

Título: Tratamiento cognitivo-conductual en un caso de trastorno obsesivo-compulsivo

Resumen: Con este trabajo presentamos un caso clínico de una adolescente diagnosticada de trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). Se incluye la terapia psicológica, sesión por sesión, que se aplicó a esta paciente así como los resultados positivos mantenidos durante un año de seguimiento, en los que se pone de manifiesto la importancia tanto de la terapia cognitivo-conductual que fue aplicada como la importancia en la resolución del caso de la estrecha colaboración entre paciente y psicoterapeuta en el tratamiento del TOC.

Palabras clave: Trastorno obsesivo-compulsivo, obsesiones, compulsiones, tratamiento cognitivo-conductual del TOC, creencias irracionales y TOC.

Title: “Cognitive behavioral therapy in a case of obsessive-compulsive disorder”

Abstract: In this paper the case study of an adolescent female diagnosed with obsessive-compulsive disorder (OCD) is presented. It includes a session by session breakdown of the psychotherapy applied to this patient and the positive results that were sustained throughout a year-long monitoring process, which demonstrate both the importance of the cognitive behavioral therapy applied and the significance, in terms of the resolution of the case, of the close collaboration between patient and psychotherapist during the treatment of the OCD.

Key words: Obsessive-compulsive disorder, obsessions, compulsive behaviour, cognitive-behavioral therapy for OCD, irrational beliefs and OCD.

Objetivos: Describir un caso de TOC, centrándonos en la terapia cognitivo-conductual aplicada.

Caso clínico: Se trata de una adolescente de 16 años, que acude a consulta en 2006 con una sintomatología de tipo obsesivo-compulsivo desde hace año y medio aproximadamente, pero que hasta ese momento no le había resultado incapacitante. Tras análisis del caso se lleva a cabo una terapia cognitivo-conductual con muy buenos resultados.

Resultados: Basándonos en los resultados de nuestro caso resaltamos la importancia tanto de la terapia cognitivo-conductual que fue aplicada como la importancia en la resolución de la estrecha colaboración de la psicoterapeuta con la paciente, en el tratamiento del TOC.

Trastorno obsesivo compulsivo (TOC)

El trastorno obsesivo compulsivo es uno de los trastornos de ansiedad más sobresalientes, generalmente suele presentarse durante la adolescencia aunque también puede darse en la infancia. Se trata de un trastorno muy frecuente y bastante incapacitante para el que lo padece debido tanto a la recurrencia de pensamientos descontrolados como a las compulsiones ligadas al alivio del malestar. Este trastorno genera gran ansiedad, gran pérdida de tiempo y gran influencia en el estado de ánimo.

El TOC se caracteriza por obsesiones recurrentes, rumiaciones y pensamientos persistentes, impulsos o imágenes mentales sin control, que promueven una gran ansiedad, así como compulsiones no controladas como son los comportamientos repetitivos o actos realizados en respuesta a dichas obsesiones con la finalidad de reducir la ansiedad.

El TOC conlleva una discapacidad significativa y con un serio impacto sobre la calidad de vida de la persona que lo padece.

Obsesiones

Las obsesiones son pensamientos recurrentes y muy persistentes, impulsos o imágenes que causan emociones con gran carga de angustia y ansiedad. Las personas con TOC reconocen que los pensamientos se presentan sin que puedan hacer nada para evitarlos también suelen reconocer que los impulsos o imágenes que les atormentan son producto de su imaginación y que son exagerados o irracionales. Sin embargo, estos pensamientos molestos no pueden ser resueltos con lógica o razonamiento. La mayoría de las personas que padecen estas obsesiones son incapaces de neutralizarlas y terminan incapacitándoles para llevar una vida normal.

Compulsiones

Las compulsiones son comportamientos repetidos o actos mentales que una persona se siente impulsada a realizar en respuesta a una obsesión. Estos comportamientos tienen el propósito de prevenir, evitar o reducir la angustia o la situación temida. En los casos más graves, la repetición constante de los rituales que se llevan a cabo puede ocupar todo el día e imposibilitar la rutina normal. Además de la ansiedad que causan estos rituales, se suma el conocimiento de que estas compulsiones son irracionales y absurdas pero que son incapaces de evitarlas.

Ejemplos: Conductas (p.ej. lavarse las manos, colocar objetos de una forma determinada, comprobar, pisar de determinada manera...) o actos mentales (p.ej. rezar, contar, repetir palabras en silencio...) que la persona se siente obligada a realizar de forma rígida para evitar males mayores y sin poder ejercer ningún control sobre ello.

Descripción de un caso

1ª SESIÓN (octubre 2006)

Se llevó a cabo una entrevista con la finalidad de obtener datos que ayudaran a identificar y a sintetizar el problema.

Nombre: A.L. (A. a partir de ahora)

MOTIVO DE CONSULTA:

Se trata de una adolescente de 16 años, la trae su madre a consulta por iniciativa de la niña. Está muy asustada porque dice tener muchas manías, hace muchas cosas sin saber por qué y sin poder parar, piensa que el dejar de hacerlas puede traer consecuencias muy malas tanto para ella como para sus familiares, amigas o para cualquiera que se relacione con ella. Trastorno obsesivo. Con componente compulsivo (TOC).

Durante la entrevista, en todo momento se muestra muy colaboradora y comenta que está dispuesta a hacer lo que sea para encontrarse bien. El problema radica en que no sabe por qué realiza

continuamente esas cosas tan raras de una forma totalmente compulsiva pero sobre todo es que no puede dejar de hacerlo (subir/bajar pantalones; andar/parar cuando va por la calle quedándose parada porque si sigue andando puede ocurrir algo malo; subir/bajar del autobús hasta que le gritan los compañeros y no le queda más remedio que subir; poner/quitar cualquier objeto, coger/dejar un folio para escribir en él, abrir/cerrar su armario sin saber qué ropa coger para ponerse, encender/apagar la luz de su habitación, encender/apagar el ordenador...) si no lo hace puede ocurrir cualquier catástrofe, una muerte, que sus amigas no le hablen o le hablen menos, suspender, que no le salgan bien los ejercicios o los exámenes, que le ocurra algo a la hermana, a los padres, a ella, a las amigas, a cualquiera... Está muy asustada porque piensa que está loca.

SINTAMATOLOGÍA:

Afectiva:

- Muy preocupada y muy angustiada. Peor cuando tiene la idea repetitiva y no puede quitársela de la cabeza.
- Gran ansiedad estrechamente relacionada con su forma de pensar y actuar.

Motivacional:

- Ve absurdo pensar todo esto y desea no hacerlo, pero no sabe cómo conseguirlo. No sabe qué le pasa ni cómo solucionarlo.

Cognitiva:

- Si no lo repito mil veces "Ocurrirá..."
- Si escribo en este folio, "No voy a poder tomar apuntes, el examen me saldrá mal..."
- Tengo que hacer esto o lo otro porque si no va a ocurrir esto o lo otro...
- La rumiación se produce casi todo el día, tanto en la calle como en casa, en el colegio...
- Este tipo de pensamientos viene acompañado por "Tengo que..."

Fisiológica:

- Temblores en piernas y manos.
- Sudoración.
- Palpitaciones.
- Dolores de estómago y de espalda...

Conductual:

- Pregunta mucho a su familia y amigas si lo que le pasa es normal o si por el contrario está loca. Ellos le tranquilizan pasajeramente, diciéndole que no está loca pero llega un momento que las amigas se hartan de esperarla hasta que terminan por dejarla sola cuando por ej. se queda parada en la calle sin poder seguir andando o cuando le gritan porque no termina de subir al autobús o entrar en clase o dejar de mirar a sus padres o hermana...
- Lleva a cabo muchos rituales como apagar y encender la luz “según ella mil veces”, apagar y encender el ordenador otras tantas, ponerse y quitarse la ropa sin terminar de decidir qué ponerse, coger y dejar un folio sin decidirse con cuál se queda, lo mismo ocurre con el bolígrafo...
- Problemas tanto con amigas como con padres, con estudios, etc... dado que el problema cada vez es más extenso y se va generalizando poco a poco a un mayor número de situaciones.

BREVE HISTORIA:

Embarazo, parto y desarrollo psicomotor normal. A. va muy bien en los estudios, parece que se relaciona bien con sus amigas y según la madre no ha habido antecedentes familiares ni ninguna patología a tener en cuenta. El ambiente familiar es normal, tiene una hermana de 7 años siendo ella la mayor.

La madre no sabe qué hacer, hace tiempo que viene observando cosas extrañas por lo que decide consultar con un psicólogo tras haberlo comentado previamente con el médico de cabecera. Ambas están muy asustadas y con gran ansiedad cuando me describen lo que ocurre.

1) CUESTIONARIO BIOGRÁFICO:

a) HISTORIA CLÍNICA:

Describe como principal problema el hacer cosas sin saber por qué de una forma obsesiva-compulsiva. Nunca ha habido antecedentes psiquiátricos ni en ella ni en su familia.

En cuanto a cada uno de los tres sistemas de respuesta: **cognitivo** (dificultad para concentrarse, tengo que hacer esto o lo otro porque si no les va a pasar cosas malas a ella o a otros..)

fisiológico (temblores, palpitaciones, sudor..) **motor** (hacer cosas sin una finalidad concreta de forma totalmente obsesiva)

b) ANTECEDENTES PERSONALES:

Las enfermedades padecidas son las normales de la infancia (nada en particular)

c) ACTUALMENTE:

Actividades: las normales para su edad, colegio, amigas...

Autodescripción:

Pensamientos negativos y cuáles:

- Me quedo mirando a mis padres y no puedo dejar de hacerlo porque pienso que les va a pasar algo grave y lo mismo ocurre con mi hermana, amigas, etc...
- Voy por la calle y me paro, me quedo parada porque pienso que si sigo andando ocurrirá algo malo, tanto cuando voy andando por una calle como cuando paso delante de otra que es perpendicular o simplemente sin saber por qué.
- Meto y saco "mil veces" el móvil para comprobar cómo está porque pienso que me va a sonar en el momento más inoportuno.
- Me levanto y me vuelvo a meter en la cama "mil veces" porque pienso que el día me va a ir mal.
- Abro y cierro "mil veces" el armario porque pienso que la ropa que elijo me va a quedar mal.
- Enciendo y apago "mil veces" el flexo de mi habitación porque pienso que me voy a dormir mal, lo mismo ocurre con el ordenador.
- Saco y meto "mil veces" una hoja porque pienso que si los ejercicios los hago en esa me van a salir mal por lo que cojo otra, lo mismo me ocurre con el bolígrafo.

- Me pongo y me quito “mil veces” un pantalón porque pienso que me va a quedar mal, lo mismo ocurre con otras ropas.

Aclaración: “mil veces” (utilizado según sus propias palabras). Se trata de un valor conceptual y relativo. Lo pongo de manifiesto por ser una expresión que utiliza con muchísima frecuencia y como algo normal, aunque por supuesto no quiere decir que las compulsiones se ejecutaran ese número de veces.

d) ESTRATEGIAS QUE UTILIZA PARA RESOLVER EL PROBLEMA:

- No sabe qué le pasa, lo único que hace es repetir, repetir y repetir, hacerlo todo mil veces para que no le pase nada malo a ella, a sus familiares, a sus amigos o a cualquiera que tenga relación con ella lo que convierte su existencia en una obsesión.
- No tiene estrategias que le ayuden de forma consciente a controlar el problema.

Una vez realizado el análisis funcional les explico que no se trata de locura (tanto ella como su madre piensan que seguramente lo está), sino que se trata de un mal aprendizaje a la hora de resolver un problema y de un inadecuado enfrentamiento a las situaciones problemáticas. Piensa que va a ocurrir algo malo si no repite mil veces una misma cosa, la estrategia que utiliza para que “no ocurra algo malo, según sus palabras” es inadecuada aunque aparentemente le funciona puesto que se queda más tranquila pero eso mismo refuerza el que se vaya metiendo en un círculo vicioso que provoca no sólo mantener el problema sino también generalizar a un mayor número de situaciones, convirtiendo el problema en algo cada vez más complejo debido a la repetición como mecanismo para eliminar la ansiedad. La tranquilizo explicándole cómo vamos a enfrentarnos a ello y cómo poco a poco iremos superándolo, todo depende de cómo se enfrente y de las estrategias que ponga en funcionamiento.

La explicación de cómo funciona el problema sería: Pensamientos obsesivos (Respuesta cognitiva)

→ Se siente muy mal por la ansiedad que le generan (Respuesta fisiológica) → Lucha contra ellos repitiendo y repitiendo una determinada acción (Respuesta motora) → Reducción pasajera de la ansiedad por lo que aparentemente se siente mejor → Pensamientos obsesivos que cada vez van cobrando más fuerza así como todos los temores asociados.

Le explico los 3 sistemas de respuesta (cognitiva, fisiológica y motora) en qué consisten y en cómo se interrelacionan entre sí. Le pongo varios ejemplos relacionados con su problema y le enseño a diferenciarlas.

Ya en esta primera sesión trabajamos en discriminar aquellas situaciones que le provocan ansiedad y entrenamos en responder de momento mediante parada de pensamiento (le explico mediante ejemplos en qué consiste) y la entreno para enfrentarse voluntariamente a la situación ansiógena realizando el enfrentamiento un número de veces decidido por ella de antemano y anticipando la respuesta tanto cognitiva como motora. Es bastante inteligente y tras varios ensayos lo hace de maravilla.

Le explico cómo vamos a detectar los pensamientos irracionales (le explico lo que son) y diferentes formas de modificarlos mediante varios ejemplos.

Le explico lo que son estrategias y analizamos algunas completamente diferentes a las que ella utiliza.

Le explico lo que es un autorregistro y cómo lo vamos a utilizar, hacemos un ejemplo en consulta.

Le explico cómo vamos a combatir la respuesta fisiológica mediante entrenamiento en relajación (respiración y muscular progresiva tanto lenta como rápida). En esta primera sesión practicamos muy por encima la respiración pulmonar y diafragmática como mecanismo de relajación y enfrentamiento a situaciones ansiógenas. Le explico su importancia.

Esta primera sesión dura dos horas.

La cito para la semana siguiente y le pido lleve a cabo un autorregistro, en el que me anotará “Dónde se produce la situación problema, Qué ocurre, Qué piensa, Qué siente físicamente y Qué hace”.

2ª SESIÓN

Me cuenta cómo ha ido la semana y me trae el autorregistro. Viene muy contenta porque ha sido capaz de determinar, lo que piensa, lo que hace y por lo que veo las estrategias que ha puesto en funcionamiento le han funcionado aunque de momento no se da cuenta de la importancia que tiene, “repite voluntariamente un determinado número de veces las conductas problemas (las que ella ha decidido de antemano)”. “Utiliza parada de pensamiento y modifica su conducta haciendo lo contrario de lo que antes hubiera hecho”. Todo esto lo practicamos anteriormente en la consulta, dando diferentes alternativas.

Esto es lo que me trae registrado y escrito a mano, utilizo sus propias palabras:

- 1) Al irme a la cama, me quedo mirando a mis padres, porque pienso en gente que no tiene padres, **me quedo mirando, pero porque yo quiero, hasta pensar en alguien que sí los tiene.**
- 2) En el funeral miré a ver si tenía el móvil en silencio, antes lo metía y lo sacaba mil veces, pensaba que si lo dejaba así me iba a sonar, **dejé de hacerlo pensando en las veces que no me había sonado.**
- 3) Al levantarme de la cama, antes me levantaba mil veces y me volvía a meter pensando que el día me iba a salir mal, **pensé en gente a la que le ha ido bien el día y dejé de hacerlo.**
- 4) Al abrir y cerrar el armario de la habitación pienso que la ropa que elijo me va a quedar mal, **pensé en alguien que tiene una parecida y le queda bien y dejé de hacerlo.**
- 5) Encender y apagar el flexo de la habitación pensaba que si no lo encendía otra vez me iba a dormir mal, **dejé de hacerlo cuando pensé en las veces que me he dormido mal sólo por encender el flexo.**
- 6) Al abrir el archivador para coger una hoja pensaba que si cogía esa los ejercicios me iban a salir mal, **dejé de hacerlo cuando cogí otra hoja y pensé que no importaba que salieran mal que ya los volvería a hacer si ocurría eso.**

La 1ª la hago siempre que me voy a la cama.

La 2ª el día del funeral, pero lo mismo ocurre cuando llevo el móvil a clase.

La 3ª todos los días cuando me levanto.

La 4ª siempre que voy a coger ropa.

La 5ª cada vez que estoy en mi habitación (un día sólo 5 veces, porque así lo decidí)

La 6ª cada vez que voy a coger una hoja.

- 7) Al encender el ordenador lo enciendo unas cuantas veces pienso que si lo dejo como la 1ª vez o no me va a hablar la gente o que se me quede bloqueado **y dejo de hacerlo pensando en otro día que la gente me ha hablado y no se me ha bloqueado.**
- 8) Salgo y entro a mi habitación mil veces, porque pienso en lo malo que me puede pasar si no lo hago así, pero entonces cambio el pensamiento pensando en lo que quiero hacer en ese momento **y dejo de salir y entrar pensando con detalle en algo de lo que en ese momento quiero hacer.**

9) Cierro y abro mil veces la puerta de mi casa porque pienso o que van a robar o que van a hacer algo malo en mi casa o a mis padres o hermana **y dejo de hacerlo cuando pienso en gente que no le ha pasado nunca nada en su casa sin hacer tanta tontería.**

La 7ª y la 9ª las practico durante el día unas cuantas veces cada una.

En todos los casos respiro unas cuantas veces y me ayuda mucho pues veo que puedo hacerlo y sentirme bien.

Analizamos uno por uno todo lo registrado y le hago ver el cambio producido por la incorporación de la nueva estrategia (**texto en negrita**) Asimismo le enseño a discriminar en cada una de las situaciones los 3 tipos de respuestas: lo que piensa, siente y hace; así como la interrelación entre ellas y el cómo incide en dar una solución al problema diferente a la utilizada hasta ahora.

También analizamos la estrategia que le ha servido en estas ocasiones para detener la respuesta inadecuada, así como otras nuevas que puede poner en marcha para otras ocasiones. Ponemos ejemplos y la enseño a proponer alternativas. Hacemos una lista de pensamientos obsesivos y otra de pensamientos agradables alternativos para que pueda utilizarlos como sustitutos.

Trabajamos las imágenes. Pongo varios ejemplos para explicarle lo que pretendo, le pido que me describa su habitación, y que la visualice cuando detecto que comprende lo que pretendo. Le pido una imagen en la que ella se haya sentido muy cómoda, feliz y relajada. Vemos varias y nos decidimos por una.

La imagen seleccionada es que ella se encuentra tomando el sol en la piscina con sus amigas.

Según me explica le encanta. Esta imagen la vamos a utilizar cuando practiquemos la relajación muscular progresiva, e ir poco a poco desensibilizando las situaciones conflictivas.

- Practicamos más a fondo los dos tipos de respiración: pulmonar y diafragmática. Introduzco ya la relajación muscular progresiva y la trabajamos en consulta.
- Practicamos la sustitución de unas respuestas por otras, así como la detención de pensamiento.
- Para detener la respuesta cognitiva y motora vamos a utilizar las palabras “A. para”
- Para controlar la respuesta fisiológica utilizaremos de momento la respiración, hasta que vaya dominando la relajación muscular, la practicará todas las noches al irse a la cama y al levantarse, durante el día tantas veces como quiera, cuantas más mejor. Le explico la importancia que tiene

la respiración y su influencia en los tres tipos de respuesta. Igualmente la animo a usarla antes de enfrentarse a cualquier situación ansiógena.

En esta sesión empleamos 2 horas. Ambas lo hemos pasado muy bien, es muy colaboradora

La cito para la semana siguiente y le entrego el siguiente autorregistro. Le explico lo que pretendo.

AUTORREGISTRO:

- b) Valoración más exacta de las conductas problema. Se controlará el día, hora, lugar y conducta anómala con sus respuestas

SITUACIÓN	RESPUESTA COGNITIVA PENSAMIENTO AUTOMÁTICO	RESPUESTA FISIOLÓGICA	RESPUESTA MOTORA Y RESULTADO
Dónde se produce el comportamiento anómalo día, lugar, hora	Pensamientos que te vienen a la cabeza	Reacciones físicas que aparecen en tu cuerpo	Qué haces, nº de repeticiones

Explicación 1: Cuando ocurra el hecho desagradable, anota el día, la hora y lo que ocurre, con la situación que parece disparar dicha ocurrencia (**Qué, Cuándo, Cómo**) (**Qué** ocurre, **Cuándo**: si ocurre mientras estabas pensando, recordando o imaginando algo, en casa, en la calle, en el colegio, etc... **Cómo**: actuaste; anota esas circunstancias específicas). Luego, anota el pensamiento automático asociado a dicha ocurrencia, es decir, **Qué** piensas cuando se presenta la situación (lo que te dices) (**Respuesta Cognitiva**). Posteriormente evalúa el grado de seguridad que tienen esos pensamientos (1 = Nada seguro.... hasta..... 10 =Completamente seguro). Evalúa también el grado o intensidad de la sensaciones que experimentas en tu cuerpo, es decir, qué ocurre en tu cuerpo, qué sientes (**Respuesta**

Fisiológica) (1 = Casi nada, Intenso..... Bastante intenso.... 10 = Lo más intenso posible). Por último describe **Cómo** actuaste en la situación: respecto a lo que hiciste para resolverla (**Respuesta Motora**) así como el resultado de la misma (si te ayudó, cómo reaccionaron los otros, en caso de que hubiera otras personas).

- a) En consulta vemos varios ejemplos y le explico la importancia de identificar la relación existente entre estas conductas, los pensamientos y las consecuencias que inciden en el mantenimiento del problema. En todo momento se la ve muy participativa, con muchas ganas de llevar por sí misma todo ello a la práctica.
- b) Identificamos la Respuesta Cognitiva (lo que piensa), la Respuesta Fisiológica (lo que siente en su cuerpo) y la Respuesta Motora (lo que hace para resolver la situación).
- c) Ya le anticipo que en función de cómo vaya la semana iremos enfocando el tratamiento de forma que, (esto lo hago para que vayan sonándole las distintas estrategias que pondremos en juego):
 - 1. Una vez identificadas las situaciones, pensamientos negativos, respuestas (cuantas más mejor) ... pasaremos en sesiones posteriores, en función de los acontecimientos, a generar pensamientos y respuestas cortafuego así como pensamientos positivos alternativos y sustitutivos de los anómalos, enfrentamiento a las situaciones de forma deliberada (intención paradójica). En esta sesión volvemos a poner en práctica algunos ejemplos.
 - 2. Relajación mediante los dos tipos de respiración en principio como ayuda, mientras aprende la muscular progresiva.
 - 3. En consulta revisaremos estos comportamientos y seguiremos practicando.

3ª SESIÓN

Me cuenta cómo ha ido la semana. Viene encantada pero asustada porque piensa que la voy a reñir porque ha sido capaz de parar casi todos los pensamientos inadecuados (en la sesión anterior le había comentado que no teníamos que correr, que lo importante era enfrentarse poco a poco hasta aprender bien la técnica) y apenas se han producido situaciones en las que no haya sido capaz de controlar. La semana anterior dejamos patente que cuantas más situaciones se dieran mejor, que no se asustara si aumentaban o tenía que escribir muchos comportamientos inadecuados, que eso nos convenía pues era la mejor forma de aprender a controlar.

En esta sesión apenas me trae ningún registro. De hecho el autorregistro lo trae en blanco, no por no haberlo rellenado si no porque ha conseguido controlarlo todo, viene muy orgullosa y muy contenta. Me explica cómo ha resuelto las situaciones cuando se han presentado y cómo las ha cortado desde el principio y lo que más le sorprende es que ha sido capaz de parar los pensamientos y encima sentirse supercontenta y superbien (según sus palabras) por no realizar lo que antes no podía dejar de hacer.

Le ha funcionado fenomenal la técnica de sustitución de pensamientos. En cuanto se presentaba el pensamiento anómalo lo sustituía por otro positivo y lo resolvía sintiéndose fenomenal.

Le ha funcionado fenomenal la prevención de respuesta. Apenas se ha producido ansiedad y ha podido comprobar que los miedos eran infundados pues ha comprobado que no ha ocurrido lo que tanto temía.

Le ha funcionado fenomenal la técnica de parada de pensamiento con control de respuesta utilizando las palabras “A. para”

- **Aparece un pensamiento malo y me decía** “Para y punto” “No lo hago y punto” “No y punto” Está encantada. Este nuevo cortafuego lo añadimos como nueva estrategia de control.

Le ha funcionado fenomenal la técnica de generación de pensamientos alternativos que sustituyen a los negativos. En cuanto se presentaba un pensamiento lo sustituía por otro en el que se veía haciendo algo agradable.

Y lo más importante ha comprobado que por dejar de repetir lo mismo muchas veces no ha ocurrido nada malo.

También la respiración nos ha funcionado, incluso la utiliza en un examen en el que estaba un poco nerviosa y según comenta le ha ayudado muchísimo.

Como las situaciones las ha controlado desde el principio no se ha producido ansiedad, ni repeticiones, sólo las que ella ha querido realizar y de una forma muy controlada.

Está muy contenta porque ya no se producen pérdidas de tiempo, antes tenía que levantarse con mucha antelación para llegar al autobús, se ponía a estudiar y entre cojo folio-lo dejo, lo cojo-lo dejo, apenas le quedaba tiempo para estudiar.

En esta sesión además de analizar y explicar lo acontecido, hemos seguido practicando la generación de pensamientos alternativos, la sustitución, la respiración. Le enseñé también a operativizar las

respuestas y a no divagar, a concretar, a detectar nuevas alternativas y a registrarlas, a percatarse de la no ocurrencia de los pensamientos catastróficos por no llevar a cabo la compulsión, a comprobar que no ocurre ninguna catástrofe.

Practicamos argumentos que demuestren su error e intercambiamos papeles (Ella deberá argumentar para demostrar que estos pensamientos son un error, por qué, qué puedo hacer, cómo actuar, etc..)

Han disminuido las respuestas fisiológicas, prácticamente no se han producido.

Han disminuido los pensamientos negativos y si aparecen los sustituye por positivos.

Con la relajación muscular no se encuentra tan cómoda como con la relajación mediante respiración pulmonar y diafragmática, pero la animo a seguir practicando, le explico su importancia y cómo la utilizaremos en sesiones posteriores.

Esta sesión tiene una duración de 2 horas. Ambas disfrutamos enormemente durante estas 2 horas.

La cito para el próximo martes y añado al autorregistro, además de lo que ya tenemos: Anotar estrategias utilizadas y conductas positivas aparecidas. (Me interesa que lo vaya incorporando en su repertorio cognitivo).

4ª SESIÓN

Analizamos lo ocurrido. Al igual que la semana anterior, todo ha ido muy bien. Ha controlado prácticamente todas las situaciones. Comienza a sentirse cómoda con la relajación.

- Introducimos retardo de respuesta (si se da, contar hasta 5 y luego hacer lo que corresponda).

Practicamos con varios ejemplos y está muy animada

- Le explico lo que son autoinstrucciones y practicamos con ejemplos. Seguimos con pensamientos positivos, resolución de problemas buscando alternativas, incorporo autorrefuerzo y practicamos con ejemplos.

Poco a poco vamos perfeccionando las estrategias que nos permiten conseguir objetivos de anticipación, control, resolución... Valoramos los objetivos y revisamos estrategias cognitivas y conductuales

OBJETIVOS	TÉCNICAS UTILIZADAS
▪ Controlar y disminuir niveles de activación fisiológica.	○ Entrenamiento en respiración pulmonar y diafragmática

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Entrenamiento en Relajación Muscular Progresiva de Jacobson ○ Prevención y retardo de respuesta ○ Técnicas de control de imágenes
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mejorar respuestas cognitivas y sustitutivas ▪ Disminuir intensidad y frecuencia de pensamientos negativos (aplicar cortafuegos con “para y punto” por funcionarle muy bien) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Parada y sustitución de pensamiento ○ Reestructuración Cognitiva con discusión de ideas ○ Modificación de atribuciones de causalidad ○ Exposición en vivo e imaginación con prevención de respuesta ○ Intención paradógica ○ Autoinstrucciones y autorrefuerzos ○ Autorregistros
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dotar a A. de estrategias de afrontamiento de solución de problemas (analizar y utilizar las que le funcionan, en principio) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Técnica de solución de problemas ○ Tareas para casa ○ Entrenamiento por imágenes
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aumentar la frecuencia de conductas positivas de carácter reforzante 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Fomentar actividades alternativas de carácter reforzante

OBJETIVOS A SEGUIR:

- **Establecer jerarquía de situaciones**, y cuáles va controlando.
- **Temores obsesivos** Alternativas ¿Qué pasaría si.....? ("¿Qué probabilidad hay de que eso ocurra?, "Lo piensa muchas veces, ¿y cuántas ocurrió?).
- Recursos reales con los que actúa ante ellos.
- Datos objetivos que apoyen o invaliden los pensamientos catastróficos.
- Con qué argumentos defendería sus pensamientos catastróficos ante otra persona y qué le diría para demostrarle que está en su error.
- Que intente enumerar otras formas de interpretar lo que ocurre.
- Controlar la pérdida de tiempo producida por las situaciones.

- **Prevención de respuesta:** deberá evitar realizar la respuesta habitual (compulsión) tolerando la incomodidad y la ansiedad que le genera. Con esto lograremos que la ansiedad se vaya reduciendo, y demostraremos que los miedos son infundados, con mayor razón al comprobar que no ha ocurrido lo que temía y no sucedió la tragedia que vaticinaba.
- **Retardo de la respuesta** (retardo auto-impuesto). Retrasaremos la respuesta compulsiva, y reduciremos el tiempo de la misma. Esta variante puede lograr mayor participación y adherencia al tratamiento (una variante de la prevención de respuesta).
- **Cambiar los pensamientos inflexibles y rígidos, y las creencias erróneas.** Para ello hay que identificar los pensamientos equivocados y demostrar la relación entre los pensamientos, los efectos y la conducta.
- **Entrenamiento en autoinstrucciones** que consiste en ayudarle a cambiar la forma de pensar antes de realizar un acto. En él se prepara para la resolución de problemas y para hacerse comentarios favorables y positivos a sí misma.
- **Entrenamiento de inoculación** le enseño a reconocer sus ansiedades y a aprender a controlarlas en la imaginación en primer lugar, y luego en la realidad. Algunas de las técnicas terapéuticas que utilizo para enseñarle a manejarlas: la relajación para poder enfrentarse controlando los síntomas fisiológicos, el pensamiento positivo, la resolución de problemas, el diálogo consigo misma y auto-gratificarse por el manejo adecuado.
- **Practicamos parando las obsesiones y pensando en otras cosas** (parada de pensamiento y sustitución por otro antagónico).
- **Reestructuración cognitiva:** Dirigida a identificar pensamientos negativos mediante autorregistros o entrenamiento, que identifiquen situación (lugar, cómo, dónde y cuándo se produce el comportamiento anómalo), respuestas fisiológicas y conducta y sustituirlos por otros más adaptativos que generen respuestas emocionales positivas y conductas adecuadas.

Una vez consiga identificarlos cambiaremos el autorregistro para que contemple los cambios y las estrategias empleadas.

Entrenamiento en relajación (respiración y muscular progresiva) de forma que pueda enfrentarse a las situaciones problema con mínimos niveles de ansiedad, (utilizamos como entrenamiento de Biofeedback el EMG).

Técnica de solución de problemas: Dirigida a aumentar la eficacia en su forma de resolver problemas así como reducir las posibles respuestas emocionales asociadas a éstos.

Entrenamiento en habilidades sociales (si fuera necesario): aprender a aceptar y recibir críticas, dar y recibir cumplidos, fomentar la flexibilidad en la resolución de problemas, incrementar su motivación.

Todo esto lo vemos y practicamos en consulta para que luego ella lo ponga en práctica. La duración de esta sesión es de dos horas

SESIONES POSTERIORES Y RESULTADOS

La mejoría se produce rápidamente, va mejorando considerablemente, controla muy bien las respuestas fisiológicas (tanto a nivel subjetivo como objetivo mediante valores obtenidos con EMG, pasamos de medir en situaciones normales 35-48 a medir 3-4 estando completamente relajada, en un principio se partió de 150-180 en consulta y sin elementos ansiógenos presentes)

Ya no se conforma sólo con resolver sino que ella misma se plantea situaciones provocándolas y resolviéndolas deliberadamente.

Desde el primer momento hemos empatizado perfectamente, me sigue en todo momento y participa en todo lo que le propongo con alto grado de motivación y sobre todo tiene muy claro que el sentirse mal o bien depende de cómo piense, se enfrente y actúe.

Resolvemos el problema en unas 8 semanas. Ha mejorado considerablemente en sus estudios, pues según ella ahora el tiempo lo dedica a estudiar, a estar con sus amigas, con sus padres etc. Ya no hay pérdidas de tiempo en conductas inadecuadas.

En Navidades le doy el alta aunque la invito a volver a finales de febrero para comprobar si el problema sigue resuelto. A los seis meses la vuelvo a ver y los resultados se mantienen, aplicando las estrategias aprendidas en todos los ámbitos y generalizando a otras situaciones.

Al cabo de un año no solamente lo ha resuelto completamente si no que ha mejorado su calidad de vida considerablemente. Ella lo describe como muy positivo, la relajación la sigue practicando y según me comenta la técnica de resolución de problemas, sustitución de pensamientos, reestructuración cognitiva

forman parte de su repertorio. Si en algún momento se presenta alguna tontería “como ella dice” automáticamente se enfrenta y la resuelve. La doy el alta definitivamente.

Conclusiones

Hay que resaltar la importancia de la terapia cognitivo-conductual combinada con la relajación tanto muscular como mediante respiración (muy eficaz al inicio del tratamiento) A través de mi experiencia considero fundamental conseguir implicar al paciente en la terapia por lo que la empatía entre psicólogo y paciente es imprescindible, no sólo en el tratamiento del TOC sino también en cualquier otra patología. Por todo ello basándonos en los resultados de nuestro caso y comparándolo con la literatura existente destacamos la utilidad de esta terapia.

Los tratamientos psicológicos derivados de los modelos cognitivo conductuales son un tratamiento efectivo para los pacientes con trastorno obsesivo compulsivo, aunque lógicamente debemos seguir investigando en este campo.

Bibliografía

Ballesteros, S. *Psicología General II. Un enfoque Cognitivo.* (1994). Madrid: Editorial Universitas S.A.

Belloch, A.; Sandín, B. y Ramos, F. *Manual de Psicopatología.* Vol. II. (2.002). Madrid. McGraw-Hill Interamericana de España.

Bernstein, D. A., Borkovec, T. D., *Entrenamiento en Relajación Progresiva.* Bilbao, Desclee, 1983

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

Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero - 15 de Marzo 2000 [citado: 3/01/2008]; Conferencia 41-CI-E: [20 pantallas]. Disponible en: www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa41/conferencias/41_ci.

Cruzado, J.A. (1993) Tratamiento comportamental del trastorno obsesivo compulsivo. Madrid. Fundación Universidad-Empresa.

Cruzado, J.A. (1998) Trastorno Obsesivo-Compulsivo. En: Vallejo, M. A. *Manual de Terapia de Conducta.* Madrid, Editorial Dykinson-Psicología.

De Silva, P. y Rachman, S.: Trastorno obsesivo-compulsivo: Los hechos, págs. 65-84. Desclée De Brouwer, Bilbao, 1995

Foa, E.B. y Wilson, R. (1992) Venza sus obsesiones. Barcelona. Robin Book.

- Foa, E., Wilson R. (2001).** *Venza sus Obsesiones. Un revolucionario método para liberarse de su comportamiento obsesivo* Barcelona: Editorial Éxitos de Autoayuda Robin Book.
- Gavino, A., Godoy, A., Moreno, B. y Esteve, R. y Rodríguez-Naranjo, C. (1988)** Obsesiones: teorías, evaluación y tratamiento. Valencia. Promolibro.
- González, A. Jiménez, S.** “Tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos obsesivo-compulsivo”.
- J. Vallejo Ruiloba.** Estados obsesivos. Barcelona. Salvat. 1987.
- Labrador, F. J., Cruzado J. A. y Muñoz, M. (1999).** *Manual de Técnicas de Modificación y Terapia de Conducta.* Madrid. Editorial Pirámide.
- La Terapia Cognitivo conductual redujo síntomas en pacientes con trastornos obsesivos sin rituales compulsivos observables. *British Medical Journal* 1998. Volume 1(1), February 1998, p 12, 13
- Macià, D., Méndez, F. X. (1997).** *Aplicaciones Clínicas de la Evaluación y Modificación de Conducta. Estudio de casos.* Madrid: Editorial Pirámide.
- Moreno Artilles, F.J., Damaso Pérez, M.P. (2005)** Habilidades Sociales como recurso terapéutico en Ansiedad de Evaluación. II Simposium sobre Habilidades Sociales. Granada.
- Moreno Artilles, F.J., y Damaso Pérez, M.P. (2001)** Intervención Psicológica en un caso de fobia a las alturas. // Intervención psicológica en pánico con agorafobia. II Simposium sobre Programas cognitivos –conductuales para el tratamiento de problemas psicológicos -- Granada
- Quera, V. y Behar, J. (1997)** La observación. En G. Buela-Casal y J. C. Sierra (dirs.), *Manual de evaluación psicológica.* Madrid: Siglo XXI.
- 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.
- Ruiz Sánchez J. J , Cano Sánchez J. J.** *Manual de psicoterapia cognitiva. Aplicaciones clínicas: elementos básicos . Tratamiento de los trastornos por ansiedad (vi) trastorno obsesivo – compulsivo.*
- Silva, P. y Rachman, S. (1995)** Trastorno obsesivo-compulsivo: Los hechos. Bilbao. Desclée de Brouwer.
- Smith, J. C (1992).** *Entrenamiento cognitivo-conductual para la relajación progresiva.* Bilbao: DDB.
- Turner, S.M. y Beidel, D.C. (1994)** Tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo. Madrid. Martínez Roca.
- Vallejo, J., Berríos, G. (1995).** *Estados obsesivos.* Barcelona. Editorial Masson S.A.

Vallejo, M. A. (1998). *Manual de Terapia de Conducta*. Madrid. Editorial Dykinson-Psicología.

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

Yaryura-Tobías, J. (1997) Trastornos obsesivo-compulsivos. Madrid. Harcourt Brace