el Modelo del Procesamiento Adaptativo de la Información (PAI) Mecanismos Potenciales del Cambio*. Revista de psicoterapia/Vol. XX- Nº 80.
- 52)** Solvey, P.; Ferrazzano de Solvey, R., (2013): *"EMDR: Manual de Entrenamiento, Parte 1 y 2" - 2013*. Bilbao: DDB.
- 53)** Trujols J, Tejero A, Casas M. (1996): *El fenómeno de las recaídas en el tratamiento de las conductas adictivas*. Adicciones 1996; 8:349-67
- 54)** Vademécum de psicoterapias, vol 2. (2000): *Técnicas de terapia cognitiva y cognitivo-conductual*. 2000; Madrid: Ed. Luzan, S.A.
- 55)** Valdés, M. (2000): *Psicobiología de los síntomas psicósomáticos*. Edit Masson. Barcelona.

TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL COMBINADO CON EMDR EN UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL COMÓRBIDA CON TRASTORNO OBSESIVO CARGADO DE GRAN ANSIEDAD Y PÁNICO ANTE LA POSIBILIDAD DE MATAR A SU PROPIO HIJO DE AÑO Y MEDIO

56) Vallejo, J., Berríos, G. (1995): *Estados obsesivos*. Barcelona. Editorial Masson S.A.

57) Vallejo, M. A. (1998): *Manual de Terapia de Conducta, Vol.II*. Madrid: Dykinson.

58) Vallejo, M. A., Díaz M. A. (1993): *Técnicas de Biofeedback*. En: *Manual práctico de modificación de conducta (I)*. Fundación Universidad-Empresa. Madrid 1993: 339-414.